

**RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Monique Ryf et consorts - Santé mentale
des jeunes : quelle prise en charge à la sortie de la pandémie ? (22_POS_10)**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 21 juin 2024.

Présent·e·s : Mmes Florence Bettschart-Narbel (en remplacement de Philippe Miauton), Josephine Byrne Garelli, Rebecca Joly, Anna Perret (en remplacement de Géraldine Dubuis), Sylvie Podio (présidence), Monique Ryf (en remplacement de Sandra Pasquier). MM. Jean-François Cachin (en remplacement de Chantal Weidmann Yenny), Sébastien Cala, Fabien Deillon, Nicola Di Giulio, Gérard Mojon, Olivier Petermann, Cédric Roten, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier. Excusé·e·s : Mmes Géraldine Dubuis, Sandra Pasquier, Chantal Weidmann Yenny. M. Philippe Miauton.

Représentant·e·s de l'Etat : Mme Madelaine Taddei Petit, Chargée de missions, Prévention et promotion santé enfants et jeunes, Direction générale de la santé (DGS). MM. Frédéric Borloz, Conseiller d'Etat, Chef du Département de l'enseignement et de la formation professionnelle (DEF), Lionel Eperon, Directeur général, Direction générale de l'enseignement postobligatoire (DGEP), M. Raphaël Gerber, Directeur général adjoint, Direction psychologie, psychomotricité, logopédie en milieu scolaire (DPPLS), Direction générale de l'enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée (DGEO).

La commission remercie M. Frédéric Ischy, secrétaire de commission au Secrétariat général du Grand Conseil, pour la rédaction des notes de séance.

2. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

Le rapport cherche à répondre au mieux au postulat et va dans le sens des demandes formulées par ce dernier. Le rapport se montre complet et présente les 16 mesures mises en œuvre.

A la suite de la pandémie et des crises sociétales actuelles, le constat est établi d'une fragilisation des enfants et des jeunes. Les mesures de soutien mises en place représentent une enveloppe totale de 11,5 millions dans le budget de l'Etat de la présente année. Cette enveloppe se répartit dans plusieurs départements, le programme engagé résultant de la collaboration fructueuse de plusieurs départements. Le montant de l'enveloppe est voué à évoluer, en adaptation à la situation.

L'action de l'Etat en la matière a été rapide, dans le but de ne pas casser la chaîne des mesures mises en place dans le cadre de la pandémie. Le programme se déploie et, globalement, les personnes sur le terrain se disent satisfaites.

L'action forte entreprise est conforme au programme de législature du Conseil d'Etat. Elle a été citée en exemple pour son caractère interdisciplinaire et interdépartemental dans le cadre d'une table ronde organisée

le 14 juin 2022 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur la situation en Suisse de la psychiatrie et de la psychothérapie pour enfants et adolescent·e·s.

3. POSITION DE LA POSTULANTE

La postulante remercie le Conseil d'État pour sa réponse bien développée. Elle estime que le postulat reste d'actualité, bien que la sortie de la pandémie soit désormais relativement éloignée. La postulante rectifie la temporalité indiquée dans le rapport : le postulat a été déposé le 1^{er} mars et renvoyé le 8 mars 2022, non pas 2023, en commission qui l'a examiné le 15 septembre 2022, non pas 2023. Le postulat a bien été renvoyé au Conseil d'État le 31 octobre 2023. Le rapport a suivi rapidement puisqu'il a été publié en décembre 2023 déjà.

L'état des lieux demandé par le postulat est fourni de manière assez complète : rappel du contexte élargi (succession de crises après pandémie) impactant la santé mentale des jeunes, description permettant une bonne vue d'ensemble des mesures de soutien mises en œuvre. La postulante se félicite de voir les mesures en question pérennisées par l'allocation d'un montant de plus de 10 millions au budget de l'État de la présente année. Elle trouve de même particulièrement intéressant la mise en place d'un groupe de travail interdépartemental. Les mesures mises en place devront obligatoirement faire l'objet d'évaluations très régulières, dans l'optique de leur adaptation sur le long terme.

Certaines interrogations subsistent. Ainsi, la nécessité est reconnue de renforcer la disponibilité des infirmiers·ères scolaires afin, par exemple, d'intensifier la prévention en matière de suicide, de stress ou de mésusage des écrans. Cette volonté de renforcement ne se retrouve toutefois pas dans la mesure en place (mesure 11) puisque seulement 2 EPT (équivalents plein temps) supplémentaires d'infirmier·ère scolaire sont mis à disposition pour l'ensemble du canton. La demande sur le terrain des prestations considérées se montre pourtant très importante. Cette situation semble découler de l'optique consistant à ne pas automatiquement lier le nombre de postes utiles à la croissance des effectifs des écoles. Dans la même veine, la question demeure de savoir si le renforcement de la logopédie indépendante constitue la mesure la plus adaptée à une demande relevant avant tout de la santé mentale.

En conclusion, des interrogations peuvent être émises concernant l'ajustement des mesures mises en œuvre, au demeurant bien explicitées, avec la demande sur le terrain.

4. DISCUSSION GENERALE

L'ampleur des mesures, pertinentes, mises en œuvre est-elle suffisante ? Les mesures mises en place permettront-elles non seulement de rattraper le retard accusé en la matière (création de postes pour absorber les besoins existants, diminution des listes d'attente) mais aussi de répondre à une demande croissante (augmentation de la population, des situations à suivre et de la complexité des cas) et ainsi de désamorcer de véritables bombes à retardement (prise en charge adéquate suffisamment précoce des problèmes de santé mentale des jeunes) ?

Pour le chef du DEF, le département en charge de l'enseignement et de la formation professionnelle n'endosse pas la responsabilité de la santé mentale de la jeunesse ; il fait simplement en sorte que les jeunes puissent suivre leur parcours scolaire. Il s'avère rarissime d'avoir la possibilité de s'appuyer sur un paquet de mesures aussi puissantes. Le soutien de l'ensemble du Conseil d'État ainsi que du Grand Conseil est à ce titre à saluer. Le chef du DEF considère que les mesures mise en œuvre se montrent très fortes et solides. Elles sont destinées à évoluer. Aussi, elles doivent être régulièrement évaluées, même s'il est pour l'instant un peu tôt pour le faire. Le déploiement du personnel sur le terrain n'est pas encore terminé, ce qui peut expliquer des mécontentements résiduels.

Le directeur DPPLS répond à l'interrogation de la postulante concernant les infirmiers·ères scolaires. L'idée consiste à éviter un défilement sans fin des enfants chez le·la seul·e infirmier·ère scolaire. Pour ce faire, une répartition efficiente des prises en charge est réalisée entre différents professionnel·le·s : infirmier·ère scolaire, éducateur·trice socio-scolaire, psychologue scolaire, logopédiste. Un travail conjoint avec des nouveaux·elles intervenant·e·s est donc mis en place dans le but de réguler au mieux le flux des demandes et y répondre de la manière la plus adéquate.

Par ailleurs, le rôle de l'infirmier·ère scolaire a évolué de la dimension proprement sanitaire (vaccination, contrôle de la vue) à un aspect portant plus sur l'écoute des enfants. En conséquence, le besoin sur le terrain

est en cours d'évaluation et l'Unité de promotion de la santé et prévention en milieu scolaire (Unité PSPS) n'a pas jugé bon de prévoir davantage de postes d'infirmier·ère scolaire, dans l'attente de l'adaptation du cahier des charges.

Au-delà du rattrapage de nombre de postes de psychologue, psychomotricien·ne et logopédiste en milieu scolaire (PPLS), le dispositif présente une nouveauté : l'activité de psychologues au niveau post-obligatoire (gymnases, écoles professionnelles). Le projet pilote démarré en 2013 (ouverture d'un poste de psychologue à 50% au Gymnase de Burier et à 50% au Centre professionnel du Nord vaudois) et son évaluation 6 ans plus tard ont confirmé l'existence du besoin. Le Conseil d'État a attribué 10 EPT en 2020 dans le cadre de la crise pandémique, puis encore 10 EPT supplémentaires en 2024. Désormais, l'entier des gymnases et des écoles professionnelles dans le canton sont couverts par des prestations de psychologie en milieu scolaire. Les bénéficiaires de ces récents engagements pourront être mesurés plus tard, d'entente avec les équipes de santé des établissements. A signaler enfin que le groupe de travail interdépartemental a concocté un programme qui dépasse la simple juxtaposition de différentes mesures, pour apporter un soin particulier à la cohérence de l'ensemble du dispositif.

Le directeur général de la DGEP précise que l'engagement de psychologues dans les gymnases et les écoles professionnelles mais aussi de travailleurs·euses sociaux·ales dans les gymnases (pendant des conseillers·ères aux apprenti·e·s en école professionnelle) a permis de combler d'un point de vue qualitatif le déficit historique de soutien aux jeunes dans le secondaire II par rapport au niveau primaire et secondaire I.

Quel est le cahier des charges des psychologues en milieu scolaire, particulièrement au niveau post-obligatoire ? En effet, compte tenu des souffrances vécues par les jeunes et des moyens à disposition, les psychologues considéré·e·s ne sont pas en mesure d'engager de véritables psychothérapies. Au demeurant, ne risque-t-on pas d'exagérer psychologiser ou psychiatriser les problèmes parfois uniquement passagers des jeunes ?

L'école n'a pas pour mission de régler tous les problèmes de la jeunesse mais seulement de permettre à cette dernière d'apprendre. 0,5 EPT de psychologue par gymnase ou école professionnelle reste une dotation relativement faible par rapport au nombre de gymnasiens·ne·s et d'apprenti·e·s. Le cahier des charges des psychologues diffère selon le niveau : possibilité d'effectuer des traitements dans le cadre de la scolarité obligatoire, pas au niveau post-obligatoire. Aussi, les psychologues au post-obligatoire renvoient en cas de nécessité à la pédopsychiatrie pour les personnes mineures et à la psychiatrie adulte pour les personnes majeures (fonction d'évaluation et d'orientation), effectuent des interventions collectives (organisation d'ateliers, etc.) ciblées, sur la gestion du stress ou la concentration par exemple, et collaborent avec les travailleurs·euses sociaux·ales, la précarité sociale ayant un impact sur la santé mentale.

Pour plusieurs commissaires, s'il convient de ne pas tout psychiatriser et si l'école n'a certes pas vocation à soigner les gens, on ne perd cependant rien à ce que la santé mentale fasse l'objet de discussions et d'une attention particulière en milieu scolaire. En effet, par son mode de fonctionnement ou certaines de ses exigences, le système scolaire peut parfois révéler des fragilités voire rendre malade. La souffrance (psychique) peut conduire au décrochage scolaire et, plus tard, à l'exclusion socio-professionnelle. De surcroît, les élèves ou étudiant·e·s atteint·e·s dans leur santé mentale peuvent représenter pour les autres élèves ou étudiant·e·s une source de perturbation de l'apprentissage. En ce sens, il importe de ne pas exagérément séparer l'école (lieu de vie à journées faites des enfants et des jeunes) et la santé mentale de la jeunesse.

La thérapie réalisée au niveau de la scolarité obligatoire par le·la psychologue en milieu scolaire fait-elle l'objet d'une facture TARMED et d'un remboursement par l'Assurance obligatoire des soins (AOS) ?

Non, les traitements psychologiques effectués dans le cadre de la scolarité obligatoire sont pris en charge par l'État, en vertu de la loi sur la pédagogie spécialisée et son règlement d'application. Toutefois, en cas d'indication médicale pour un soin donné, l'enfant est orienté vers le dispositif sanitaire vaudois (pédopsychiatre). Au demeurant, l'école obligatoire développe par région des groupes psychothérapeutiques ou des groupes conjoints psychologie-logopédie ou logopédie-psychomotricité qui rencontrent un grand succès, à tel point que le système sanitaire y adresse parfois certains enfants.

Un·e commissaire évoque la création récente d'une plateforme régionale regroupant le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), les PPLS, des psychologues indépendant·e·s, un pédopsychiatre indépendant, la structure locale d'accueil des jeunes et le Pôle Santé Vallée de Joux. Les

représentant-e-s de l'État plaident de même pour le travail en collaboration/coordination et pour la plus grande clarté possible auprès de la population concernant les prestations existantes.

5. LECTURE DU RAPPORT

1.1 – De la pandémie COVID-19 aux crises sociétales (p. 4)

Pour un-e commissaire, il se montre étonnant que le risque suicidaire ne soit pas évoqué ici, alors qu'il s'agit d'un trouble majeur chez les jeunes. Cette problématique apparaît toutefois plus loin dans le rapport.

2.1 – Mesures 2023 (actuelles) (p. 5-6)

L'axe I (promotion de la santé) vise la population générale et vulnérable. La population dite vulnérable n'est pas décrite. Pourquoi mélanger des mesures pour la population générale et des mesures pour une population déjà plus ciblée ?

Sur le terrain, les limites entre les différents axes d'intervention se révèlent nécessairement floues. Ainsi, l'action de prévention primaire générale peut aussi porter sur des comportements relevant de groupes à risque. Dans le même ordre d'idées, une intervention ciblée peut comprendre un début de soin. Lorsqu'une action de prévention générale est menée sur le mésusage des écrans par exemple, les intervenant-e-s garde en tête la population qui utilise beaucoup les écrans (6-8 heures par jour).

Mesure 1 – Promotion de la santé en milieu scolaire (mésusage des écrans, gestion du stress)

A lire plus en détail la mesure décrite dans les annexes, on constate qu'elle concerne uniquement le mésusage des écrans et non pas la promotion de la santé déclinée sur plusieurs aspects. De plus, les moyens financiers alloués se montrent trop faibles pour engager une personne. En quoi consiste concrètement cette mesure dont la substance semble amoindrie ?

Il ne s'agit pas d'une mesure générale de promotion de la santé mais d'une mesure focalisée sur le mésusage des écrans, via une part seulement du financement attribué à l'Unité PSPS en charge de cette mesure et d'autres. A ce titre, le tableau récapitulatif des mesures peut manquer de clarté.

Mesure 2 – Prévention du risque suicidaire

Un dialogue est-il engagé avec les directions d'établissement scolaire, en particulier celles qui se montrent réticentes à la prévention du risque suicidaire ?

La prévention du risque suicidaire a été mise en œuvre en priorité au niveau post-obligatoire. Le même dispositif est en cours de mise en route dans le cadre de la scolarité obligatoire (primaire, secondaire I). La présentation du concept effectuée aux 93 directions d'établissement a provoqué un énorme intérêt et reçu des échos favorables. Dans la mise en œuvre, la priorité a été donnée aux établissements dont la direction s'est déclarée volontaire pour une telle prévention. Il reste que, à terme, au niveau secondaire I, une telle prévention s'avérera obligatoire. La prévention du risque suicidaire se développe de même en milieu extra-scolaire (sensibilisation, via Pro Juventute, des professionnel-le-s qui s'occupent des jeunes hors cadre scolaire).

Mesure 7 – Renforts psychologues, psychomotriciens, logopédistes en milieu scolaire (PPLS)

Comment lutter contre les difficultés des communes ou associations de communes pour engager des médecins scolaires et contre la pénurie de pédopsychiatres en cabinet ?

La formation en médecine scolaire des pédiatres mais aussi des médecins généralistes doit être développée. L'attractivité de la médecine scolaire doit de même être améliorée, notamment par la possibilité de coupler l'activité de médecine scolaire avec celle de médecine en cabinet. Un groupe de travail dans lequel est représenté le Groupement des pédiatres vaudois réfléchit à des solutions pour que le canton dispose de suffisamment de médecins scolaires. L'Office du médecin cantonal (OMC) pilote un groupe de travail consacré à la psychothérapie (passage du modèle de la délégation au modèle de la prescription, monitoring de l'offre). Le DEF est représenté dans cette instance. La collaboration interdépartementale joue aussi sur ce plan.

Mesure 8 – Psychologues au post-obligatoire

Au-delà du problème de la pénurie de professionnel-le-s, comment envisager la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pour une personne âgée de 16 ou 17 ans par exemple ? Comment éviter d'éventuelles ruptures de prise en charge ?

L'acquisition de la majorité au niveau post-obligatoire revêt de multiples enjeux pour la personne considérée et pour les institutions. La psychiatrie adulte s'ouvre aux jeunes dès 17 ans, guère en dessous de cet âge afin de coller au mieux au processus de développement de l'individu. La pédopsychiatrie intervient au-delà de l'âge de 18 ans lorsque cela s'avère nécessaire (retard de développement par exemple). Une perméabilité existe donc du moment qu'elle se justifie.

Comment gérer le problème de l'allongement des listes d'attente pour obtenir une consultation chez un-e professionnel-le alors que le succès d'une intervention dépend de sa précocité ?

Au sein du Département de psychiatrie du CHUV, de nombreuses actions portent sur la transition entre la fin de l'adolescence et le début de la vie d'adulte. Des équipes mixtes sont ainsi constituées entre la pédopsychiatrie et le service de psychiatrie adulte afin d'éviter les accrocs de prises en charge. Les moments de transition font l'objet d'une attention particulière. Les médecins généralistes restent à disposition en cas de crise, dans l'attente de la prise en charge par un-e psychologue. Il est vrai toutefois que la pénurie peut aussi se faire sentir en ce qui concerne les pédiatres et les médecins généralistes.

Axe III – Accompagnement et prise en charge (public à difficulté avérée)

En plus des quatre mesures renforcées décrites, est-il confirmé que les nombreuses autres mesures à destination du public à difficulté avérée perdurent (prestations du SUPEA, du Centre psychothérapeutique de jour de l'Hôpital de l'enfance, etc.) ?

Oui, confirmation est donnée. Les quatre mesures décrites, jugées prioritaires, bénéficient d'un renforcement. Les autres mesures à destination du public à difficulté avérée continuent d'exister et de faire l'objet d'un suivi attentif.

A quoi est due la discontinuité de prise en charge qui intervient à l'âge de 12 ans, évoquée par certaines actrices et acteurs du terrain ?

Depuis longtemps dans le canton, les structures d'accueil de jour et de nuit posent problèmes pour la population à difficulté avérée entre 12 ans et 15-16 ans (manque de places). La prise en charge ambulatoire de cette population n'est pas touchée. Le travail est en cours pour combler le déficit de places disponibles. L'enjeu consiste à définir qui endosse, en fonction des besoins, la responsabilité des structures nouvelles ou à créer : le monde de la santé (DSAS), le monde socio-éducatif (Direction générale de l'enfance et de la jeunesse – DGEJ) ou le monde de l'enseignement (DGEO, établissements de pédagogie spécialisée).

2.2 – Suivi des mesures et adaptations (p. 6)

Un bilan régulier est-il prévu des mesures dont les résultats sont quantifiables ?

Oui, les mesures feront l'objet d'une évaluation en vue de leur adaptation. Dans le concret, le groupe de travail constitué se chargera de l'élaboration et de la mise en œuvre du processus d'évaluation.

Un rythme régulier est-il défini pour les évaluations ?

Non, pas pour l'instant. En l'état, l'activité se concentre sur la mobilisation des ressources et le lancement des mesures. Les bilans dressés trop rapidement ne s'avèrent pas forcément utiles. L'idée consiste à mener une première évaluation dans 3 à 5 ans.

Dans le processus d'évaluation, est-il envisagé une consultation des personnes concernées, pas uniquement des professionnel-le-s ? Par exemple, est-il prévu de lancer, par le biais des écoles, des questionnaires séparés à destination des parents et à destination des élèves ?

Au CHUV, des questionnaires de satisfaction sont d'ores et déjà distribués aux familles et aux jeunes suivi-e-s. Des études seront menées plus largement, sollicitant les élèves et leur famille.

2.3 – Adaptation du plan de mesures (p. 6)

Dans les mesures qui pourraient également être mises en œuvre, il est fait mention de classes régionales de pédagogie spécialisée qui accueillent des élèves en grandes difficultés. S'éloigne-t-on quelque peu de l'idéal de l'école inclusive ?

Non, l'école se veut par définition inclusive. Le qualificatif « inclusif » est destiné à disparaître avec le temps et l'évolution de l'école. L'école, dans son acception habituelle, prodigue un enseignement aux élèves et s'occupe des enfants qui présentent des problèmes/troubles. A ce titre, rien ne change dans la politique cantonale.

En quoi consistent donc ces classes régionales de pédagogie spécialisée ? Sont-elles situées en dehors du périmètre scolaire ou non ?

Deux adaptations ont été introduites ces dernières rentrées scolaires. Concernant les années scolaires 1P et 2P, des difficultés croissantes de la capacité d'adaptation des enfants au milieu scolaire ont été observées (problèmes de comportement, troubles), rendant difficile la tenue de la classe. Un soutien, notamment à travers le co-enseignement, a ainsi été mis en place et va continuer à se déployer. Concernant la fin de scolarité, les problèmes de comportement et les troubles chez les jeunes se manifestent de même, conduisant à une maîtrise malaisée de la classe et à des enseignant·e·s en souffrance. Comme les mesures de co-enseignement ne peuvent pas indéfiniment être multipliées, deux types de classes régionales de pédagogie spécialisée (CRPS) ont été créés : les CRPS consacrées aux élèves autistes et les CRPS pour les cas ne relevant pas de l'autisme. Les classes de pédagogie spécialisée permettent d'extraire (temporairement ou non) l'élève à besoins spécifiques de sa classe, de le prendre adéquatement en charge et de ne pas péjorer la qualité de l'enseignement pour les autres élèves.

Comment les classes régionales de pédagogie spécialisée (CRPS) s'articulent-elles avec les Modules d'activités temporaires et alternatives à la scolarité (MATAS) ?

Le placement en MATAS correspond à une sortie du circuit scolaire. Les CRPS se trouvent au contraire dans les établissements scolaires, dans l'école à visée inclusive.

En l'absence de CRPS dans un établissement, les élèves sont-ils-elles alors amené·e·s à se déplacer dans une autre région ?

Oui, ou alors l'élève concerné·e reste dans une classe traditionnelle où il·elle bénéficie de l'assistance à l'intégration et de l'enseignement spécialisé. L'un n'empêche pas l'autre. Les CRPS amènent de l'air et permettent de prendre du recul sur les situations dont le nombre explose, tout en maintenant l'insertion dans le système scolaire et un établissement scolaire donné.

6. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat à l'unanimité.

Morges, le 10 septembre 2024.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*