

ASSEMBLÉE NATIONALE

XV^e LÉGISLATURE

Compte rendu

Commission d'enquête pour mesurer et prévenir les effets de la crise du Covid-19 sur les enfants et la jeunesse

– Table ronde, ouverte à la presse, sur l'influence de l'environnement familial sur les enfants lors de la crise sanitaire : Mme Martine Balençon, pédiatre-médecin légiste, présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale ; Mme Natacha Collomb, secrétaire nationale de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale ; M. Richard Delorme, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré ; M. Michel Dugnat, pédopsychiatre, praticien hospitalier responsable de l'Unité d'hospitalisation conjointe parents-enfant du service de psychiatrie infanto-juvénile du Pôle de psychiatrie de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille ; Mme Édith Galy, docteur en psychologie et professeur des universités en ergonomie ; Mme Andréa Soubelet, maître de conférences à l'Université Côte d'Azur et psychologue et psychothérapeute spécialisée enfants et adolescents, en exercice au CHU de Lenval (service de pédopsychiatrie, Nice) ; Mme Nathalie Vabres, pédiatre au CHU de Nantes et membre du bureau de la Société française de pédiatrie médico-légale..... 2

– Présences en réunion 22

Jeudi
24 septembre 2020

Séance de 14 heures

Compte rendu n° 6

SESSION EXTRAORDINAIRE
DE SEPTEMBRE 2020

**Présidence de
Mme Sandrine Mörch,
présidente**



COMMISSION D'ENQUÊTE POUR MESURER ET PRÉVENIR LES EFFETS DE LA CRISE DU COVID-19 SUR LES ENFANTS ET LA JEUNESSE

Jeudi 24 septembre 2020

La séance est ouverte à quatorze heures

Présidence de Mme Sandrine Mörch, présidente

Mme la présidente Sandrine Mörch. Avec cette troisième table ronde de la journée, nous poursuivons nos auditions sur l'impact de l'épidémie sur la santé psychique des enfants et adolescents. Nous abordons maintenant le sujet de l'influence de l'environnement familial des enfants et des adolescents dans le cadre de la crise sanitaire. Ensuite, la quatrième table ronde portera sur l'interruption de la présence des enfants en milieu scolaire.

Cet après-midi, nous entendrons Mme Martine Balençon, pédiatre-médecin légiste (CPMJ), présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale, Mme Nathalie Vabres, pédiatre au CHU de Nantes, M. Richard Delorme, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré, M. Michel Dugnat, pédopsychiatre, praticien hospitalier au sein du Pôle de psychiatrie de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, accompagné de Mme Natacha Collomb, secrétaire nationale de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale, Mme Édith Galy, docteur en psychologie et professeur des universités en ergonomie et Mme Andréa Soubelet, maître de conférences à l'Université Côte d'Azur et psychologue spécialisée sur les enfants et les adolescents. Étant donné que vous êtes nombreux, une personne d'abord prendra la parole par binôme, puis l'autre interviendra au moment des réponses. Merci à toutes et tous de votre présence.

Dans le cadre de cette table ronde, nous souhaitons vous entendre les conséquences de la crise sanitaire sur les rapports entre l'enfant et son environnement familial, l'impact du confinement sur les conditions d'éducation, qu'il soit positif ou négatif, sur les relations affectives au sein des familles, y compris dans le cas de familles monoparentales ou de parents séparés, et sur le rôle des membres de la famille ; enfin, les éventuels points positifs de la crise sanitaire, notamment par le réinvestissement des fonctions parentales lors du confinement.

Par ailleurs, nous aimerions obtenir vos éclairages sur des enjeux importants liés au confinement, et en premier lieu sur les violences intrafamiliales et leur prise en charge. Avez-vous par exemple obtenu des retours sur des cas de maltraitance et sur l'absence de réels mécanismes de suivi induits par le confinement ? En second lieu, des familles ayant un enfant en situation de handicap se sont parfois trouvées isolées et désemparées, privées d'espace et de « soupape de décompression » sous l'effet des ruptures dans l'accompagnement et le suivi de leurs enfants.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(Mme Martine Balençon prête serment.)

Mme Martine Balençon, pédiatre-médecin légiste, présidente de la Société française de pédiatrie médico-légale. Pour la pédiatrie, notamment médico-légale, la crise sanitaire a bousculé les lignes. Dès le début du confinement en mars, nous nous sommes retrouvés dans un silence assourdissant, nous qui étions coutumiers de rencontrer des enfants victimes de violences. Il ne restait que le Covid. Rapidement, la Société française de pédiatrie médico-légale et nos services respectifs se sont demandé comment faire face à la crise. Nous avons constaté que le problème des enfants en danger était extrêmement prégnant et qu'il nécessitait une réflexion et des actions de notre part. Il fallait également réfléchir aux modalités de nos consultations, en présentiel ou à distance. Si les consultations à distance ont amené de nouvelles façons de consulter, les consultations en présentiel restent primordiales en pédiatrie.

Le 119 et les communications autour des violences faites aux femmes ont rendu visible le phénomène des violences intrafamiliales. Ils ont aussi probablement permis à la population de lancer des alertes sur les violences et de réagir face à cela.

Dans mon hôpital comme en France, l'activité des urgences pédiatriques a baissé de 30 à 70 %. Notre activité relative aux violences faites aux enfants est restée strictement la même. Néanmoins, nous avons reçu moins de saisines par les services de l'école, puisque les enfants n'étaient plus présents dans les écoles, et plus d'alertes par les voisins qui avaient connaissance de huis clos ou de violences.

En tout cas, les urgences pédiatriques des hôpitaux sont restées ouvertes pour les enfants victimes de violences pendant toute la période du confinement. La justice a également continué à gérer notamment les privations de liberté. Les affaires courantes étaient traitées avec plus de distance que les flagrances, ce que l'on peut comprendre aisément.

Ainsi, nous nous sommes retrouvés comme étant la porte d'entrée des enfants en danger, tandis que nous avons pu collaborer avec les acteurs qui étaient sur le terrain (PMI, enquêteurs) ou qui parfois travaillaient à distance, sur du travail social et judiciaire, et cela était très précieux. Dans notre quotidien routinier, certains freins nous empêchent parfois d'agir. Or, en pédiatrie médico-légale, nous voulons faire tomber ces freins.

Finalement, le tout-venant a diminué et le Covid a mis en évidence que les violences existaient, certes avec des particularités. Nous avons probablement reçu moins de petits enfants, car s'ils pleurent et ont des lésions sentinelles, ils ne peuvent pas passer des appels téléphoniques ; s'ils ne sont pas amenés par leurs parents, nous ne les voyons pas. Nous avons reçu plus d'enfants de 2 à 10 ans dans notre service.

Le côté positif de cette crise est que nous pouvons agir ensemble dans une dynamique de pédiatrie médico-légale : les enfants nous sont adressés et nous pouvons les prendre en charge.

Un autre point à souligner est que les violences faites aux femmes ont représenté une activité importante de nos collègues enquêteurs et du parquet. Pour autant, il est important de redire dans cette commission que les violences intrafamiliales sont non seulement les violences faites aux femmes ou aux hommes, mais aussi aux enfants. Elles ont un facteur commun dont il faut s'occuper, à savoir une grande vulnérabilité, mais il est essentiel de ne pas confondre ces violences. Il est important que les enfants aient un traitement distinct des

femmes. Nous ne devons pas faire l'erreur de penser que les femmes ne sont jamais maltraitantes. Par ailleurs, les enfants ne sont pas de mini-adultes. À ce titre, il faut faire un fléchage particulier sur la prise en charge des violences qui leur sont faites, qui doivent être distinguées des autres violences faites aux femmes, ou encore en gériatrie.

Nous avons aussi observé notre capacité à travailler de façon éthique durant le confinement, sans dissocier le constat du soin ni le somatique du psychique. Nous avons pu réaliser des prises en charge globales parce que nous avons travaillé ensemble.

Par ailleurs, nous avons beaucoup moins vu d'enfants placés en institution ou en alternance de garde entre père et mère. Or les enfants qui ont pu se poser au cœur de leur parcours et avoir des temps centrés sur leur intérêt allaient mieux. C'est un message important à passer.

Mme la présidente Sandrine Mörch. L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(Mme Nathalie Vabres prête serment.)

Mme Nathalie Vabres, pédiatre au CHU de Nantes, membre du bureau de la Société française de pédiatrie médico-légale. En tant que pédiatre dirigeant une unité d'accueil des enfants en danger, je n'ai pas décoléré depuis le début de la crise Covid sur la place réservée aux enfants. Effectivement, les enfants ne sont pas de mini-adultes et ils ne sont pas rois dans notre société. Les données amenées très vite par nos collègues pédiatres infectiologues spécialisés n'ont pas été entendues et nous avons traité les enfants comme de mini-adultes, voire avec des contraintes bien plus fortes que celles des adultes, notamment à l'école.

Après quelques semaines de confinement, des données scientifiques permettaient de rassurer sur le fait que les enfants étaient peu porteurs et peu vecteurs ; les formes graves étaient très rares. Bien sûr, les adultes devaient être irréprochables, mais nous aurions pu faire preuve de plus de bienveillance, de bon sens et de tolérance vis-à-vis des enfants. Outre la question des enfants victimes de violences, beaucoup de choses sont très maltraitantes, et ce, pour tous les enfants. Nous avons tous des témoignages pour nos petits patients et, dans notre entourage, des enfants qui vivent des choses contraires à leurs droits et à leurs besoins fondamentaux, sous le prétexte de mesures de protection vis-à-vis du Covid qui n'ont pas un *substratum* scientifique.

Mme la présidente Sandrine Mörch. Pouvez-vous systématiquement donner des exemples concrets ?

Mme Nathalie Vabres. Par exemple, à la reprise de l'école, un garçon de 7 ans n'avait pas de couverts pour son pique-nique à l'école et aucun adulte ne lui a prêté de couverts. Cela peut paraître tout bête, mais il a fait pipi dans sa culotte l'après-midi alors que cela ne lui était jamais arrivé. Le soir, quand il est rentré, il n'a pas pu expliquer ce qui s'était passé. Il n'a pas osé manger avec ses doigts et aucun adulte ne lui a prêté de fourchette alors que nous savions largement à cette période qu'il suffisait de laver la fourchette sans que cela ne pose problème.

Ce sont aussi des frères et sœurs qui ne peuvent pas être ensemble à la cantine ou à l'intercours dans une école primaire, alors qu'ils habitent dans la même maison.

Chez les moins de 10 ans, certaines données montrent que nous pouvons faire fonctionner notre bon sens. Pour l'enfant choyé par des parents qui s'ajustent à lui et qui respectent ses besoins fondamentaux, ces tracasseries ou petites maltraitances institutionnelles seront compensées. En revanche, pour les enfants plus vulnérables, soit parce qu'ils ont des parents maltraitants soit parce que leurs parents eux-mêmes sont vulnérables, carencés, dépendants d'une drogue, en situation monoparentale ou incapables de s'ajuster, ces petites humiliations, difficultés ou manques de bienveillance ne seront pas compensés et ils peuvent générer de graves dégâts chez les enfants.

Pour les plus petits qui sont face à une personne masquée toute la journée et qui sont carencés dans leur développement du fait d'un milieu familial insuffisamment étayant, la situation devient très compliquée. Cela l'est d'autant plus si les étayages habituels sont absents, tels que les professionnels de l'enfance intervenant à domicile ou les instituts, qui ont fermé.

Dans un autre exemple, un enfant d'environ 8 ou 9 ans souffrant de troubles du neurodéveloppement est placé parce qu'il subit des maltraitances. Il s'agite beaucoup et il est en grande difficulté. Durant toutes les vacances scolaires, il va dans un établissement spécialisé d'un département voisin. À chaque retour de cette structure, l'équipe de protection de l'enfance constate une amélioration de ses troubles, car il y est bien et il y retrouve des amis. Cet établissement a été fermé par décision préfectorale avec interdiction d'accueillir un groupe de moins de quinze enfants, alors que, selon les données disponibles sur le Covid, l'accueil aurait pu être maintenu.

À la fois pour cette crise et pour une éventuelle autre, voilà comment nous pouvons mettre tous les enfants au centre de nos préoccupations, et particulièrement les enfants vulnérables, car l'enfant est notre avenir. À chaque fois que nous prenons une mesure, nous devons réfléchir au bénéfice/risque par rapport à son développement et à ses droits, et ce, dans une démarche éthique. Je pense que nous ne nous sommes pas toujours comportés de manière éthique et je voulais vous faire part ici de ma colère par rapport à cela.

Mme la présidente Sandrine Mörch. L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(Mme Édith Galy prête serment.)

Mme Édith Galy, docteur en psychologie et professeur des universités en ergonomie, membre du Laboratoire d'anthropologie et de psychologie cliniques, cognitives et sociales (LAPCOS) de l'Université Nice Sophia Antipolis. Je vous remercie pour votre invitation à cette commission. Elle nous donnera l'occasion de présenter les résultats d'une étude que nous avons menée auprès de 2 000 parents.

Nous nous sommes intéressés à la cellule familiale et à la façon dont elle a vécu le confinement, en particulier sur le plan de l'état affectif des parents et de la charge mentale qu'ils ont supportée, puisque le confinement a nécessité de revoir l'ensemble de l'organisation

de la cellule familiale. Nous avons mis les résultats en lien avec l'état des enfants, concernant des changements de comportement ou la réapparition de troubles ou symptômes.

Nous avons constaté une amélioration de la situation dans certaines familles ayant les ressources pour s'adapter et s'organiser. Ce sont souvent des familles où les deux parents sont présents, où l'organisation est assez facile et où les personnes sont en capacité de réguler et de s'adapter.

Au centre de notre modélisation du processus, nous observons que l'anxiété est très présente. Elle est à l'origine de nombreux éléments. Elle peut venir de cette nécessité d'adaptation et d'une nouvelle organisation familiale, mais elle vient aussi beaucoup de l'extérieur.

Selon moi, la crise est gérée de manière très anxiogène. Le décomptage des morts d'abord, puis des cas positifs, alors que nous pouvons ne pas être affectés ni connaître de personnes affectées par le coronavirus, donne l'impression d'une menace permanente qui est très anxiogène. Les parents qui déclarent un niveau d'anxiété élevé à cause de la crise sanitaire ont moins de ressources et sont moins capables de gérer le quotidien et de s'ajuster. De plus, à la fin du confinement, la réouverture non systématique des écoles et le retour non généralisé au travail ont demandé des capacités d'adaptation énormes. Or quelqu'un ayant moins de ressources du fait d'un état d'anxiété élevé n'a plus ses capacités de régulation.

De fait, ces personnes rapportent une sensation de déprime plus élevée qu'en temps normal. En corrélation, elles rapportent une dégradation des relations avec leurs enfants et plus d'énervement sur eux. Nous obtenons finalement un schéma familial où l'anxiété générée par la crise a amené certains parents à être malveillants avec leurs enfants alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant.

Il serait bien d'être mesuré dans la manière à la fois de gérer la crise et de présenter les choses.

Mme la présidente Sandrine Mörch. L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(Mme Andréa Soubelet prête serment.)

Mme Andréa Soubelet, maître de conférences à l'Université Côte d'Azur, et psychologue et psychothérapeute spécialisée pour les enfants et adolescents, en exercice au CHU de Lenval (service de pédopsychiatrie, Nice). Effectivement, nous avons initié cette étude durant le confinement pour appréhender la façon de le vivre par les parents et par les enfants. Je mettrai davantage l'accent sur les enfants pour vous montrer l'impact de la crise sur la cellule familiale. Je rappelle que les parents ont dû prendre en charge le suivi scolaire des enfants à la maison.

Habituellement, nous entendons parler de « population clinique », c'est-à-dire des personnes en détresse qui contactent le médecin et rentrent dans un processus de soins. Ici, nous avons interrogé 2 000 parents « tout venant » ayant des enfants âgés de 1 à 22 ans. Les résultats sont les suivants :

- 68 % des parents rapportent une augmentation de la colère et de l'irritabilité chez leurs enfants ;
- 53 % rapportent des problématiques de sommeil chez les enfants ;
- 47 % rapportent une augmentation de l'agressivité et des difficultés à se concentrer ;
- 38 % des enfants manifestent davantage d'émotions négatives et font davantage de cauchemars qu'habituellement ;
- près de 70 % des enfants s'agrippent davantage à leurs parents ; ce comportement témoigne probablement d'anxiété ;
- plus de la moitié des enfants ont des souvenirs ou des pensées intrusives par rapport à des événements qu'ils ont vécus en lien avec la crise du Covid.

Dans cette enquête, nous avons étudié des facteurs de stress aigu ou post-traumatique. Dans cette population générale et selon les parents, beaucoup d'enfants manifestent des changements de comportement qui peuvent témoigner d'un stress relativement important. Ce stress agit sur le comportement, le sommeil, la concentration, l'agressivité ou la colère. Dans ce contexte, il a certainement dégradé des relations entre les parents et les enfants.

Concernant la vulnérabilité des populations, nous avons essayé d'explorer dans ces données dans quelle mesure les enfants qui avaient déjà été exposés à des événements difficiles ou traumatogènes dans le passé risquaient plus que d'autres de vivre ce syndrome de stress pendant le confinement. Sans équivoque, les données montrent que cette population est beaucoup plus vulnérable que les autres.

Selon moi, il sera essentiel d'éduquer les familles et les parents à détecter les signaux faibles de stress et à comprendre le profil de leur enfant pour savoir s'il est à risque ou non. Il faudrait mener une campagne de prévention ou de sensibilisation pour permettre une prise en charge précoce de ces enfants, pour plus d'efficacité.

Mme la présidente Sandrine Mörch. L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(M. Michel Dugnat prête serment.)

M. Michel Dugnat, pédopsychiatre, praticien hospitalier responsable de l'Unité d'hospitalisation conjointe parents-enfant du service de psychiatrie infanto-juvénile du Pôle de psychiatrie de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille. Je suis le seul « faux docteur » à cette table. À côté des docteurs en sciences ici présents, je suis le seul médecin, avec simplement un doctorat d'exercice.

Je vous invite à être attentifs à la question de la vérité, qui pose la question de la scientificité, de l'utilisation des données. Je vous invite à vous interroger sur la scientificité de certains discours qui présentent les formes de la science, c'est-à-dire qui font appel à des questions de chiffres ; mais il ne suffit pas d'avoir des chiffres pour avoir un point de vue

scientifique. Je dirai toute la vérité en la simplifiant, car si nous rentrions dans des questions techniques avec les collègues qui m'entourent, ce serait compliqué.

Je suis très honoré d'exposer ici le point de vue de l'alliance francophone pour la santé mentale périnatale. Ce n'est pas une société scientifique de plus, mais un assemblage des sociétés qui représentent les techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF), lesquelles ont joué un grand rôle dans la crise du Covid, et les collègues rassemblés dans le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), dans le Collège national des sages-femmes de France (CNSF) ou dans la Fédération française de psychiatrie.

Ces différentes sociétés et les sociétés scientifiques de pédiatres se sont rassemblées dans un groupe informel pour essayer de faire progresser la santé psychique ou mentale des bébés. Nous essayons de penser ce qui s'est passé pour eux, de l'âge de « moins 9 mois » à 18 mois. Les bébés ne parlent pas ; la question de savoir ce qui se passe pour eux est donc complexe et elle a des dimensions éthiques.

Je suis le porte-parole à la fois de l'Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance (ANAPSYpe) qui rassemble les psychologues des unités ou des crèches, de Mme Abdou, la femme que j'ai continué à suivre à domicile seul, de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), ou de la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY). Cet ensemble de personnes a souhaité de faire progresser la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 en proposant l'adoption d'amendements pour obtenir des crédits pour les bébés, outre les 20 millions d'euros supplémentaires pour cent départements, soit 200 000 euros par département ensemble.

Comme la PMI, la pédopsychiatrie est une institution en pleine difficulté et en pleine lutte. Dans ce contexte, dans les prochains mois, l'alliance qui accueille la parole des parents de bébés portera la question de la santé psychique et du développement des bébés au plus haut. C'est inédit en France. Nos collègues britanniques ont investi entre 2015 et 2020 375 millions de livres pour la seule santé mentale périnatale, c'est-à-dire pour la santé psychique des mères et des pères et pour le développement des bébés. En France, le dernier plan pour la périnatalité concernait toute la santé globale, physique et développementale des bébés. C'était de 2005 à 2007 et il s'élevait à 265 millions d'euros.

Les Britanniques continuent actuellement et font un pari, en se basant sur des études médico-économiques selon lesquelles il faut agir pour l'avenir de la nation, car l'enfant est l'avenir de la nation. Je pense particulièrement aux bébés. Dès les années 2000, James Heckman disait qu'il fallait faire un « investissement dans le cerveau du bébé » et non dans les universitaires et diplômés de HEC ou de Polytechnique, dans lesquels les familles ont déjà beaucoup investi. Le rapport médico-économique de la *London school of economics* donne maintenant les économies que nous pourrions espérer en France, territoire par territoire.

Par exemple, la quatrième circonscription de la Seine-Saint-Denis affiche 2 399 naissances. Combien pourrions-nous économiser par année de cohorte annuelle de naissances si une authentique politique publique associant les professionnels libéraux de santé périnatale était menée ? En soignant les femmes souffrant de dépressions, de troubles psychotiques, de décompensations gravissimes ou d'entrées dans la bipolarité, sur ce seul territoire de la quatrième circonscription de la Seine-Saint-Denis, nous pourrions économiser environ 25 000 euros. Ces économies sont diverses ; elles intègrent par exemple le suicide de femmes en période périnatale, qui représente la première cause de mortalité dans cette période

si l'on tient compte de toute la première année de la vie de l'enfant, comme le recommande l'OMS. Bien qu'elles soient limitées, les données médico-économiques nous indiquent qu'il faut investir à ce moment-là.

Pour conclure, pour 750 000 naissances par an en France, 75 000 femmes présentent des troubles dépressifs d'intensité variable. Au moins 8 000 d'entre elles présentent des troubles psychotiques. Au moins 800 femmes « pètent les plombs » juste après la naissance, souffrant de la psychose aiguë du *postpartum*. Elles doivent être séparées de leur bébé, car trop peu d'unités d'hospitalisation parents-bébé existent en France, contrairement à ce que développent actuellement les Britanniques.

Mme la présidente Sandrine Mörch. J'en profite pour rappeler l'actualité et le plan des 1 000 jours présenté par Adrien Taquet. Des préconisations seront proposées dans les prochaines semaines, sur la base du rapport remis par Boris Cyrulnik avec l'introduction des neuropsychiatres, la généralisation de l'entretien périnatal précoce et l'augmentation des moyens pour les PMI et les maternités.

Nous nous étendrons sur les aspects structurels, mais il est bien de revenir sur les aspects conjoncturels et l'influence de l'environnement familial sur les enfants pendant cette crise qui se poursuit.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(M. Natacha Collomb prête serment.)

Mme Natacha Collomb, secrétaire nationale de l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale. Même si nous représentons ici l'alliance et tous les métiers de la périnatalité, nous pouvons peut-être faire un focus sur la psychiatrie périnatale et la pédopsychiatrie.

D'abord, les bébés sont de manière générale moins bruyants dans leur mal-être que les enfants plus grands. Non doués de la parole, ils expriment leur malaise avec des signes tout à fait différents. De fait, ils ont été moins entendus dans cette période en raison de la difficulté à consulter en présentiel. En les consultant en vidéo, il était plus difficile de les « lire ». Les parents de bébés, notamment ceux souffrant de troubles psychiques, ont besoin d'une attention particulière. Des prises en charge et des repérages ont été effectués avec retard du fait du ralentissement du fonctionnement des institutions qui entourent habituellement ces personnes de manière assez précieuse et proche. En fonction des régions et des lieux, les PMI ou les associations de TISF ont rencontré des difficultés, puisqu'elles ne pouvaient pas autoriser leurs professionnels à se déplacer tant qu'ils n'avaient pas de masques.

Ces retards dans les prises en charge de mamans se sont répercutés sur des bébés en souffrance du fait de ces interactions altérées avec un parent incapable de les accompagner suffisamment bien dans leur développement. La question des masques est remontée pour l'école, mais aussi pour les bébés. Nous savons à quel point le développement des tout petits repose sur l'interaction. Certes, le regard est précieux, mais sans une partie du visage, l'interaction est plus difficile. C'est pourquoi il est demandé de distribuer des masques inclusifs dans les crèches et services de soins conjoints parents-bébé. Ces contraintes peuvent

paraître des détails, mais elles sont importantes et il faut y réfléchir pour respecter les droits des enfants et des bébés qui doivent aussi être considérés.

La question des aspects positifs et négatifs est aussi intéressante. Certaines maternités ont remonté les problèmes liés à la présence des pères aux accouchements, qui est fondamentale ; ces problèmes ont été relativement vite résolus avec les recommandations du CNGOF en faveur de la présence des pères. Un aspect positif réside dans l'impossibilité pour les familles élargies de se rendre à la maternité : ainsi la mère et son bébé pouvaient bénéficier de moments tranquilles après la naissance.

Pour certaines familles, le travail et le confinement à domicile ont permis au père, à la mère ou aux deux parents de plus profiter de leur bébé dans les premiers temps. Néanmoins, le confinement a accru certaines inégalités. Plus les personnes en difficulté économique ou sociale sont isolées, plus ces difficultés sont grandes. Les bénéficiaires du confinement concernent plutôt les familles favorisées disposant d'un jardin ou d'un environnement confortable, car l'environnement est aussi important dans la vie d'un bébé. À la fin des années 1990, Hillary Clinton venue visiter la France et la PMI avait constaté à quel point la France faisait en sorte de soutenir les parents, disant qu'il faut « *tout un village pour élever un enfant* ». Il faut réussir à maintenir le fonctionnement de ce village, en dépit des circonstances, pour le bien des bébés et des enfants.

Mme la présidente Sandrine Mörch. L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(M. Richard Delorme prête serment.)

M. Richard Delorme, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré. Je ferai d'abord un état des lieux des difficultés mentales et de la violence chez l'enfant pour expliquer les facteurs que j'ai identifiés.

Premièrement, nous avons été privés des enfants pendant la crise. La santé publique française était quasi absente sur la question de l'enfance. Nous n'avons eu aucun indicateur hormis les travaux des collègues ici présents, à la fin.

En Angleterre, dès les premières semaines, est apparue une idée de la représentation des maladies chez les enfants durant le confinement, selon laquelle 25 à 30 % des enfants étaient anxieux, voire très anxieux ou déprimés. Des études provenant de Chine ou d'Angleterre ont montré le même type de prévalence et cet accroissement de l'état dépressif ou anxieux des enfants. L'expression des troubles est polymorphe (difficultés de sommeil, d'alimentation, agitation, pipi au lit, etc.). J'ai été très surpris par la difficulté des familles à repérer les propres difficultés de leur enfant. Elles avaient l'impression que c'était la vie normale pendant la crise du Covid et du confinement, mais ces troubles exprimaient en réalité leurs difficultés d'adaptation à la situation. Hormis pour l'Afrique et l'Amérique du Sud sur lesquelles nous savons peu de choses, la littérature mondiale est homogène sur ce point.

Deuxièmement, les violences peuvent être classées selon trois niveaux. Pour le premier niveau, Adrien Taquet a révélé une augmentation de 60 % de l'utilisation du 119 pour des situations dites préoccupantes dans les premières semaines de confinement. Depuis quinze ou vingt ans, à chaque fermeture de l'école ou des professionnels de l'enfance, nous observons

une augmentation de la violence d'environ 20 % à l'intérieur des maisons. Une étude américaine a d'ailleurs montré une augmentation des violences intrafamiliales de l'ordre de 30 % pendant la période de confinement.

Le deuxième niveau concerne la violence en ligne, selon un rapport du secrétaire d'État aux Nations Unies. C'est important, car les enfants ont été placés devant les écrans. La violence n'est plus physique comme à l'école, mais elle peut être très forte en ligne.

Le troisième niveau est la violence dite raciale et communautaire. Quelques études américaines ont révélé une très forte pression sur la communauté chino-américaine due à l'idée que ces populations étaient vecteurs de la crise. Pendant le confinement, en France et aux États-Unis, nous avons tous vu ce qui s'est passé sur la question du racisme et des partages communautaires. Les enfants ont également été porteurs de cette violence.

Troisièmement, les difficultés psychiques sont liées au bien-être et à l'état général physique. C'est un enjeu majeur pour les enfants et les maladies psychiatriques. Les enfants n'ont plus pratiqué de sport et ils n'ont plus eu accès aux soins de manière générale. Dans certains départements tels que la Seine-Saint-Denis, l'absence de cantine peut priver l'enfant d'un repas et l'alimentation se limite parfois à la consommation d'un kebab le soir.

Quatrièmement, cela concerne la question du suicide des jeunes. Nous avons une très mauvaise représentation de l'augmentation des suicides. Plusieurs études ont montré une diminution des tentatives de suicide durant le confinement, mais les systèmes de santé sont pourtant saturés. De manière subjective, nous voyons une augmentation de la gravité des gestes et des situations très dégradées à leur arrivée à l'hôpital.

J'ai identifié neuf facteurs à cet état des lieux. Le premier facteur est la dépressivité des parents qui ont été moins soutenus pendant la phase de confinement. Cette dépressivité s'accompagne systématiquement d'une augmentation nette des cas de troubles mentaux chez les enfants. Le soutien des parents est donc un point majeur. Plus les problèmes d'emploi ou de revenus s'accumulaient pour les parents, plus les troubles mentaux des enfants s'aggravaient.

Le deuxième facteur concerne la perte de l'envie de s'occuper de ses enfants. Selon une étude américaine, 50 % des parents avaient la sensation de ne plus s'occuper de leurs enfants durant le confinement, alors qu'ils étaient aussi contraints de travailler en parallèle. Cette difficulté pour les parents à s'occuper de leurs enfants explique aussi une augmentation des troubles mentaux chez les enfants.

Le troisième facteur est la relation entre les parents et la crise. La proximité avec une zone de crise, telle que la mort d'un parent, augmente les troubles mentaux chez l'enfant.

Le quatrième facteur réside dans la pauvreté et l'inemploi. 5 % d'augmentation de l'inemploi sur un territoire amène 30 à 40 % d'augmentation des troubles mentaux chez l'enfant. Bien que cette littérature soit ancienne, nous en sommes assez proches actuellement et c'est un facteur majeur. Favoriser l'emploi des parents améliore la santé mentale des enfants.

Le cinquième facteur est la fermeture des structures pour les enfants (écoles, crèches, collèges, lycées) et d'activités extrascolaires. C'est aussi l'impréparation des personnels de la petite enfance du fait de l'absence de masques et de formation aux questions d'hygiène, ce qui

a conduit au sixième facteur, à savoir la privation des libertés des enfants. Ce point est majeur, en lien avec la fermeture des crèches et des écoles, et nous l'avons insuffisamment entendu en France. Le déficit de lobbying de l'enfance est majeur et de nombreuses décisions ont été prises sans imaginer leur impact sur les enfants.

Le septième facteur réside dans l'absence de spécialistes de l'enfance au sein du Conseil scientifique sur le Covid-19. C'est pour moi très significatif du regard porté sur l'enfance : on n'a pas pensé à l'enfant et on ne s'est pas dit qu'il pouvait être important.

Le huitième facteur est un déficit de la représentation de la santé publique sur la question de l'enfance. Personne ne s'inquiète de ce que font les bébés et les enfants. Même le ministre de l'Éducation nationale a appelé au retour à l'école en lien avec le retour des parents au travail, mais indépendamment de la question de l'épidémiologie et de la prévalence virale chez les enfants.

Le neuvième facteur concerne l'arrêt de la recherche scientifique et des essais thérapeutiques chez l'enfant. Il y a eu un frein majeur sur la recherche et je suis très inquiet sur la crise économique à venir en matière de choix. Les choix stratégiques cachent la plupart du temps les secteurs peu visibles. Je vous remercie pour cette commission, car sans un lobbying fort autour de la question de l'enfance, il y aura encore moins de financement, de recherche et d'avancées.

Pendant la crise, un article a été publié par des pédiatres et des pédopsychiatres à New York sur la nécessité d'éditer un plan Marshall de l'enfance selon quatre points :

- aider les familles de manière communautaire à devenir plus autonomes dans la gestion de leurs enfants, notamment *via* des pères aidants et en les accompagnant dans l'accès aux soins ;
- apporter plus de support aux familles sur le plan médical et psychiatrique. En banlieue parisienne, il faut attendre douze mois pour avoir un premier rendez-vous en pédopsychiatrie. La crise du Covid a accentué les délais ;
- aider les familles à accéder à des informations valides pour accompagner leur bébé et leur enfant dans la crise, indépendamment des informations diffusées sur les chaînes d'information en continu ;
- accompagner les familles sur le plan financier. Les repas et les activités extrascolaires sont très importants dans cette phase où l'aspect communautaire et familial est moins préservé.

M. Michel Dugnat. Comment expliquez-vous que le Haut conseil à l'enfance, à la famille et à l'âge, qui est doté d'un conseil de l'enfance, n'ait pas pu se faire entendre dans cette période ? Cela m'étonne complètement.

M. Richard Delorme. Je pense que c'est essentiellement pour des raisons médicales. Nous avons d'abord estimé que les enfants étaient à l'origine du trouble, puis nous nous sommes intéressés aux personnes âgées en tant que personnes vulnérables. Les adultes, même des parents bien-aimants, ont oublié les enfants devant la télévision pendant leur jogging ou pendant leurs courses ; ils s'en sont rendu compte très tardivement. Nous avons tous été quasiment acteurs de cela.

Pendant la crise, j'ai créé le site internet www.pedopsydebre.org pour nos patients. Nous décomptons 20 000 connexions par jour au bout de cinq jours et 30 000 au bout de six jours. C'est pourquoi j'ai écrit un article dans *Le Monde* sur la nécessité d'écouter la voix de l'enfance, parce que nous avons oublié les enfants. Les journalistes disaient la même chose.

Mme Marie-George Buffet, rapporteure. Merci de replacer nos débats sous la notion de droits des enfants. Depuis le début de cette pandémie, nous avons pointé du doigt soit les enfants susceptibles d'être porteurs soit les jeunes parce qu'ils faisaient la fête, mais dans le débat public n'a jamais vraiment été posée la question de leurs droits et de leur liberté de vivre leur enfance et leur jeunesse.

J'espère que notre commission d'enquête permettra de mettre en exergue, à travers nos propositions et recommandations à venir, la nécessité de doter l'enfant, pour sa santé mentale et physique, en moyens financiers et humains plus importants, et de le placer au cœur du débat public. De nombreux scientifiques et chercheurs ont participé à de très nombreux débats télévisés. Je m'en félicitais au début puis moins après, quelques semaines, car le flou des débats n'aidait pas à la prise de conscience collective. Pourtant, la question des enfants, traitée autrement que par la stigmatisation, ne venait que très rarement. Je pense que notre commission permettra de mettre la lumière sur cette question et de solliciter des moyens humains et financiers.

Vous avez évoqué la possibilité de faire ensemble, en parlant de la quatrième circonscription de Seine-Saint-Denis. Elle est composée des villes de Stains, La Courneuve, Dugny et Blanc-Mesnil, dont deux affichent le plus fort taux de pauvreté de France métropolitaine. Le « faire ensemble » avec tous les acteurs médicaux (médecine libérale, centres municipaux de santé, hôpital public, cliniques privées) me paraît être une nécessité. J'aimerais vous entendre sur les possibilités de créer des réseaux viables sur la question de la santé physique et mentale des enfants au niveau d'un territoire tel que celui-ci.

Quels moyens envisagez-vous pour davantage éduquer, soutenir et accompagner les parents dans la détection des signaux faibles ? Le sujet de l'aide à la parentalité revient dans beaucoup de nos débats, mais quels sont les ressorts pouvant être mis en œuvre pour assumer cette aide ?

Par ailleurs, concernant le taux de suicide ou de dépression lié à la périnatalité, le temps de séjour à la maternité qui ne fait que se resserrer, et particulièrement durant la crise du Covid, a-t-il des conséquences sur les phénomènes de dépression postnatale des femmes ?

Enfin, je suis aussi très étonnée de l'absence de scientifiques concernés par la pédopsychiatrie et les enjeux de l'enfance dans le Conseil scientifique, qui auraient pu avoir une influence sur ces questions. Quelles solutions voyez-vous à cela ?

M. Michel Dugnat. Concernant la période de la périnatalité, il existe les réseaux de périnatalité, qui sont réglementaires et financés par les Agences régionales de santé (ARS). Autrement dit, dans certaines des régions françaises, des réseaux publiquement connus se sont approprié la question du développement, du bien-être et de l'avenir de la santé psychique des bébés ; dans d'autres régions, ces réseaux ne se sont pas encore saisis de ces questions, ou du sujet de la prématurité. La reconnaissance de la santé psychique n'est pas encore remontée dans les réseaux régionaux réglementaires de la périnatalité.

Les conditions du « faire ensemble » ont parfois été supprimées par les politiques budgétaires - je vous renvoie au rapport de Mme Michèle Peyron et à la considérable perte de budget des départements et de la dotation de l'État depuis une dizaine d'années ; il en est de même pour la pédopsychiatrie. En 2006, près de 1 200 pédopsychiatres étaient correctement formés en France contre 600 actuellement, avec une moyenne d'âge nationale de 61 à 62 ans. Comme la PMI qui a été décentralisée il y a trente ans, soit une génération, la pédopsychiatrie est aussi en très grande difficulté pour des raisons budgétaires.

Le fait d'accorder à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent seulement 20 millions d'euros de budget et de limiter le financement alloué au fonds d'innovation sur l'organisation générale en psychiatrie à hauteur de 10 millions d'euros ne donne pas aux professionnels de la PMI, de la psychiatrie de l'adulte, de la pédopsychiatrie et des services de la protection de l'enfance qui sont motivés pour travailler ensemble les moyens de débloquent l'étau dans lequel ils se trouvent.

Mme Martine Balençon. La pédiatrie va de la néonatalogie à la fin de l'adolescence, c'est-à-dire 18 ans.

S'agissant des parcours, je me prononcerai au nom de la Société française de pédiatrie médico-légale que je représente sur la santé des enfants en danger, qui sont les plus vulnérables. Pour les enfants en danger se pose le problème des compétences. Sur le territoire, entre les pédiatres, les pédopsychiatres, les psychologues, les médecins légistes, les éducateurs et les départements, nous sommes nombreux à avoir des compétences, mais le problème est de relier celles-ci en santé physique, psychique et sociale, comme l'entend l'OMS.

Concernant les enfants en danger, notre société savante porte des « entrées en santé » telles que l'évaluation d'une situation de danger ou l'examen sur réquisition d'un enfant susceptible d'être une victime. Nous évaluons l'enfant, son corps et sa psyché, dans sa globalité, avec nos collègues psychologues pédopsychiatres. Nous ne choisissons pas de le « saucissonner », car cela est parfaitement maltraitant à mon sens. En tant que professionnels de l'enfance, en charge des enfants que nous soignons, pourquoi ne pouvons-nous pas travailler en lien, tout comme une maman bien traitante qui fait le lien entre les différentes prises en charge du pédiatre et du pédopsychiatre ? Il existe vraiment un sujet sur les parcours en santé.

Avec l'ARS de Bretagne, nous travaillons sur un projet de prévention, de repérage, de dépistage, de diagnostic et de soin des enfants en danger sur des parcours gradués. Le fait de graduer les parcours intègre les professionnels de terrain, les préventions primaire, secondaire et tertiaire et l'évaluation. Par exemple, un nourrisson secoué devra être près d'un service de neurochirurgie pour recevoir des soins techniques (neurochirurgien, évaluation osseuse, scintigraphie), mais il sera réadressé sur son territoire géographique avec une prise en charge riche et singulière. Nous aurons constitué un maillon en ayant fait le lien entre nous et nous aurons amené de la compétence.

Le 14 octobre prochain, nous publierons un livre portant sur ce concept de pédiatrie médico-légale, c'est-à-dire la santé au service des enfants. Plutôt que les professionnels restent sur leur sujet propre, indépendamment de leur patient, il s'agit pour eux de lier leurs compétences.

Nous devons réfléchir à cette question dans nos territoires. En Bretagne, nous avons intégré la police, la gendarmerie, la médecine légale, la pédiatrie et la pédopsychiatrie, sur le schéma des réseaux « Bien grandir et bien être » dans nos départements, qui sont effectivement des modèles du « faire ensemble ».

Mme Nathalie Vabres. Pendant le confinement, le nombre d'enfants et d'adolescents accueillis aux urgences et hospitalisés a diminué de deux tiers. Néanmoins, hormis durant les quinze premiers jours, autant d'enfants et adolescents ont consulté pour des suspicions de danger sur leur santé globale. Sur cette période de confinement, nous avons effectué plus de signalements et d'informations préoccupantes que sur la même période en 2018 et 2019. En post-confinement, nous avons reçu plus d'enfants de moins de 10 ans et des adolescents sont hospitalisés pour tentatives de suicide, troubles anxieux ou dépressions. Nous observons à quel point le confinement a augmenté les tensions familiales et les difficultés.

Nous voyons aussi des « bébés Covid » qui présentent des troubles de l'oralité ou pour lesquels l'allaitement ou l'alimentation se passe mal. Nos collègues psychologues et pédopsychiatres du service travaillent sur ce point. Ces enfants ne présentent pas de maladies somatiques, mais leurs mamans ont par exemple été isolées, ne sachant comment gérer une grossesse pathologique. Elles ont pu connaître des interdictions de visite de l'autre parent ou d'une personne-ressource, qui retentissent sur le lien parent-bébé et sur le comportement des bébés.

J'insiste sur la double peine pour les personnes vulnérables sur le plan économique. Les inégalités se creusent. À titre personnel, hormis ma colère, le confinement a été une parenthèse de ma vie très sympathique. Ce n'est pas le cas pour la majorité de la population. Or ce creusement des inégalités est insupportable.

S'agissant des réseaux, il ne faut pas « saucissonner » les prises en charge et il ne faut pas que les manques de budget créent des clivages parmi les professionnels qui s'occupent des enfants. Nous ne devons pas faire des enfants des puzzles. Les enfants en danger sont déjà morcelés par les violences et les carences qu'ils subissent, donc nous devons rassembler les santé somatique, psychique et sociale. Nous devons associer les libéraux, car ils constituent un vivier de professionnels compétents, même s'ils ne sont pas spécialistes. Nous pouvons leur donner des clés pour repérer des problématiques de troubles de santé psychique, du développement ou de la santé somatique. Pour les enfants en danger, celle-ci se rapporte aux dents, aux lunettes et à l'audition. Chez les enfants de la protection de l'enfance, la santé somatique est moins bien prise en charge que chez les enfants de la population générale.

Durant le confinement, quelques enfants et adolescents extraits de leur domicile et amenés à l'hôpital nous ont rapporté que leurs parents les avaient menacés avec le Covid, leur prédisant de mourir s'ils sortaient du domicile et étaient infectés. En plus de l'anxiété générée par les informations, le Covid a pu être utilisé comme une menace dans les familles en grande difficulté et maltraitantes.

Les secteurs ne doivent donc pas être « saucissonnés ». Je pense notamment aux puéricultrices des PMI qui ne bénéficient pas d'un soutien ou d'un lobbying suffisant pour être mises en avant, alors qu'elles ont un rôle prépondérant. Alors que de nombreux endroits manquent de médecins de PMI ou scolaires, elles peuvent réaliser un travail de coordination très utile aux côtés des médecins.

En effet, il faut des réseaux pluridisciplinaires et pluri-institutionnels, mais cela est compliqué pour la protection de l'enfance. Le Conseil départemental, l'ARS, le secteur public, le secteur privé, la protection de l'enfance, les associations : tous ont envie de mieux préserver la santé des enfants, mais c'est une lourde machine à mettre en route pour travailler ensemble. Ceci dit, je suis très optimiste sur le fait que c'est faisable.

Mme la présidente Sandrine Mörch. C'est pourquoi nous recevons volontiers les exemples qui fonctionnent.

M. Richard Delorme. Au début du confinement, nous avons eu beaucoup de contacts avec les Secrétariats d'Etat au handicap et à la protection de l'enfance sur le problème de l'accompagnement des enfants en situation de handicap ou ceux pris en charge par la protection de l'enfance, alors que de nombreux éducateurs ou soignants étaient chez eux. En situation normale, des dispositifs existent, même s'ils ont besoin d'amélioration, mais nous avons été surpris par leur *freezing* au début de la crise du Covid.

Au niveau international, il existe vraiment un enjeu sur l'accompagnement des familles et le déploiement de programmes de parentalité *online* quand il n'y a plus de médecins. Ces programmes n'existent pas en France et ils sont généralement rares dans les pays francophones. En revanche, il en existe dans certains pays anglo-saxons tels que les États-Unis ou le Canada, en raison des grandes distances. L'Angleterre, du fait de situations très défavorisées et de la faiblesse du tissu sanitaire, a également développé des programmes d'accompagnement de la parentalité.

Certains de ces programmes communautaires, où les parents « s'autoaccompagnent » et déploient leurs propres ressources, sont validés par l'OMS sous différentes appellations (pratiques parentales positives ou PPP, accompagnement de la parentalité, *the incredible years*, communauté des mères). En France, nous observons un vrai déficit sur ces nouvelles approches, avec des outils en ligne, alors qu'elles peuvent aussi apporter une aide. Notamment nous avons eu beaucoup de contacts avec le cabinet d'Adrien Taquet sur la façon d'accompagner les évaluations éducatives, alors que les enfants restaient à la maison avec leurs propres « tortionnaires » et n'avaient plus de moyens de l'exprimer à l'extérieur. Les psychiatres ou pédopsychiatres ont téléphoné aux familles ayant des enfants souffrant de maladies psychiatriques pour prendre de leurs nouvelles. C'est bien, mais nous ne sommes pas certains à ce jour que cela soit efficace.

Il y a donc une nécessité d'évaluer les outils pouvant être mis à disposition des familles. Certains dispositifs ont montré leur efficacité, qu'il convient peut-être d'adapter au système français. Ce n'est pas spécifique à la crise.

Mme la présidente Sandrine Mörch. Pourriez-vous préciser ces dispositifs ?

M. Richard Delorme. Ce sont des programmes en ligne dans lesquels les familles peuvent rechercher de l'information et des outils pour augmenter leurs compétences parentales et faire de la prévention. Cela peut être simplement le message de jouer dix minutes par jour avec son enfant, ce qui améliore énormément les troubles de comportement chez les enfants.

Mme Maud Petit. Parfois, les parents ne savent pas comment jouer avec leurs enfants. Peut-être faut-il leur expliquer comment faire.

M. Michel Dugnat. Les techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF) exercent un métier relevant du travail social qui est beaucoup moins cher que d'autres catégories d'intervenants, sensiblement moins cher que les éducateurs spécialisés par exemple. Elles interviennent à domicile avec un niveau de formation supérieur aux auxiliaires de vie. Quelques milliers de personnes en France exercent cette profession. Impliquées dans la périnatalité, elles représentent le premier agent de la lutte contre l'isolement dans toutes les situations familiales et particulièrement en période périnatale.

Il faut inclure les TISF dans le travail en réseau. Elles offrent la possibilité d'avoir une intervenante à la maison qui fait alliance, qui essaie de comprendre le mode d'emploi de la famille et qui éventuellement, par le « faire ensemble », permettra à la mère de découvrir l'importance du jeu.

Pour éviter d'augmenter la pression qui pèse sur les parents, nous devons faire passer certains messages simples. À ce titre, je vous recommande le site belge www.yapaka.be qui héberge des informations de bonne qualité pour des professionnels ou pour des parents, sous forme d'images et de vignettes. Les professionnels intervenant au domicile des parents peuvent s'en servir pour leur apprendre ou réapprendre à jouer, en partageant en présentiel et en direct, en particulier pour les familles les plus en difficulté qui sont le plus souvent monoparentales.

C'est un puissant outil de découverte du bébé et de l'enfant, car la communication en tant que jeu joue un grand rôle chez l'enfant de 2 mois. Pour les personnes qui n'ont pas connu cette expérience parce qu'elles étaient déprimées, il est important de découvrir grâce à une intervenante en présentiel que le bébé commence à utiliser le visage de son parent comme jeu dès lors qu'on lui sourit, et ce, malgré le masque, notamment *via* les yeux. Alors qu'il ne peut pas encore attraper un objet, il pourra produire des mouvements. Seuls les professionnels formés à un bon niveau peuvent le faire de façon non intrusive et le montrer : plutôt qu'un spécialiste le dise, quelqu'un vient à la maison.

Mme la présidente Sandrine Mörch. Quel est la formation d'une TISF ?

M. Michel Dugnat. La TISF est une professionnelle de niveau baccalauréat, formée en deux ans dans les Instituts régionaux du travail social (IRTS). Avant 1999, on les appelait les travailleuses familiales.

Les TISF sont envoyées dans des situations de protection de l'enfance à domicile, par les services départementaux et par la PMI. Elles sont aussi mises à la disposition des familles en fonction du quotient familial pour un montant horaire allant de 0,33 euro à 9 euros avec le soutien de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Elles interviennent en prévention pour soutenir la famille.

Mme la présidente Sandrine Mörch. Beaucoup de responsables d'associations réclament de nouveau les infirmiers psychiatriques dans les quartiers pour cette détection des premiers symptômes.

Mme Fabienne Colboc. Merci pour vos interventions qui nous ont éclairés, bien que nous ayons déjà constaté certaines réalités que vous avez rappelées.

Nous avons observé une très forte solidarité entre les Français durant cette crise. Beaucoup d'associations se sont mobilisées et ont pu aider certaines familles, dont elles se

sont rapprochées spontanément. Le fait d'apporter ainsi des moments de répit aux familles a pallié quelques manques de spécialistes de la santé et du lien social.

De nombreuses associations, notamment dans les quartiers difficiles, mais aussi en grande ruralité qui induit l'isolement, ont pu mobiliser leurs réseaux, leurs compétences et savoir-faire. Peut-être serait-il intéressant de leur demander ce qui a fonctionné dans ces rapports spontanés pour la plupart. Certaines personnes ont voulu garder les enfants pendant que leurs parents allaient faire du sport, pour souffler et apaiser les relations au sein de la famille. Cette solidarité a permis de limiter les difficultés.

L'Éducation nationale a également joué son rôle à travers l'État en donnant des informations sur les infirmiers et médecins scolaires ou sur les associations présentes sur un territoire. Par exemple, à Tours, des réseaux tels que la Maison des ados ou l'Espace santé jeunes ont pu intervenir de manière spontanée. Ces associations liées à la protection de l'enfance font-elles partie de votre réseau ? Avez-vous connaissance de telles mobilisations qui ont pallié les manques ?

Par ailleurs, avez-vous eu des difficultés liées aux enfants qui allaient à l'école pendant le confinement, car leurs parents étaient en première ligne ? Est-ce que cela a généré plus de stress de savoir que leurs parents pouvaient être touchés par la Covid parce qu'ils allaient à l'école ? Quelles sont les répercussions sur ces enfants aujourd'hui ?

Mme Souad Zitouni. Merci pour vos témoignages. J'ai visité l'unité de M. Michel Dugnat, qui joue un rôle formidable en faveur de la relation maman-enfant des premiers jours. Je trouve très important d'agir dès ce moment si des problèmes sont décelés.

En tant qu'avocate, j'aimerais savoir si des séquelles de cette crise existent sur les enfants et sur les bébés. Sont-elles irrémédiables ? Comment pouvons-nous les réparer ou les prévenir ? Concernant les premiers sourires et éléments de communication, compte tenu du port du masque, avez-vous noté des comportements peu normaux chez certains enfants ? Comment pouvons-nous réparer cette période compliquée où chacun s'est adapté à sa façon ?

Toutes les familles ne vous ont certainement pas sollicités. Comme cela a été fait pour dépister les personnes porteuses du coronavirus, pouvons-nous mettre en place une campagne d'information auprès des familles qui ne se sont pas manifestées ?

Mme Maud Petit. Je vous remercie également pour vos propos.

Avez-vous eu connaissance d'enfants ou adolescents chez qui le confinement a révélé un côté positif ou à qui il a réussi ? Par exemple, une lycéenne assez renfermée et ayant peu de relations avec ses camarades de classe a été heureuse que tout le monde vive comme elle durant le confinement, à la maison, reliée à quelques camarades en ligne. Elle s'est ouverte et épanouie durant cette période.

Mme Sylvie Tolmont. Merci pour l'ensemble de vos apports. Le constat terrible et alarmant corrobore des intuitions tout à fait personnelles d'une parlementaire non professionnelle. Nous avons depuis longtemps découvert que le bébé est une personne, mais j'avais le sentiment durant cette période que l'enfant était oublié, bien que nous ayons beaucoup parlé d'école.

Face à l'importance de ces questions et de la santé psychique dans notre société, présentement, quelle est l'urgence pour l'enfant ? Par quoi commençons-nous ? En tant que législateurs, nous devons rapidement porter des réponses.

M. Richard Delorme. La question urgente est celle du lobbying. Nous mettons l'écologie au cœur des politiques, il faut faire de même avec l'enfance. Chaque décision doit être pensée sous le prisme des populations vulnérables, à qui l'on donne peu la parole, pour répondre à leurs besoins et les accompagner au mieux. Votre question est déterminante dans tous nos choix, qu'il s'agisse de la santé, de l'école ou du sport. Nous devons changer la manière d'envisager cette population vulnérable et il est important que des politiques portent cette question.

Concernant la partie psychiatrique, la crise a effectivement été positive pour certains, mais parfois à défaut. Mes patients autistes qui ont de bonnes compétences ont été heureux de cette phase de confinement, mais le retour à l'école est extrêmement difficile. À titre d'exemple, une petite patiente de 6 ans, fille de médecins, sans aucun problème psychiatrique, ne veut plus retourner à l'école. Elle était très angoissée par le fait que ses parents puissent tomber malades. J'ai connu également le cas chez le fils d'un couple infirmier malade, qui a cru que ses parents et lui allaient mourir. Il existe beaucoup de littérature sur les enfants des personnels soignants.

Mme Andréa Soubelet. J'ai certains exemples de jeunes patients dont les parents souffrant de troubles chroniques sont en situation de vulnérabilité accrue durant la crise. Les enfants ont conscientisé le risque et, par volonté de protéger le parent, manifestent un refus scolaire. Certains enfants ne sont pas retournés à l'école pour protéger leurs parents.

M. Michel Dugnat. S'il faut mettre de l'enfance partout, comment pouvons-nous mettre au centre les enfants qui ne parlent pas encore ? L'environnement familial, social et humain devrait être au centre de cette question, car les bébés ne prennent pas la parole. Même le Haut conseil à la famille et à l'enfance ne s'intéresse qu'à l'enfant et pas au bébé. En français, l'enfant est soit le mineur de 0 à 18 ans, soit il est âgé de 6 à 12 ans. Le bébé est une personne qui a besoin d'avocats. Dans ce contexte, bien que cela vienne tardivement et après de nombreux pays, nous nous réjouissons du fait que la question des 1 000 jours soit posée en France.

Nous devons trouver la façon de donner concrètement la parole aux bébés. Un bébé qui se met en retrait, que le parent n'investit plus et qui se retrouve dans une pouponnière française est dans une situation difficile. Souvenons-nous de la Roumanie ou de l'Angleterre des années 1950. Il faut faire quelque chose, en particulier pour les enfants et les bébés placés qui relèvent de la puissance publique. Les lieux de collectivité auxquels je pense ne sont pas faits pour les bébés, à moins qu'ils soient parfaitement bien organisés pour répondre à leurs besoins, ce qui est rarement le cas. Les bébés ne sont pas faits pour vivre en collectivité.

Mme Édith Galy. S'agissant des enfants de soignants, pour savoir si les séquelles seront irrémédiables ou comment les réparer, il faudrait que la crise soit terminée. Seul le confinement strict est terminé. Nous sommes encore dans la crise. L'état d'anxiété généralisé que vit la population est toujours présent. Tant que nous ne sommes pas à la fin du processus, il est difficile de faire des projections de prises en charge réelles pour pallier les problèmes, d'autant que le temps d'exposition lui-même à certaines situations détermine les séquelles ou la gravité des symptômes.

Concernant les soignants situés en première ligne, la plupart se trouvent actuellement dans un état de stress post-traumatique. Ils ont été traumatisés de ce qu'ils ont vu, vécu et des choix qu'ils ont dû faire. N'étant pas épaulés dans cette crise, ils se sont débrouillés seuls. Or certaines personnes sont dans un tel état traumatique qu'il y a forcément des répercussions sur les enfants dans la cellule familiale. Elles n'oublient pas tout en passant la porte de la maison.

Initialement, nous ne catégorisons pas forcément ces enfants comme étant une population vulnérable. Ce sont des personnels hospitaliers ou cliniques qui font partie de la classe moyenne, nous ne les identifions pas à des populations sur lesquelles il faut porter un regard particulier. Néanmoins, cette population est clairement traumatisée. Cela continue, car ces personnes sont totalement paniquées à l'idée que puisse se reproduire ce qu'elles ont vécu entre mars et mai. C'est à un tel point que parfois elles ne raisonnent plus correctement pour analyser la situation. Pour ces cellules familiales et les enfants qui sont au contact de ces personnes, je pense qu'il y aura une problématique et une prise en charge particulières.

Mme Martine Balençon. Premièrement, selon l'adage *primum non nocere*, les décisions politiques devront être prises sous le prisme de l'enfant, c'est-à-dire en ne nuisant pas aux plus vulnérables, les enfants. Ce qui ne nuit pas à un adulte peut nuire à un enfant.

Deuxièmement, il faut arrêter de percevoir les enfants et les adolescents comme des menaces, c'est inacceptable.

Troisièmement, en lien avec nos collègues psychologues pédopsychiatres, nous avons rédigé une fiche sous l'égide de la Société française de pédiatrie médico-légale sur la façon d'accompagner la sortie du confinement. Cette fiche a été diffusée largement en France et relayée sur différents sites. Outre un axe particulier sur le repérage des violences, elle donnait des clés aux praticiens médicaux et paramédicaux pour faire face à certaines situations. Tous les professionnels de l'enfance peuvent s'en saisir. Pour nous assurer de ne pas être dans le faux et de ne pas verrouiller la parole des enfants, nous avons rédigé cette fiche avec l'aide des gendarmes qui font des entretiens de nuit. Tous les jours, nous devons mettre en œuvre une telle collaboration.

Mme Natacha Collomb. Permettez-moi d'intervenir en tant que chercheur au CNRS, en pleine période de vote de la loi de programmation de la recherche à l'Assemblée nationale. Il faut penser à la temporalité de la recherche et à la difficulté d'interprétation de réactions à chaud. Nous sommes encore dans la crise. Comment dire ce que deviendront les enfants qui ont été privés des visages des soignants ou des professeurs ? Laissons le temps nous dire ce qu'il adviendra de ce retard de communication. Peut-être n'est-ce pas le pire. La recherche permet de faire progresser ces savoirs si nous lui en laissons le temps.

Mme Nathalie Vabres. Au même titre que les enfants ne sont pas une menace, peut-être pouvons-nous réfléchir en termes d'autorisations plutôt que d'interdictions données aux enfants. Les réglementations multiplient les contraintes pour les enfants, au-delà des prescriptions du ministère de la Santé. Il s'agit de s'appuyer sur les données scientifiques disponibles pour savoir ce qui peut être autorisé aux enfants en dehors du cercle familial (école, sport, garde de bébé). Cela éviterait d'ajouter des maltraitements institutionnels aux directives nécessaires pour se protéger du Covid.

S'agissant des expériences positives, les associations de protection de l'enfance disent que de très belles choses se sont passées pour les enfants et les adolescents confiés en établissements. D'abord, les établissements ont écouté leur bon sens. Ensuite, certaines

contraintes sociales, particulièrement le poids de l'échec, des difficultés ou du harcèlement liés à l'école, étaient absentes. Enfin, il y a eu de très beaux gestes de solidarité entre les enfants confiés en établissements, notamment l'école faite aux petits par les grands et en petits groupes avec l'aide des éducateurs et des professeurs à distance.

Mme Marie-George Buffet. Vos propos sont importants. La pratique sportive extrascolaire notamment, dans les clubs, a suscité beaucoup d'interrogations à la fois chez les familles et chez les bénévoles, car ils manquaient d'indications réelles. Il est aussi urgent de reprendre l'école que de reprendre les activités sportives et culturelles extrascolaires. Nous devons donner des éléments aux éducateurs, bénévoles et acteurs culturels pour qu'ils puissent libérer les gestes de l'enfant.

M. Michel Dugnat. Le rapport sur temps et lieu tiers est une vraie ressource pour penser ce qui se passe pour l'enfant jusqu'à l'âge adulte en dehors des temps scolaires. Un certain nombre de travaux produits par une institution de la République sont disponibles. Les bébés ont des droits, mais ils ne savent pas les demander, contrairement aux enfants plus grands qui sont entourés de tiers et pas seulement des parents. Il me semble que cette dimension ne doit pas être oubliée par la commission.

M. Richard Delorme. En matière de décision politique, il est vraiment important de comparer des risques. Actuellement, nous réfléchissons seulement au risque infectieux, mais il en existe beaucoup d'autres. La décision raisonnée induit cette capacité à comparer des risques.

Mme la présidente Sandrine Mörch. Vous pouvez ensuite nous proposer des préconisations concrètes pour étayer vos propos, pour prolonger le travail collaboratif et cette libération d'énergie, voire de liberté que beaucoup de professionnels se sont octroyée en temps de crise parce qu'ils ont pris des initiatives. Cela poussera le lobbying de l'enfant. Le bon sens, la simplicité, la façon de faire tomber les freins de la dynamique médico-légale, la détection des signaux : sur quelles bonnes pratiques pouvons-nous nous appuyer pour faire de la prévention ? Nous avons besoin de tous ces éléments concrets d'ici la mi-novembre.

Je vous remercie infiniment pour cette séance passionnante. Vous nous avez donné de nombreuses pistes et nous avons entendu vos messages.

L'audition s'achève à quinze heures cinquante-cinq.

Membres présents ou excusés

**Commission d'enquête pour mesurer et prévenir les effets de la crise du Covid-19
sur les enfants et la jeunesse**

Réunion du jeudi 24 septembre à 14 heures

Présentes. – Mme Marie-George Buffet, Mme Fabienne Colboc, Mme Sandrine Mörch,
Mme Maud Petit, Mme Sylvie Tolmont, Mme Souad Zitouni

Excusés. - Mme Anissa Khedher, M. Jean-Charles Larssonneur, M. Frédéric Reiss,
M. Bertrand Sorre