

DEPARTEMENT AUTORISATIONS D'EXERCICE,
CONCOURS, COACHING

BUREAU DES CONCOURS NATIONAUX

**CYCLE PREPARATOIRE AU CONCOURS INTERNE D'ACCES
AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES ATTACHES D'ADMINISTRATIF
HOSPITALIERE**

1^{ère} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

Mardi 03 mars 2026

Durée 4 heures – Coefficient 2

Rédaction d'une note de synthèse sur un sujet d'ordre général

SUJET :

À partir des documents joints, vous rédigerez une note de synthèse en deux parties concernant la santé mentale des enfants et des jeunes

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 43 pages + 2 (sujet + sommaire).

DOCUMENTS JOINTS

<u>Document n°1 :</u> Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH) : La santé mentale des jeunes à la loupe janvier 2025 (1 page)	Page 1
<u>Document n°2 :</u> Cour des comptes : Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, mars 2023 (5 pages)	Pages 2 à 6
<u>Document n°3 :</u> Dress, Etudes et résultats : Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique juin 2023 (8 pages).	Pages 7 à 14
<u>Document n° 4 :</u> France info : Les droits des enfants hospitalisés en psychiatrie sont gravement bafoués, alerte la contrôleure des lieux de privation de liberté décembre 2025, (1 page).	Page 15
<u>Document n° 5 :</u> HAS Repérage des besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et association de la psychiatrie au cours du parcours de l'enfant ayant une mesure de protection de l'enfance (5 pages).	Pages 16 à 20
<u>Document n° 6 :</u> Le Monde Santé mentale : plus de 8 % des enfants de 3-6 ans en France connaissent au moins une difficulté « probable » décembre 2024 (2 pages)	Pages 21 à 22
<u>Document n° 7 :</u> Site ministère de la Santé : Politique des 1000 premiers jours : retour sur quatre années d'actions. Janvier 2026 (5 pages)	Pages 23 à 27
<u>Document n° 8 :</u> Santé mentale des enfants de 3 à 6 ans : Santé publique France publie de nouveaux résultats de l'étude Enabee décembre 2024 (3 pages)	Pages 28 à 30
<u>Document n° 9 :</u> UNICEF : Consultation nationale des 6-18 ans 2024, enfants et adolescents en souffrances (11 pages)	Pages 31 à 41
<u>Document n° 10 :</u> Vie publique : Mineurs hospitalisés en psychiatrie : comment mieux garantir les droits des enfants ? décembre 2025 (2pages)	Pages 42 à 43

La santé mentale des enfants à la loupe

Publié le : 30.01.2025 Dernière

Par : Eléonore de Vaumas

En décembre 2024, Santé publique France a publié les résultats de l'étude Enabee concernant la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle, complétant ainsi les données déjà révélées en 2023 pour les élèves du primaire (6-11 ans).

Première étude nationale à s'emparer du sujet, l'étude Enabee, lancée par Santé publique France en 2022, s'intéresse à la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans scolarisés en maternelle et en primaire en France hexagonale. Les premiers résultats, dévoilés en juin 2023, concernaient les écoliers âgés de 6 à 11 ans. Un rapport publié en décembre 2024 présente cette fois les résultats sur les 3-6 ans de maternelle. Une première photographie de la santé mentale des enfants en France qui sera reconduite à intervalles réguliers. L'objectif ? Suivre l'évolution des indicateurs au cours du temps et évaluer l'impact d'événements actuels (infectieux, environnementaux, etc.) sur le bien-être de ces enfants. Ce, afin de contribuer à orienter et promouvoir les actions de prévention, la prise en charge et l'accompagnement des enfants en France. Ce qu'il faut en retenir :

En maternelle, 1 enfant sur 12 concerné par au moins une difficulté de santé mentale

- 8,3 % des enfants présentent au moins un type de difficulté avec retentissement sur leur vie. Parmi les difficultés, les plus fréquentes sont oppositionnelles (5,9 %), de l'inattention ou de l'hyperactivité (1,9 %) ou émotionnelles (1,8 %).

Les garçons présentent plus de difficultés que les filles (11,3 % versus 5,2 %)

- 12,9 % des enfants scolarisés en maternelle ont consulté au moins une fois un professionnel de santé, pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage (16,2 % de garçons et 9,6 % de filles).
- Environ un tiers des enfants avec des difficultés ont consulté un professionnel de santé mentale (33,7 %), et ce quelle que soit la catégorie de professionnel de santé (Tableau 9).
- Le niveau de bien-être, tel qu'estimé par les parents, peut être considéré comme bon. Les scores sont compris entre 78,1 et 88,5 %

En primaire, le niveau de bien-être diminue

- 13 % des enfants présentent au moins un trouble probable de santé mentale. Les difficultés les plus fréquents : trouble oppositionnel (6,6 %), trouble émotionnel (5,6 %) et trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (3,2 %).

Chez les filles, l'étude révèle une prévalence plus élevée du trouble émotionnel. Les garçons, quant à eux, sont davantage sujets aux troubles du comportement (TDAH et trouble oppositionnel).

Synthèse

Une offre de soins psychiques inadaptée aux besoins de la jeunesse

Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 13 % environ des enfants et adolescents présentent au moins un trouble psychique, c'est-à-dire une affection perturbant la santé mentale et pouvant prendre des formes et des expressions très différentes. Si le manque de données concernant la situation française rend difficile l'estimation des effectifs concernés, on peut néanmoins estimer qu'environ 1,6 million d'enfants et adolescents souffrent d'un trouble psychique. Comme dans les autres pays de l'OCDE, l'épidémie de covid 19 a eu pour effet une augmentation importante des troubles psychiques chez les enfants à partir de 10 ans et chez les adolescents.

Ces dernières années, entre 750 000 et 850 000 enfants et adolescents bénéficient annuellement de soins prodigués en pédopsychiatrie par des professionnels spécialisés selon les différentes modalités (ambulatoire, hospitalisations partielles et complètes). Or, dans l'état actuel de l'organisation des soins, et en particulier dans les centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP-IJ), une partie des patients suivis ne souffrent que de troubles légers, au détriment de la prise en charge d'enfants souffrant de troubles plus sévères. De surcroît, l'adéquation de l'organisation de l'offre de soins aux besoins dans les territoires reste difficile à apprécier, faute de pouvoir estimer la sévérité des troubles. Si, comme chez l'adulte, les troubles mentaux rencontrés chez les enfants et les adolescents sont divers, ils se distinguent par leur caractère non stabilisé, dit « développemental » et évolutif, par l'importance des facteurs de risques sociaux, économiques et familiaux et par la fréquence élevée des comorbidités.

En matière d'offre d'équipements, ambulatoires comme hospitaliers, la France se situe dans la moyenne des pays européens et elle est marquée par de fortes inégalités territoriales. La politique dite de « virage ambulatoire », qui vise à supprimer des lits d'hospitalisation au profit de prises en charge en CMP-IJ a été appliquée indistinctement aux secteurs adultes comme enfants : entre 1986 et 2013, le nombre de lits a ainsi diminué de 58 %² alors que la population augmentait. Les CMP-IJ sont ainsi devenus le principal lieu de prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de troubles psychiques. Par ailleurs la crise de la démographie médicale, avec la diminution du nombre de pédopsychiatres de 34 % entre 2010 et 2022 rend encore plus difficile l'accès aux soins psychiques infanto-juvéniles.

Les dépenses dédiées à la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile dans les établissements de santé en 2019 sont estimées à 1,8 Md€ et sont concentrées sur le secteur public. La part associée aux établissements privés à but lucratif est résiduelle. Les dépenses de psychiatrie de ville remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont assez modestes, alors que les dépenses réalisées par les établissements sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des soins psychiques des enfants et des adolescents représentent, elles, un volume important, que l'on peut estimer à plus d'1,06 Md€.

² Passant de 5 380 à 2 239.

Un parcours de soins trop peu gradué et une offre saturée

Le parcours de soins en pédopsychiatrie repose sur une offre organisée en « secteurs » infanto-juvéniles : cette circonscription sanitaire comprend notamment un ou plusieurs CMP-IJ, une prise en charge en hôpital de jour et des lits d'hospitalisation.

Les missions assignées au secteur par la circulaire du 16 mars 1972 sont très larges : prévention, accueil et orientation, prise en charge des troubles, coordination entre les différents acteurs du soin, continuité du service public. Elles en font à la fois des acteurs de premier niveau pour les soins de proximité, mais également de second niveau pour la prise en charge de troubles plus sévères. Les textes ultérieurs confient également à d'autres professionnels, notamment libéraux, une partie des missions de premier recours ou de proximité, si bien que le rôle de chacun dans l'organisation graduée des soins n'est plus clair.

En amont du parcours, les pouvoirs publics ont tenté de développer, avec le projet national dit des « 1 000 premiers jours », une approche de prévention des troubles psychiques des mères et des nourrissons. Cet effort n'est malheureusement pas aussi fermement poursuivi à l'école, malgré quelques initiatives ponctuelles. Les psychologues de l'Éducation nationale, tout particulièrement du second degré, sont encore trop orientés vers des missions d'orientation scolaire qui les éloignent de la détection et de l'orientation des jeunes souffrant de troubles psychiques.

En ville, les professionnels libéraux, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, méconnaissent encore trop les caractéristiques des troubles psychiques des enfants et des adolescents et ne jouent donc pas encore suffisamment leur rôle de porte d'entrée dans le parcours de soins. Une amélioration de leur formation serait nécessaire pour leur permettre de mieux accompagner les patients et leurs familles. Les psychiatres libéraux sont pour leur part majoritairement au service d'une patientèle adulte et ne participent pas à la permanence des soins. La démographie des pédopsychiatres, dont les effectifs sont difficiles à dénombrer, est défavorable à court terme et ne leur permettra pas d'assurer leur rôle de recours de spécialité. En revanche, les psychologues, en nombre important et croissant, ont vocation à prendre progressivement une place dans le parcours de soins.

Dans ce contexte, les CMP-IJ, considérés comme « pivots » du secteur et porte d'entrée dans le parcours de soins, ont été progressivement submergés par les demandes d'information, de conseil, d'évaluation et de suivi, allant des troubles légers à sévères. Leur accès universel, c'est-à-dire sans condition et sans avance de frais pour les familles, a l'effet paradoxal qu'ils ne parviennent pas à assurer en totalité leur mission de suivi des troubles psychiques les plus sévères : près de 50 % de leur travail consiste en effet à recevoir, pour des séances d'évaluation et d'orientation, des patients qui ne bénéficient pas ensuite d'un suivi au long cours. Bien qu'importante, cette mission d'accueil et d'évaluation limite leur capacité à assurer le suivi dans le temps des enfants qui en ont le plus besoin.

En s'ajoutant aux structures existantes (maison des adolescents, centres médico-psycho-pédagogiques, services de protection maternelle et infantile, centres pluridisciplinaires de santé notamment), une expérimentation de maisons de l'enfance et de l'adolescence pourrait contribuer à assurer un accueil de première ligne plus efficace. Ces structures pourraient en partie pallier les carences actuelles de l'offre de première ligne, en accompagnant sa structuration. Ces expérimentations pourraient être étendues à l'ensemble des enfants et des jeunes et auraient pour objectifs de répondre aux besoins en soins somatiques comme psychiques et de limiter les ruptures dans le parcours de soins.

Dans ce paysage renouvelé, les CMP-IJ pourraient progressivement se consacrer au suivi des troubles modérés à sévères, à la coordination des parcours, en particulier lors d'une hospitalisation, et assurer pleinement leur rôle de centre d'expertise, notamment envers les professionnels libéraux. Une priorisation des créations de postes envisagées par les assises de la santé vers les CMP-IJ situés dans les zones où les professionnels de première ligne sont trop peu nombreux pour assurer leurs missions serait nécessaire.

Pour anticiper et limiter le recours aux services d'urgences lorsqu'un patient est en crise, les dispositifs d'équipes mobiles et de liaison devraient devenir un équipement de base de chaque territoire de référence. En fonction de l'analyse de ses besoins, des lits de crise en nombre limité peuvent être justifiés. De surcroît, le déséquilibre entre les missions des établissements publics assurant la permanence des soins avec leurs services d'urgences et l'accueil des patients souffrant de troubles sévères d'une part, et celles des établissements privés d'autre part est devenu trop marqué. Lors de l'attribution des autorisations d'activité de pédopsychiatrie, les agences régionales de santé (ARS) devraient davantage s'attacher à veiller au partage des missions de permanence des soins. La réforme de ces autorisations a porté l'âge de prise en charge en pédopsychiatrie de 16 à 18 ans. Cela devrait conduire au renforcement du nombre de lits de pédopsychiatrie notamment à destination des adolescents, par redéploiement de lits adultes, pour que ces patients puissent y être accueillis.

Une volonté claire d'améliorer l'organisation de l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles, mais une gouvernance peu opérationnelle

Le ministère de la santé a manifesté nettement la volonté de renforcer l'accès à l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles depuis 2018, notamment avec l'adoption de la feuille de route sur la santé mentale. Néanmoins, cette dernière ne se fixe pas d'objectifs clairs, tant en termes quantitatifs que qualitatifs, et ne prévoit pas de programmation calendaire pour sa mise en œuvre. L'adoption d'« objectifs nationaux de santé mentale infanto-juvénile » associés à un calendrier précis et à des indicateurs permettrait une évaluation de l'organisation des soins de pédopsychiatrie. Ces objectifs aideraient à mieux structurer et planifier cette politique.

S'agissant de la mise en œuvre de la feuille de route, la mise en place d'un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) a permis d'améliorer la lisibilité de la politique poursuivie, mais son rôle et sa place doivent être plus affirmés. Son champ d'intervention, s'agissant de la pédopsychiatrie, doit être mieux identifié. Dans les secteurs éducatifs, sanitaires et sociaux, il se doit d'être transversal. Son positionnement devrait être interministériel, afin de le doter d'une fonction de pilotage mieux identifiée, et d'améliorer ainsi l'efficacité du suivi de la politique de l'offre de soins de pédopsychiatrie. Il devrait également pouvoir mieux associer les représentants des départements au titre de leurs compétences sociales (protection maternelle infantile, aide sociale à l'enfance). Il conviendrait donc d'ajouter à l'intitulé du DMSMP le terme de « pédopsychiatrie » et de le doter d'un titre interministériel de « délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie », ce qui ouvrirait la voie à la nomination de délégués ou de correspondants à la santé mentale infanto-juvénile dans les autres ministères concernés que sont l'éducation nationale, la justice, les solidarités et l'autonomie. L'organisation administrative régionale de la pédopsychiatrie souffre également d'un manque de vision opérationnelle. Si les ARS se sont dotées d'outils de concertation utiles concernant le partage de vues et d'expériences entre les acteurs locaux avec l'adoption des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), leur mise en œuvre n'est pas objectivable. En effet, les leviers de pilotage des politiques d'accès aux soins de pédopsychiatrie sont encore trop récents et trop timides, comme le montre l'analyse des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM).

Le financement de la pédopsychiatrie relève du même régime que celui de la psychiatrie. Les dotations sont historiquement reconduites d'une année sur l'autre sans prise en compte de l'évolution de l'activité et s'adaptent peu aux spécificités locales des établissements, à l'exception des mesures nouvelles et des appels à projets. Si la réforme issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année 2020 visait à introduire plus de souplesse, elle présente encore des limites en ce qu'elle ne permet toujours pas d'adapter les financements à l'activité des services de pédopsychiatrie.

La nécessité de renforcer l'attractivité des métiers de soins infanto-juvéniles pour revitaliser le secteur

Des carences perdurent dans l'offre de soins de pédopsychiatrie, sur les plans quantitatif et qualitatif. Le secteur entier doit donc être revitalisé, en améliorant l'efficacité du pilotage de la politique de l'offre de soins, tant en administration centrale que régionale, et en renforçant l'attractivité des métiers du soin psychique infanto-juvénile.

Les médecins traitants de l'enfant, généralistes et pédiatres, doivent être placés au cœur de l'accueil et de l'orientation des patients et ce pour améliorer le parcours de soins et sa gradation. À cet effet, il importe de renforcer leur formation initiale et continue en psychologie et psychiatrie infanto-juvénile, en particulier sur le plan du dépistage et de l'orientation.

La mise en œuvre d'une politique d'attractivité à destination de la pédopsychiatrie repose sur la valorisation des parcours hospitalo-universitaires, sur le soutien à la recherche française dans la discipline et sur une meilleure reconnaissance de la pratique clinique en établissements et en libéral. Par ailleurs, les psychologues, acteurs essentiels de l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles doivent être mieux intégrés dans le parcours de santé. Il importe enfin de clarifier la fonction d'infirmiers de pratique avancée, en libéral comme en établissement. Comme les psychologues, ils sont des acteurs utiles à l'amélioration, capables de contribuer à alléger la pression sur l'offre de soins psychiques infanto-juvéniles.

Recommandations

1. Dresser un état des lieux exhaustif de la situation épidémiologique des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents en France, notamment en élargissant l'étude nationale lancée en 2022 aux adolescents et en exploitant davantage les bases de données médico-administratives. Cet état des lieux devrait faire l'objet d'une actualisation au moins tous les dix ans (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam, SPF*).
2. Renforcer la formation initiale et continue des praticiens ayant vocation à remplir les missions de médecin traitant de l'enfant (médecins généralistes et pédiatres) en psychologie et psychiatrie infanto-juvénile, en particulier sur le plan du dépistage et de l'orientation (*ministère de la santé et de la prévention, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation*).
3. Prendre appui sur les premiers constats des expérimentations des maisons de l'enfance et des familles pour les élargir aux adolescents, en lien avec les actuelles maisons des adolescents. Dans l'intervalle, continuer à renforcer, dans les territoires sous-dotés, les moyens des CMP-IJ pour leur mission d'accueil et d'évaluation, dans le prolongement des mesures adoptées fin 2022 (*ministère de la santé et de la prévention, Cnam*).
4. Actualiser la norme de taux d'équipement indicatif standard par territoire pertinent (couvrant l'offre publique et privée), qui devrait notamment inclure une équipe de liaison en pédiatrie ou lits de crise (lits-portes), des équipes mobiles et des lits d'hospitalisation 16 à 25 ans et ouvrir des capacités d'accueil en établissement médico-social en aval de l'hôpital (*ministère de la santé et de la prévention*).
5. Adopter des « Objectifs nationaux de santé mentale infanto-juvénile » associés à un calendrier précis et des indicateurs permettant une évaluation de la politique d'organisation des soins de pédopsychiatrie (*ministère de la santé et de la prévention*).
6. Positionner l'actuel délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie au niveau interministériel et le dénommer ainsi : « Délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie » afin d'identifier la pédopsychiatrie explicitement dans le champ de l'actuelle délégation santé mentale et de renforcer son positionnement interministériel (*Première ministre, ministère de la santé et de la prévention*).
7. Intégrer au projet territorial de santé mentale (PTSM) un volet pour la psychiatrie infanto-juvénile et prévoir dans les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) des objectifs chiffrés, un calendrier de mise en œuvre des actions prévues et des indicateurs d'évaluation périodique (*ministère de la santé et de la prévention*).
8. Mettre en œuvre une politique d'attractivité renforcée de la pédopsychiatrie en valorisant davantage les parcours hospitalo-universitaires et en soutenant la recherche française dans la discipline. À cet effet, il importera de doubler le nombre d'étudiants formés à la pédopsychiatrie et d'augmenter les recrutements de MCU-PH (*ministère de la santé et de la prévention, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Cnam*).
9. Renforcer l'intervention des psychologues et des IPA dans le parcours de soins pédopsychiatriques en complément des autres professionnels (*ministère de la santé et de la prévention*).

ÉTUDES et RÉSULTATS

juin 2023
n° 1271

Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021

La détresse psychologique dont souffrent une minorité grandissante d'enfants et d'adolescents a été aggravée par la crise sanitaire. Ce phénomène, observé dans d'autres pays, semble concerner tout particulièrement les adolescentes et les jeunes femmes.

Lors du troisième volet de l'enquête EpiCov réalisé en juillet 2021, le questionnaire a porté sur la santé mentale des répondants et, le cas échéant, sur celle d'un des enfants âgés de 3 à 17 ans vivant avec eux.

Il est difficile d'évaluer précisément la santé mentale d'un enfant à partir de ce que rapporte l'un de ses parents. Le questionnaire utilisé dans EpiCov permet toutefois d'estimer que 10 % des garçons et 7 % des filles entre 3 et 17 ans présentent des difficultés psychosociales. Celles-ci touchent différentes dimensions et montrent d'importantes disparités, observées très tôt dans l'enfance, entre filles et garçons. Ces derniers ont plus de problématiques externalisées (comportement, hyperactivité, inattention), qui tendent à décroître avec l'âge ; alors que les filles présentent plus de problématiques émotionnelles (anxiété, tristesse), qui tendent, elles, à croître avec l'âge.

Entre le début de l'épidémie en mars 2020 et l'enquête en juillet 2021, 12 % des 3-17 ans ont consulté un professionnel de santé pour un motif d'ordre psychologique, une proportion qui varie selon l'âge et le sexe. Chez les 3-17 ans, le principal professionnel consulté pour cette raison est le psychologue, tandis que, chez l'adulte, il s'agit du médecin généraliste. En prenant en compte les enfants qui n'ont pas consulté, mais dont les parents estiment qu'ils avaient besoin d'être aidés pour des difficultés psychologiques et que cette aide relevait d'un professionnel de santé, ce sont 15 % des enfants qui auraient eu besoin de soins pour ces raisons, soit près d'un enfant sur six.

Le principal facteur associé aux difficultés psychosociales de l'enfant est la santé mentale du parent répondant. Un temps élevé d'exposition aux écrans et un temps faible consacré à la lecture et aux activités physiques sont des éléments associés à ces difficultés. D'importantes inégalités sociales sont observées. Elles concernent autant les difficultés psychosociales, en la défaveur des niveaux de vie les plus bas, que le recours aux soins, plus fréquent parmi les niveaux d'études les plus élevés.

Jean-Baptiste Hazo (DREES), en collaboration avec Alexandra Rouquette (Inserm) et le groupe EpiCov (Nathalie Bajos et Josiane Warszawski (coresponsables scientifiques), Guillaume Bagein (DREES), Vianney Costemalle (DREES), Émilie Counil (Ined), Thomas Deroyon (DREES), Jeanna-Ève Franck (Inserm), Nathalie Lydié (Santé publique France), Claude Martin (CNRS), Laurence Meyer (Inserm, univ. Paris-Saclay, AP-HP), Ariane Pailhé (Ined), Delphine Rahib (Santé publique France), Philippe Raynaud (DREES), Patrick Sillard (Insee), Rémy Slama (Inserm))

> Les auteurs remercient Samuel Allain, Céline Loubières, Viviane Kovess-Masféty et Antoine Vanier

Dans le premier volet de l'enquête EpiCov (*encadré 1*) réalisé en mai 2020, 22 % des parents vivant avec au moins l'un de leurs enfants rapportaient que ces derniers avaient développé des difficultés liées au sommeil ou que celles-ci s'étaient aggravées depuis le début de la crise sanitaire (contre moins de 1 % des parents constatant une amélioration sur ce plan) [Hazo, Costemalle, octobre 2021]. D'autres sources font état, chez les parents au statut socio-économique modeste, d'une détérioration des relations familiales, d'une surexposition aux écrans, d'une augmentation des troubles du sommeil et d'une altération du bien-être psychologique de leurs enfants lors du premier confinement (Thierry, *et al.*, 2021). La littérature scientifique internationale montre, dans différents pays, une croissance des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les jeunes adultes consécutive à la pandémie (Elharake, *et al.*, 2022 ; Kauhanen, *et al.*, 2022). Enfin, les chiffres hebdomadaires d'activité des établissements sanitaires, de SOS Médecins, ainsi que de passages aux urgences montrent, tout au long des années 2021 et 2022, un recours aux soins pour raison de santé mentale plus important chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes que pendant les années qui ont précédé la crise sanitaire (Santé publique France, 2022).

Lors du troisième volet de l'enquête EpiCov réalisé en juillet 2021, un module dédié aux forces et aux faiblesses psychosociales des enfants (SDQ)¹ [tableau 1], aux éventuels recours aux soins pour raisons psychologiques et aux temps de lecture, d'activité physique et d'exposition aux écrans a été soumis aux participants vivant avec au moins un enfant, âgé de 3 à 17 ans (*encadré 2*).

Dès le plus jeune âge, des difficultés psychosociales différenciées selon le sexe

Le corps principal du module parental sur les forces et les faiblesses psychosociales est composé de 25 questions posées à un parent² sur les comportements, attitudes et ressentis de l'enfant. Les différentes

réponses possibles sont intimement liées à la subjectivité du parent et à la connaissance qu'il peut avoir de ces éléments. Bien que ce questionnaire présente certaines limites, la littérature scientifique indique qu'il permet de repérer convenablement les enfants présentant des difficultés psychosociales au moyen de scores calculés à partir des réponses du parent interrogé (*encadré 2*). Les difficultés psychosociales renvoient aux tensions psychologiques vécues par l'enfant (angoisses, tristesse), à des comportements dits « d'opposition » (colères, vols, mensonges), à des problématiques d'inattention et d'hyperactivité, ainsi qu'à des interactions problématiques avec autrui (harcèlement, isolement).

Parmi les plus de douze millions d'enfants âgés de 3 à 17 ans, 10 % des garçons et 7 % des filles présentent un score global de difficultés psychosociales anormalement élevé. Les garçons de 3 à 14 ans sont significativement plus nombreux que les filles de cette tranche d'âge à présenter un score anormalement haut, l'écart le plus important étant entre 3 et 5 ans (où 12 % des garçons ont un score élevé, contre 7 % des filles). En revanche, entre 15 et 17 ans, ils ne sont plus que 6 % dans ce cas, filles comme garçons (*graphique 1*).

Cette surreprésentation des garçons dans les scores totaux élevés s'explique principalement par des difficultés chez les plus jeunes dans les dimensions attentionnelle et comportementale. Celles-ci s'amenuisent avec l'âge, alors qu'augmentent leurs difficultés relationnelles. Dans de moindres proportions, ces deux tendances se retrouvent chez les jeunes filles. À l'inverse, les difficultés émotionnelles (liées à l'anxiété ou à la tristesse) suivent des trajectoires différentes selon les sexes : elles restent élevées chez les jeunes filles, alors qu'elles diminuent à partir de l'adolescence pour les garçons : entre 15 et 17 ans, 13 % des filles présentent un score de difficultés émotionnelles élevé (contre 7 % des garçons). Ce résultat corrobore d'autres travaux soulignant la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes face aux troubles anxio-dépressifs, qui progressent dans cette population depuis plusieurs années (Bagein, *et al.*, 2022 ; Léon, *et al.*, 2023).

Encadré 1 Enquête EpiCov

L'enquête EpiCov a été élaborée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec Santé publique France (SpF) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Un de ses objectifs était d'étudier les répercussions des confinements et de l'épidémie sur les conditions de vie et sur la santé.

EpiCov est une enquête de cohorte : 135 000 personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, à la Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion (hors personnes résidant en Ehpad, maisons de retraite et prisons) ont répondu en mai 2020. Ces « répondants » ont été réinterrogés en novembre de la même année, 108 000 ont alors accepté de répondre. Pour le troisième volet, dédié partiellement à la santé mentale, 85 000 ont répondu à des questions portant notamment sur les comportements, attitudes et ressentis de l'un des enfants vivant avec eux, âgé de 3 à 17 ans (choisi de manière aléatoire quand ils étaient plusieurs), et sur leur propre santé mentale. Le répondant était invité à renseigner le module portant sur un enfant si celui-ci était soit son enfant et qu'il en avait la garde principale (19 310 répondants), soit celui de son conjoint si ce dernier en avait la garde principale (678 répondants)

* Pour 47 répondants, le lien entre l'adulte déclarant et l'enfant n'a pu être établi.

ou bien s'il prenait en charge l'enfant en tant qu'assistant(e) familial(e) dans le cadre d'une mesure de protection de l'aide sociale à l'enfance (92 répondants). Afin de faciliter la lecture, ces répondants sont tous appelés ici « parents ». Les résultats de la présente publication sont issus de ce volet de l'enquête réalisé entre le 24 juin et le 6 août 2021.

Au vu de l'urgence à laquelle elle répondait et par respect des mesures sanitaires en vigueur, cette enquête de statistique publique s'appuyait principalement (82 %) sur un mode de passation par auto-questionnaire en ligne (contre 18 % par téléphone). Les outils de mesure des indicateurs de santé mentale du répondant étaient sélectionnés à partir d'une analyse de la littérature internationale dédiée et en considération des temps de passation de chacun de ces auto-questionnaires. Ainsi, les syndromes dépressifs ont été estimés à partir du PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), l'anxiété par le biais du GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), les comportements boulimiques par le PHQ-ED (Patient Health Questionnaire Eating Disorder Module), les consommations d'alcool à risque avec l'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) et le soutien social par l'échelle d'Oslo (OSSS-3 [Oslo Social Support Scale]). Une description plus détaillée de ces outils est disponible dans l'encadré 2 de la publication dédiée à la santé mentale des adultes dans EpiCov (Hazo, Boulch, 2022).

1. Le questionnaire SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) permet de calculer des scores de difficultés dans différentes dimensions (émotionnelle, comportementale, attentionnelle avec ou sans hyperactivité, et relationnelle) et d'aptitudes psychosociales en fonction du comportement de l'enfant tel que rapporté par son parent. Un score total de difficultés et un score d'impact des difficultés sont également proposés et utilisés dans la littérature scientifique dédiée (*encadré 2*).

2. Parent de l'enfant, conjoint(e) du parent chez qui l'enfant vit principalement ou assistant(e) familial(e) accueillant l'enfant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) (*encadré 1*).

Tableau 1 Proportions des réponses et scores du SDQ pour les 3-17 ans

En %

Tous enfants (n = 20 127)			
Échelle de difficultés émotionnelles			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre, ou de nausées (item 3)	76	19	5
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se) (item 8)	51	36	14
Est souvent malheureux(se), abattu(e), ou pleure souvent (item 13)	85	13	3
Est anxieux(se), se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens (item 16)	66	26	7
A de nombreuses peurs, est facilement effrayé(e) (item 24)	64	29	7
Score total de difficultés émotionnelles	Normal (0-3)	Limite (4)	Élevé (5-10)
	80	8	12
Échelle de difficultés comportementales			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement (item 5)	59	30	11
Est en général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes lui demandent* (item 7)	10	43	48
Se bagarre souvent avec les autres ou les tyrannise (item 12)	91	7	1
Ment ou triche souvent (item 18)	72	23	4
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs (item 22)	95	4	1
Score total de difficultés comportementales	Normal (0-2)	Limite (3)	Élevé (4-10)
	76	12	12
Échelle de difficultés d'inattention et d'hyperactivité			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Est agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place (item 2)	60	28	12
Ne tient pas en place ou se tortille constamment (item 10)	67	23	10
Est facilement distrait(e), a du mal à se concentrer (item 15)	48	37	15
Réfléchit avant d'agir* (item 21)	12	54	33
Va jusqu'au bout des tâches ou des devoirs, maintient bien son attention* (item 25)	15	45	40
Score total de difficultés d'inattention et d'hyperactivité	Normal (0-5)	Limite (6)	Élevé (7-10)
	83	6	10
Échelle de difficultés relationnelles			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Est plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e) (item 6)	61	28	11
A au moins un(e) ami(e)* (item 11)	4	12	85
Est généralement aimé(e) des autres enfants/adolescent(e)s* (item 14)	4	27	69
Est harcelé(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants/adolescent(e)s (item 19)	88	10	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants/adolescent(e)s (item 23)	65	26	9
Score total de difficultés relationnelles	Normal (0-2)	Limite (3)	Élevé (4-10)
	75	12	14
Score total de difficultés (somme des quatre scores précédents)	Normal (0-13)	Limite (14-16)	Élevé (17-40)
	84	8	9
Échelle d'aptitudes prosociales			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Est attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent (item 1)	6	36	58
Partage facilement avec les autres enfants/adolescent(e)s (friandises, jeux, crayons, etc.) (item 4)	13	37	50
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien (item 9)	6	33	61
Est gentil(le) avec les enfants plus jeunes (item 17)	3	17	80
Est toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants) (item 20)	5	41	53
Score total d'aptitudes prosociales	Normal (6-10)	Limite (5)	Bas (0-4)
	86	8	7

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire ; n : effectifs.

Notes > Le questionnaire SDQ comporte cinq échelles renvoyant à des difficultés ou aptitudes psychosociales distinctes. Les réponses du parent interrogé permettent de calculer un score allant de 0 à 10 par dimension. Les quatre premières dimensions renvoient à des difficultés, ce qui entraîne le calcul d'un score total de difficultés allant de 0 à 40. Pour chacun de ces scores, la littérature scientifique dédiée propose des seuils indiquant si le score est « normal », « limite » ou « anormalement élevé » (encadré 2).

Pour la plupart des questions, les réponses « Pas vrai », « Un peu vrai » et « Très vrai » sont respectivement cotées 0, 1 et 2. Pour les questions marquées d'un *, la cotation est inversée (Pas vrai = 2 et Très vrai = 0).

Lecture > Pour 5 % des enfants âgés de 3 à 17 ans, le parent estime « très vrai » que « l'enfant se plaint souvent de maux de tête ou de ventre, ou de nausées ». Chez 80 % des 3-17 ans, les cinq questions de la dimension émotionnelle renvoient à un score « normal » ; pour 8 %, ce score est « limite » ; et pour 12 %, celui-ci est « anormalement élevé ».

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

Chez les 3-17 ans, 69 % n'ont aucun score de difficultés psychosociales anormalement haut (66 % des garçons et 71 % des filles) [tableau complémentaire A³]. Ils sont 21 % des garçons à n'avoir qu'une seule des quatre dimensions (relationnelle, émotionnelle, comportementale ou attentionnelle) anormalement cotée (respectivement 8 %, 4 %, 5 % ou 4 %). Concernant les filles, 19 % d'entre

elles ont une seule dimension avec un score anormalement élevé (respectivement 6 %, 6 %, 4 % ou 3 %). Les principales combinaisons où plusieurs scores sont anormalement hauts chez un même enfant concernent les scores comportemental et attentionnel (3 % des garçons et 2 % des filles) et les dimensions émotionnelle et relationnelle (2 % pour les deux sexes).

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données liées à cette étude (lien en fin de document).

Encadré 2 Un questionnaire parental pour identifier les difficultés psychosociales des enfants ?

Le questionnaire parental « forces et faiblesses » (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) comprend 25 questions décrivant un type de comportement et demandant si, concernant l'enfant au cours des six derniers mois, l'énoncé est : « Pas vrai », « Un peu vrai » ou « Très vrai ». Les 25 réponses sont regroupées par cinq dans cinq sous-dimensions qui renvoient à des difficultés d'ordre 1/ émotionnel, 2/ comportemental (colères, violences, vols, désobéissance), 3/ attentionnel avec ou sans hyperactivité et 4/ relationnel, ainsi qu'aux 5/ aptitudes prosociales de l'enfant (tableau 1). Pour chaque dimension, un score de difficultés ou d'aptitudes (de 0 à 10) est calculé. La somme des quatre premières dimensions permet d'établir un score global sur 40 des difficultés psychosociales de l'enfant. En complément, il est demandé au parent s'il estime que son enfant présente d'éventuelles difficultés et quelles en sont les répercussions sur la vie de l'enfant, ses apprentissages, la vie de famille et ses loisirs. Les créateurs du SDQ proposent également une cotation sur 10 de ces questions pour établir un score d'impact des difficultés.

La littérature internationale a proposé des seuils de « normalité » de ces différents scores sur la base de leur répartition chez les enfants enquêtés*. Ces normes ont été établies à partir d'un échantillon d'enfants britanniques âgés de 5 à 15 ans en 1999 (Meltzer, et al., 2003). Réalisé en juillet 2021, le volet de l'enquête EpiCov mobilisé ici s'inscrit dans un contexte éducatif et socioculturel différent, au décours d'une crise sanitaire inédite. Malgré ces différences, la distribution du score total des difficultés psychosociales dans EpiCov correspond à ces normes**. En revanche, les distributions de certaines sous-dimensions s'écartent de celles ayant défini ces normes, ainsi que de celles issues de la seule étude française ayant précédemment mobilisé le SDQ parental en population française. Cette dernière, réalisée en 2005, portait sur un échantillon représentatif d'enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en ménage ordinaire en région PACA (Shojaei, et al., 2009). Sur ce même champ

* Le questionnaire peut être rempli par les enfants eux-mêmes à partir de 11 ans, par les enseignant(e)s et par les parents. Par construction, l'enquête EpiCov ne s'adressait qu'aux parents, en conséquence ne seront présentés et discutés ici que les scores, réponses et comparaisons relatifs à la version parentale du SDQ.

** Que ce soit sur les enfants âgés de 3 à 17 ans ou ceux âgés de 5 à 15 ans, à l'instar des enquêtes britanniques.

de population, le score total de difficultés et les scores de sous-dimensions recueillis dans EpiCov présentent des scores en moyenne légèrement plus élevés. Il est possible que ces élévations aient trait à une augmentation des difficultés psychosociales des enfants entre ces périodes, ainsi qu'à une vigilance ou une inquiétude accrues des parents répondants.

Le SDQ est fréquemment utilisé en recherche sur la santé mentale des enfants et adolescents au vu de sa brièveté et de ses caractéristiques psychométriques généralement convenables à l'étranger (Stone, et al., 2010). Le choix de ce questionnaire comporte néanmoins certaines limites. En premier lieu, la traduction française de l'outil n'a pas fait l'objet d'une évaluation de sa sensibilité et de sa spécificité dans le contexte culturel français ; cela consisterait à comparer les scores obtenus au SDQ-parental aux conclusions d'un entretien clinique ou aux résultats d'un autre test, lui-même déjà validé, pour savoir dans quelle mesure l'outil détecte correctement les enfants présentant des difficultés ou un besoin de soins. En second lieu, la validité du SDQ-parental français (c'est-à-dire sa capacité à bien circonscrire les dimensions qu'il vise à mesurer) n'est pas optimale. Cette évaluation de validité implique des analyses factorielles mesurant la cohérence des réponses des parents au questionnaire. Statistiquement, il s'agit de mesurer la corrélation entre les réponses à un item d'une dimension avec celles des autres items de la même dimension, ainsi qu'avec le score obtenu à cette dimension. Ces analyses factorielles révèlent une bonne validité de structure pour les dimensions relationnelle, émotionnelle et prosociale du SDQ. En revanche, les dimensions comportementale et d'inattention/hyperactivité ne sont pas clairement distinctes pour les parents répondant à EpiCov ; il en résulte plutôt une dimension comportementale débordant sur les items mesurant théoriquement l'hyperactivité et, à part, une dimension propre aux problématiques d'inattention.

Selon les parents, un enfant sur huit est affecté par des problématiques psychosociales

Le SDQ est secondairement composé d'un « supplément impact » qui interroge le parent sur la présence et l'impact de difficultés qu'il perçoit chez l'enfant : « Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres ? » ; si oui, il lui est demandé de préciser à quel point elles interfèrent avec sa vie dans quatre domaines (la vie à la maison, les amitiés, les apprentissages à l'école, les loisirs). Pour 44 % des enfants (47 % des garçons et 41 % des filles), le parent interrogé estime que l'enfant présente des difficultés « mineures », « importantes » ou « sérieuses », pour respectivement 35 %, 7 % et 2 %, et toujours de façon plus prononcée pour les garçons (tableau 2). Chez 12 % d'entre eux (12 % des garçons et 13 % des filles), ces difficultés auraient commencé dans les quinze mois s'écoulant entre mars 2020 et juillet 2021. Pour 32 % (35 % des garçons et 28 % des filles), en revanche, celles-ci étaient préexistantes à la crise sanitaire.

Les parents des 3-5 ans déclarent moins souvent que l'enfant présente d'importantes ou de sérieuses difficultés : cela concerne 6 % d'entre eux (contre 9 % chez les 6 ans ou plus) [tableau complémentaire B].

Les difficultés repérées par les parents sont logiquement corrélées aux scores de difficultés psychosociales (tableau complémentaire C). Les enfants n'ayant qu'une seule dimension au score anormalement élevé ne paraissent pas inquiéter les parents, tout particulièrement en ce qui concerne les dimensions comportementale et relationnelle,

pour lesquelles seul un parent sur dix estime que l'enfant présente dans ce cas d'importantes ou de sérieuses difficultés. Cela incite à ne pas considérer d'emblée comme problématique la présence d'un score élevé pour une seule dimension du SDQ.

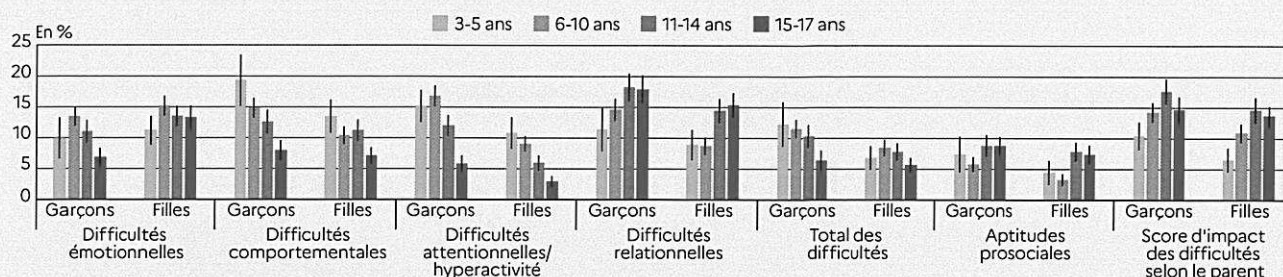
Les parents interrogés déclarent plus souvent des difficultés chez les garçons, ce qui fait sens avec leurs scores généralement plus élevés dans les différentes dimensions du SDQ. Cependant, même à scores égaux sur les dimensions du SDQ, les parents déclarent plus souvent des difficultés lorsqu'il s'agit d'un garçon. Cela est lié à des difficultés psychosociales plus externalisées et visibles chez les garçons (comportement, hyperactivité) que chez les filles⁴.

L'impact de ces difficultés sur les divers domaines de la vie des enfants est anormalement haut pour 13 % d'entre eux selon les normes de cotations proposées par les auteurs du questionnaire (tableau 2).

Cet impact anormalement élevé concerne plus souvent les enfants en âge d'être au collège (11-14 ans) ou au lycée (15-17 ans) que les 3-10 ans (graphique 1). Le décalage entre les scores aux dimensions du SDQ et l'impact de difficultés perçues par le parent s'accroît à mesure que les enfants grandissent. Par rapport aux jeunes enfants, moins d'adolescents présentent des scores de difficultés psychosociales élevés, mais ils sont en revanche beaucoup plus fréquemment perçus par le parent comme gênés par de telles difficultés. Cela peut tenir à certaines questions du SDQ auxquelles les réponses sont, par construction, très différenciées selon les âges : par exemple, pour 60 % des 3-5 ans, le parent estime « très vrai » ou « un peu vrai » que « [son enfant] fait souvent des crises de colère ou s'emporte »

4. En effet, à scores de difficultés externalisées égaux (comportement et inattention/hyperactivité), les parents s'inquiètent tout autant pour les garçons que pour les filles.

Graphique 1 Prévalences des scores élevés au SDQ, selon les tranches d'âge et le sexe



SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire.

Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Pour chacun de ces scores, la littérature scientifique dédiée propose un seuil de score « anormalement élevé » (encadré 2). Pour les aptitudes prosociales, la prévalence représentée correspond aux scores anormalement bas.

Lecture > 10 % des garçons et 11 % des filles âgés de 3 à 5 ans présentent un score anormalement élevé de difficultés émotionnelles (avec une marge d'erreur de + ou - 3 %). Chez les 15-17 ans, cela concerne 13 % des filles et 7 % des garçons.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

Tableau 2 Proportions des réponses au supplément impact du SDQ, selon le sexe de l'enfant

En %

Tous enfants (n = 20 127)		Non			Oui, mineures			Oui, importantes			Oui, sérieuses		
		Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons
Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres ? (item 26)		56	59	53	35	33	37	7	6	7	2	2	3
Si Oui en item 26 (n = 9 222)		Pas du tout (0)			Un peu (0)			Assez (1)			Beaucoup (2)		
		Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons
Ces difficultés dérangent-elles ou gênent-elles votre enfant ? (item 28)		16	17	14	21	20	22	5	5	5	3	2	3
À quel point cette ou ces difficultés interfèrent-elles avec la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants ? (item 29)	a. La vie à la maison	14	13	14	21	19	22	7	6	7	3	3	3
	b. Les amitiés	20	18	23	17	16	18	5	4	5	2	2	2
	c. Les apprentissages à l'école	13	14	13	18	16	19	7	5	8	6	5	7
	d. Les loisirs, etc.	22	21	23	15	14	17	4	3	5	2	2	3
Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la famille en général ?* (item 30)		14	13	15	21	19	23	5	5	6	3	3	4
Total du score d'impact		Normal (0)			Limite (1)			Élevé (2-10)					
		80	82	78	7	6	8	13	12	15			

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire ; n : effectifs.

Notes > Le supplément du questionnaire SDQ permet le calcul d'un score d'impact de difficultés allant de 0 à 10 à partir du ressenti du parent sur d'éventuelles difficultés (items 28 et 29) de son enfant. La littérature scientifique dédiée propose des seuils indiquant si le score est « normal », « limite » ou « anormalement élevé » (encadré 2). Les scores des enfants dont les parents estiment qu'ils ne présentent pas de difficultés (item 26) sont cotés 0, les questions 28, 29 et 30 ne leur ont donc pas été posées.

La question marquée d'un * ne rentre pas en compte dans le calcul du score d'impact.

Lecture > Pour 7 % des enfants âgés de 3 à 17 ans (6 % des filles et 7 % des garçons), le parent estime que son enfant présente d'importantes difficultés. Chez 80 % des 3-17 ans (82 % des filles et 78 % des garçons), le score d'impact est « normal » ; pour 7 %, ce score est « limite » ; et pour 13 %, celui-ci est « anormalement élevé ».

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

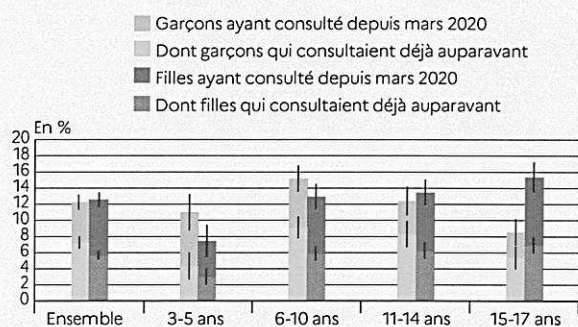
facilement », c'est 32 points de plus que chez les 15-17 ans. De la même manière, certaines réponses aux questions concernant l'anxiété, l'agitation ou les relations diffèrent de plus de 10 points entre les 3-5 ans et les 11-17 ans (tableau complémentaire D). Cela entraîne des scores de difficultés plus élevés en moyenne chez les jeunes enfants, sans pour autant générer de l'inquiétude chez le parent interrogé. Un autre mécanisme explicatif tient à l'importance qu'accordent les parents à l'école et aux apprentissages à partir de 6 ans et *a fortiori* à l'adolescence : pour 7 % des 3-5 ans, le parent considère que ses difficultés interfèrent « assez » ou « beaucoup » avec ses apprentissages à l'école ; une proportion qui atteint respectivement 12 %, 16 % et 15 % chez les 6-10 ans, les 11-14 ans et les 15-17 ans. Ce domaine est, aux yeux des parents, le plus affecté par les difficultés : ils sont respectivement 18 %, 7 % et 6 % à estimer que les difficultés de l'enfant

interfèrent « un peu », « assez » ou « beaucoup » avec son apprentissage scolaire (tableau 2).

De nouvelles consultations plus fréquentes chez les adolescentes et les garçons de 3 à 5 ans

En juillet 2021, sur l'ensemble des enfants de 3 à 17 ans, 12 % ont consulté un professionnel de santé « pour des difficultés psychologiques ou parce qu'il n'avait pas le moral » depuis le début de l'épidémie (mars 2020). Cette proportion est proche chez les garçons et les filles, sauf dans la tranche d'âge 15-17 ans, où les filles sont 15 % à avoir consulté (contre 9 % des garçons) [graphique 2]. La moitié de ces enfants recourant avaient commencé un suivi pour les mêmes raisons avant la crise sanitaire. Chez les 3-5 ans, la proportion de premières consultations depuis l'épidémie est plus élevée

Graphique 2 Consultations pour raisons psychologiques avant et après le Covid-19, par tranche d'âge et par sexe



Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Réponses « Oui » aux questions « Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), votre enfant a-t-il consulté un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques ou parce qu'il n'avait pas le moral ? » et « Votre enfant consultait-il déjà pour ces mêmes motifs avant mars 2020 ? ».

Lecture > En juillet 2021, parmi les enfants de 3 à 17 ans, 12 % (avec une incertitude de 1 %) des garçons ont consulté un professionnel de santé depuis le début de l'épidémie, dont 7 % consultaient pour les mêmes raisons auparavant.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

chez les garçons (7 %) que chez les filles (4 %). À partir de 6 ans, le recours à un professionnel de santé augmente chez celles-ci. L'écart le plus marqué entre filles et garçons concerne les 15-17 ans, dont 8 % de ces adolescentes ont débuté un recours aux soins pour des raisons psychologiques entre mars 2020 et juillet 2021 contre 3 % des adolescents. Ce phénomène vient une nouvelle fois corroborer les travaux montrant une nette dégradation de la santé mentale chez les jeunes filles depuis plusieurs années, accélérée lors de la crise sanitaire et accompagnée d'une hausse des recours aux soins pour raisons de santé mentale (Hazo, Boulch, 2022 ; Bagein, et al., 2022 ; Hazo, et al., 2021 ; Léon, et al., 2023). Outre le recours effectif aux professionnels de santé, le parent a ressenti, pour 5 % des enfants, « que [son enfant] avait besoin d'être aidé pour des difficultés psychologiques ou qu'il n'avait pas le moral », sans qu'aucune consultation n'ait eu lieu. Or dans plus de la moitié des cas, le besoin d'aide relevait, selon le parent, d'un professionnel de santé.

Ainsi, en considérant les enfants ayant consulté et ceux dont le besoin de consultation a été ressenti par le parent, 15 % des filles et des garçons auraient eu un besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021. Chez les garçons, ce besoin est à son plus haut niveau, dans la tranche d'âge 6-10 ans (18 %). Chez les filles, ce pic de 18 % se situe entre 15 et 17 ans.

Les psychologues : principal recours aux soins de santé mentale de l'enfant

Le principal professionnel de santé consulté est le psychologue (ou le psychothérapeute) pour 7 % des garçons et 8 % des filles.

Alors que chez l'adulte, le généraliste est le principal recours (8 %) en santé mentale, seuls 3 % des 3-17 ans ont consulté un généraliste ou un pédiatre pour raisons psychologiques. En revanche, chez l'adulte, le recours à un psychologue depuis la crise sanitaire est légèrement

moindre que chez l'enfant ou l'adolescent puisqu'il atteint 5 % (tableau complémentaire E).

Les psychiatres ou pédopsychiatres sont, quant à eux, consultés par 3 % des garçons et 2 % des filles. Enfin, 2 % des garçons et des filles font appel à un « autre professionnel de santé », sans pouvoir préciser à quel type de professionnel cela renvoie (infirmière scolaire, médecin spécialiste, professionnel de médecine alternative, etc.).

Le type de professionnel consulté dépend en partie des difficultés psychosociales rencontrées : 45 % des enfants ayant vu un psychiatre ont un score de difficultés anormalement élevé, ce qui n'est le cas que de 30 % des enfants suivis par un psychologue et de 26 % de ceux ayant fait appel à un médecin généraliste ou à un pédiatre pour motifs psychologiques.

En incluant tous les recours effectués par un enfant, 58 % de ceux ayant recouru pour motifs psychologiques ont au moins rencontré un psychologue (contre 22 % un médecin généraliste ou un pédiatre, 20 % un psychiatre ou un pédopsychiatre, et 17 % un autre professionnel de santé). Chez l'adulte recourant pour les mêmes motifs, 52 % ont vu un généraliste, 32 % un psychologue, 16 % un psychiatre et 11 % un autre professionnel de santé.

À difficultés psychosociales égales, un recours aux soins plus fréquent chez les plus aisés

Tout comme l'âge et le sexe de l'enfant, le niveau de vie du ménage est lié à certaines dimensions des difficultés ou aptitudes psychosociales de l'enfant, en défaveur des enfants de parents les moins aisés. C'est particulièrement le cas pour des difficultés d'ordre relationnel et comportemental. Le score total de difficultés s'en ressent mathématiquement : la part d'enfants chez qui il est anormalement élevé est de 13 % pour les 20 % des ménages les moins économiquement aisés (contre 7 % chez les 20 % les plus aisés). En revanche, l'impact des difficultés, approché par le ressenti subjectif du parent sur d'éventuelles difficultés rencontrées par l'enfant (et non pas par la description de comportements et d'attitudes) ne paraît, quant à lui, pas différencié selon le niveau de vie (graphique 3).

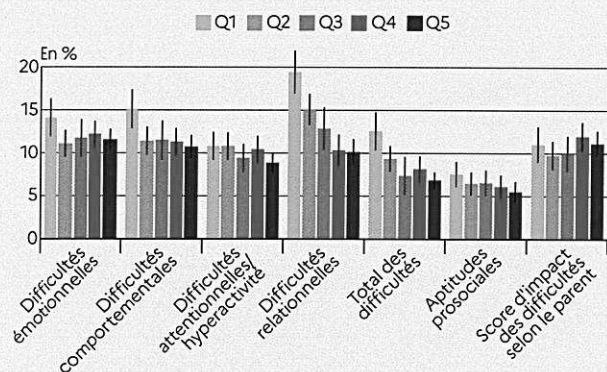
De même, les taux de recours aux soins de santé mentale chez l'enfant ne semblent pas varier selon le niveau de vie. Il est cependant nécessaire de tenir compte du fait que les difficultés psychosociales sont plus fréquentes dans les foyers aux niveaux de vie les plus bas. Le score global de difficultés du SDQ permet d'approcher, faute de mieux, le niveau de besoin de soins lié aux difficultés psychosociales. Lorsqu'ils sont standardisés sur ce score⁵, les taux de recours aux soins augmentent avec le niveau de vie (graphique 4). Autrement dit, à besoin de soins équivalent, les enfants des 20 % des ménages les plus aisés recourent plus aux soins que ceux des 20 % les moins aisés, particulièrement dans le cas des psychologues. De futurs travaux devront déterminer si cette inégalité sociale de recours aux soins pourra être réduite par l'introduction, en 2022, d'une prise en charge partielle des consultations de psychologues libéraux⁶.

La recherche de disparités territoriales montre des taux significativement plus bas d'enfants avec des scores de difficultés élevés dans les départements d'outre-mer enquêtés (6 %) par rapport aux départements de France métropolitaine (9 %). Les scores de difficultés relationnelles et d'aptitudes prosociales du SDQ varient significativement selon le degré de densité de la population de la commune de résidence du répondant, en défaveur des zones à forte densité. Aucune autre différence interrégionale ou départementale n'a été détectée.

5. C'est-à-dire dans le cas d'une situation fictive où la répartition des scores de difficultés psychosociales serait la même dans tous les niveaux de vie.

6. Dispositif MonParcoursPsy, donnant droit à huit séances de trente minutes par an facturées 30 euros (pour toute personne à partir de 3 ans).

Graphique 3 Prévalences des scores élevés du SDQ, selon les quintiles de niveau de vie des parents



Q1 : premier cinquième de la distribution des niveaux de vie, c'est-à-dire les 20 % de la population les moins aisés. Q5 : dernier cinquième, c'est-à-dire les 20 % les plus aisés. Pour chacun de ces scores, la littérature scientifique dédiée propose un seuil de score « anormalement élevé » (encadré 2).

Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Pour les aptitudes prosociales, la prévalence représentée correspond aux scores anormalement bas.

Lecture > Pour 14 % (avec une incertitude de 2 %) des enfants âgés de 3 à 17 ans appartenant aux ménages les 20 % les moins aisés, le score de difficultés émotionnelles est anormalement élevé, c'est le cas pour 12 % des enfants appartenant aux 20 % des ménages les plus aisés.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

Pour l'enfant, des difficultés fortement corrélées à la santé mentale du parent et au temps d'écran

De nombreux facteurs peuvent entrer en jeu dans les difficultés psychosociales de l'enfant, selon qu'elles sont reflétées par un score anormalement élevé au SDQ ou des difficultés perçues par le parent. C'est également le cas pour les déterminants du recours aux soins psychologiques, à scores de difficultés identiques⁷. Parmi ceux mesurés dans l'enquête, les principaux facteurs associés aux difficultés psychosociales de l'enfant concernent le parent répondant : les parents présentant des syndromes anxio-dépressifs et ceux ayant un faible soutien social cotent plus négativement les réponses au SDQ et estiment plus souvent que l'enfant présente des difficultés. C'est également le cas des parents atteints d'un handicap (tableau complémentaire F).

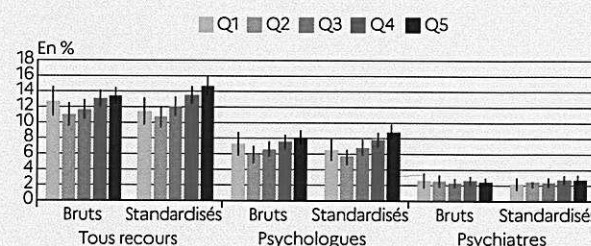
À toute autre caractéristique mesurée égale, les mères cotent un peu plus négativement le SDQ que les pères. Cela peut être dû à une vigilance ou à une inquiétude accrue, ou à une surreprésentation de mères en charge d'enfants présentant des difficultés. Par rapport aux plus jeunes, les parents âgés de 35 ans ou plus déclarent un peu moins souvent percevoir des difficultés. L'âge et le sexe du parent ne paraissent, en revanche, pas jouer sur le recours aux soins. Un faible niveau de vie du ménage est associé, toutes autres choses égales par ailleurs, au fait de présenter un score de difficultés psychosociales anormalement élevé. En ce qui concerne le recours aux soins psychologiques et les difficultés perçues, les inégalités sociales sont, quant à elles, plutôt liées au niveau d'études et au parcours migratoire qu'au niveau de vie. Ainsi, les parents moins éduqués et ceux immigrés ou descendants d'immigrés d'origine extra-européenne perçoivent moins de difficultés et, à scores au

SDQ fixés, déclarent moins de recours aux soins psychologiques. Pourtant, ces caractéristiques ne sont pas associées, toutes autres choses égales par ailleurs, à des scores de difficultés moins élevés. Ce moindre recours aux soins psychologiques des populations issues de l'immigration extra-européenne a déjà été documenté chez les adultes (Font, et al., 2018 ; Hazo, et al., 2017). Un phénomène inverse est observé chez les enfants de famille monoparentale : alors que leurs scores de difficultés ne paraissent pas différer de celui des autres enfants, ils recourent plus aux soins et inquiètent plus souvent le parent répondant.

Les enfants des départements d'outre-mer (DOM) présentent tout à la fois moins de scores anormalement élevés au SDQ, de difficultés perçues par le parent et de recours aux soins que ceux de la métropole. Un résultat qui fait écho à ceux des adultes, qui déclarent également un moindre recours aux soins de santé mentale, que ce soit dans EpiCov en 2021 (7 % contre 13 % en métropole) ou dans des enquêtes antérieures (Roelandt, et al., 2022 ; Maëlle, et al., 2017 ; Hazo, et al., 2017). À l'exception de La Réunion, les représentations liées à la santé mentale diffèrent entre les DOM et la métropole (Roelandt, et al., 2022). Cela peut partiellement expliquer les écarts épidémiologiques en santé mentale régulièrement relevés entre ces départements et la moyenne pour la France métropolitaine (Leduc, et al., 2021 ; Maëlle, et al., 2017).

Concernant les facteurs propres aux enfants, l'âge et le sexe montrent d'importantes différences évoquées plus haut, dont la plupart se maintiennent après ajustement sur les autres facteurs. En outre, à scores de difficultés fixés, les adolescentes recourent plus que les adolescents et les moins de 8 ans. Les temps d'écran, d'activité physique et de lecture paraissent des déterminants sensibles des difficultés psychosociales, avec des effets contraires. Un travail longitudinal sur les données d'EpiCov montre que

Graphique 4 Consultations pour raisons psychologiques selon le niveau de vie des ménages, taux bruts et standardisés sur le score de difficultés du SDQ



Q1 : premier cinquième de la distribution des niveaux de vie, c'est-à-dire les 20 % de la population les moins aisés. Q5 : dernier cinquième, c'est-à-dire les 20 % les plus aisés.

Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Taux bruts et standardisés sur le score total de difficultés au SDQ. Les taux standardisés tiennent compte du fait qu'en moyenne, les enfants des ménages les moins aisés ont des scores de difficultés supérieurs à ceux des ménages les plus aisés.

Lecture > 13 % (avec une incertitude de 2 %) des enfants âgés de 3 à 17 ans appartenant aux 20 % des ménages les moins aisés ont recouru à des soins de santé mentale. Si les scores de difficultés du SDQ n'étaient pas différents selon le niveau de vie des ménages, ils seraient 11 % dans ce cas.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

7. Les résultats présentés ici sont issus de modèles de régression logistiques ajustant entre eux les différents facteurs associés pour rechercher une probabilité de présenter, d'une part, un score de difficultés élevé et, d'autre part, des difficultés perçues par le parent, toutes autres choses égales par ailleurs. Pour tenir compte du besoin de soins, le modèle explicatif du recours aux soins est, quant à lui, également ajusté sur les quatre scores de difficultés (émotionnelle, comportementale, attentionnelle et relationnelle).

l'exposition prolongée à des temps d'écran élevés au cours de l'année suivant le premier confinement est associée, en juillet 2021, à des scores de difficultés relationnelles dégradés chez les 3-14 ans et des problématiques comportementales et attentionnelles chez les 11-14 ans (Descarpentry, et al., 2023). Cela incite à penser que l'association entre temps d'écran quotidien supérieur à quatre heures et difficultés psychosociales s'explique par une causalité du temps d'écran élevé sur les difficultés psychosociales chez l'enfant. La lecture et l'activité physique apparaissent, quant à elles, comme des facteurs protecteurs des difficultés psychosociales. La causalité est vraisemblablement bidirectionnelle : les difficultés

psychosociales peuvent empêcher de telles activités et, inversement, ces activités peuvent préserver de certaines difficultés. Sur ces derniers déterminants comme sur la plupart de ceux disponibles dans l'enquête, des travaux sur les chemins de causalité et les effets de médiation entre les facteurs (par exemple, les liens entre pauvreté, santé mentale du parent et difficultés psychosociales de l'enfant) devront être conduits pour permettre d'identifier les actions de prévention les plus pertinentes. ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : Santé de la population Santé mentale Inégalités sociales de santé Adolescent Enfant Covid-19

Pour en savoir plus

- > Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., et al. (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > Descarpentry, A., Melchior, M., Galera, C., et al., EpiCoV Study Group (2023, juin). High screen time and internalizing and externalizing behaviours among children aged 3 to 14 years during the COVID-19 pandemic in France. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Epub ahead of print.
- > Elharake, J.A., Akbar, F., Malik, A.A., et al. (2022, janvier). Mental Health Impact of COVID-19 among Children and College Students: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 54(3), pp. 913-925.
- > Font, H., Roelandt, J.-L., Behal, H., et al. (2018, juin). Prevalence and predictors of no lifetime utilization of mental health treatment among people with mental disorders in France: findings from the « Mental Health in General Population » (MHGP) survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, pp. 567-576.
- > Hazo, J.-B., Prigent, A., Auriol, M., et al. (2017, mars). Identification des facteurs associés au recours aux soins de santé mentale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65, pp. S53-S54.
- > Hazo, J.-B., Costemalle, V. (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans – Résultats issus de la première vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1185.
- > Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A., et al. (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 – Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- > Hazo, J.-B., Boulch, A., en collaboration avec le groupe EpiCov (2022, juin). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- > Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W., Lempinen, L., et al. (2022, août). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32(2).
- > Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A. (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne 2019. Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > Léon, C., Du Roscoat E., Beck, F. (2023, février). Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2, pp. 28-40.
- > Robert, M., Paget, L.-M., Léon, C., et al. (2017, octobre). Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Santé publique France.
- > Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., Ford, T. (2003, février). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), pp. 185-187.
- > Roelandt, J.-L., Benradia, I., Amadéo, S., et al., (2022, août). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans les Outre-mer français et dans l'Hexagone. *L'information psychiatrique*, 98, pp. 659-673.
- > Santé publique France (2022, mai). *Santé mentale*, édition nationale mensuelle, 10.
- > Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., Kovess, V. (2009, septembre). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, pp. 740-747.
- > Stone, L.L., Otten, R., Rutger, C.M.E., et al. (2010, septembre). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13(3), pp. 254-274.
- > Thierry, X., et al., et l'équipe SAPRIS (2021, janvier). Les enfants à l'épreuve du premier confinement. Ined, *Population & Sociétés*, 585, pp. 1-4.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
DREES-INFO@solidarites-sante.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargées d'édition : Élisabeth Castaing, Laurence Lefebvre
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr

Publié le 04/12/2025

Les droits des enfants hospitalisés en psychiatrie sont gravement bafoués, alerte la contrôleure des lieux de privation de liberté

Dominique Simonnot appelle à créer un "statut du mineur hospitalisé" accompagné d'un plan national de réhabilitation de la pédopsychiatrie, après avoir constaté de nombreuses situations de contention et d'isolement.

Il est urgent de garantir les droits des enfants hospitalisés en psychiatrie(Nouvelle fenêtre), gravement bafoués par l'usage de contention et d'isolement notamment, en créant un "*statut du mineur hospitalisé*" accompagné d'un plan national de réhabilitation de la pédopsychiatrie, selon la contrôleure générale des lieux de privation de liberté. La prise en charge actuelle des enfants admis en soins psychiatriques – le plus souvent pour une hospitalisation demandée par les parents ou découlant d'une décision de justice – entraîne "*de nombreuses et graves atteintes à leurs droits fondamentaux*", estime Dominique Simonnot dans un avis datant du 6 octobre et publié jeudi 4 décembre au Journal officiel.

Cinquante-deux mille enfants âgés de 4 à 17 ans étaient hospitalisés en psychiatrie en 2023(Nouvelle fenêtre), selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Basé sur de "*nombreux signalements*" et des visites d'établissements, l'avis appelle à faire "*cesser sans délai*" les atteintes subies par les enfants ayant besoin de soins de santé mentale, qu'elles résultent d'un "*délabrement de certains services hospitaliers*" ou de "*l'approche inadaptée de certains professionnels*".

"Des équipes insuffisamment formées, surchargées ou désemparées"

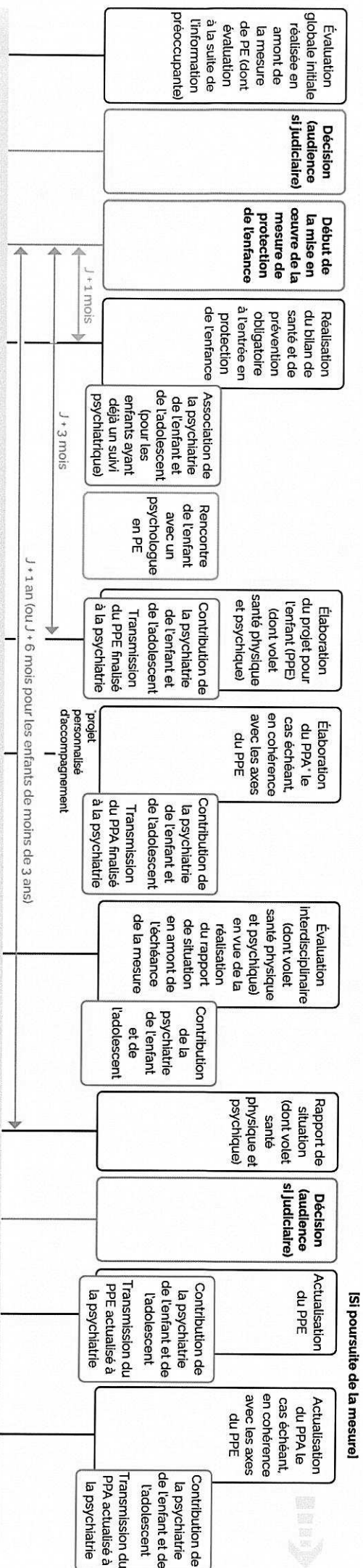
Pourtant circonscrit par le législateur aux soins sans consentement – très rares pour les enfants, majoritairement hospitalisés pour des soins libres –, l'isolement des mineurs fait en effet l'objet d'un "*recours massif*". Qu'ils soient hospitalisés en soins libres ou sans consentement, les enfants se retrouvent souvent pris en charge selon des modalités "*nullement justifiées par leur état clinique*", estime aussi Dominique Simonnot. Elle évoque notamment "*des équipes insuffisamment formées, surchargées ou désemparées*", du fait d'une "grave crise de la pédopsychiatrie".

Parfois admis, faute de places dédiées, dans des unités pour adultes, ils peuvent être "*hébergés à temps complet en chambre d'isolement*" – parfois dépourvues de bouton d'appel –, "*pour de longues durées*", les soignants n'étant "*pas en mesure, faute de moyens, de les surveiller et de les protéger des adultes*". Cette privation de liberté est pourtant illégale hors du cadre des soins sans consentement.

Si nombre de soignants déplorent ces situations liées à un manque de moyens, matériels et humains, certains arguent du caractère thérapeutique de l'isolement et de la contention, ce que ne justifie "*aucune donnée probante*", selon la contrôleure. Ils se voilent aussi la face, juge-t-elle, par des "*artifices de langage*" comme d'appeler "*chambre de soins intensifs*" une chambre d'isolement, faisant ainsi "*passer la contrainte pour un soin*". En visitant des établissements, Dominique Simonnot a notamment trouvé "*un enfant de 12 ans isolé une journée entière*", d'autres "*subissant des contentions pouvant durer plus d'une journée*", rapporte l'avis.

Repérage des besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et association de la psychiatrie au cours du parcours de l'enfant ayant une mesure de protection de l'enfance

– synthèse –



Tout au long de la mesure de protection de l'enfance

→ Examens médicaux obligatoires pour tous les enfants (cf. ci-dessous)

→ Rencontres complémentaires avec un psychologue en PE si nécessaire, notamment en cas de changement dans le comportement de l'enfant ou à sa demande

→ Attention quotidienne aux éventuels signes évocateurs d'un trouble psychique/TND par tous les professionnels de PE

→ Échanges réguliers sur la santé mentale avec l'enfant et ses parents en tenant compte des restrictions judiciaires éventuelles

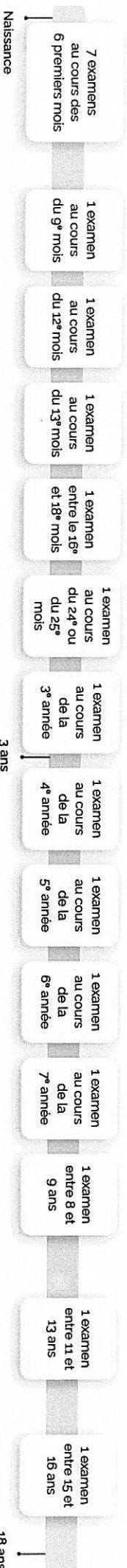
Légendes

☐ Étapes clés du parcours de l'enfant en protection de l'enfance (PE) en lien avec le repérage des besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

☐ Recommandations HAS liées à l'association de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours du parcours de PE (enfants bénéficiant d'un suivi psychiatrique ou pour lesquels une évaluation psychiatrique a été initiée)

☐ Recommandations HAS liées au repérage des besoins de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours du parcours de PE (ensemble des enfants protégés)

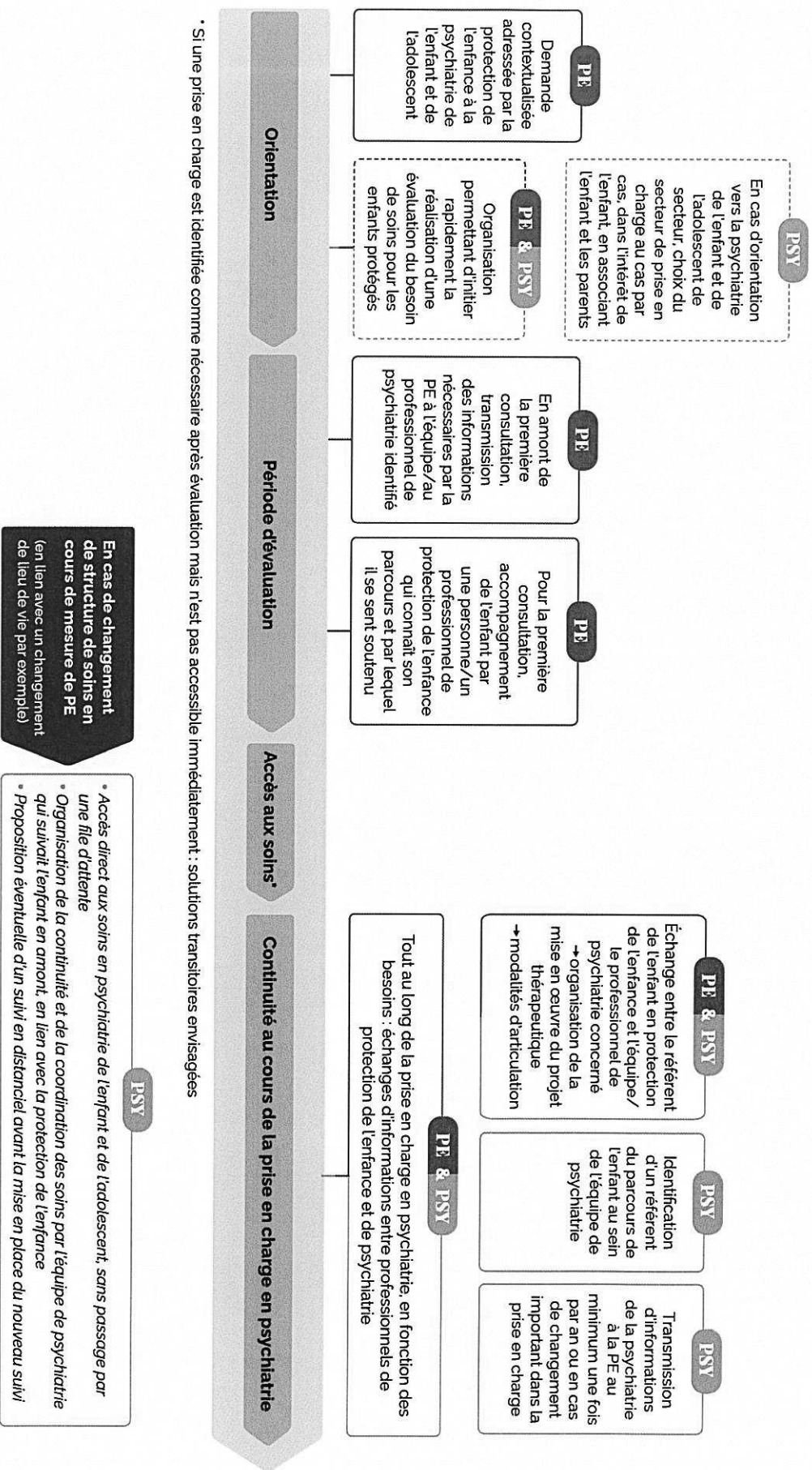
Examens médicaux obligatoires pour l'ensemble des enfants (cf. articles L. 2132-2 et R. 2132-1 du CSP, et arrêté du 14 novembre 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant)



Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques « Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

Orientation, accès et continuité des soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les enfants ayant une mesure de protection de l'enfance

– synthèse –



Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques « Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »

Recours aux urgences pour un enfant ayant une mesure de protection de l'enfance présentant des symptômes évocateurs d'un trouble psychique/TND

– synthèse –

Cadre général

PE & PSY

Co-construction d'un protocole de réponses graduées aux situations de crise, à l'échelon du département (ou du projet territorial de santé mentale (PTSM) s'il est infra-départemental)

Prévention

PE & PSY

Organisation permettant à la protection de l'enfance (PE) de solliciter la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent autour de situations individuelles pour repérer :

- des circonstances contextuelles qui ont tendance à entraîner une crise
- des signes avant-coureurs d'une crise
- des stratégies d'apaisement

Pour les enfants ayant une mesure d'accueil

Organisation du recours aux urgences par la PE

PE

Accompagnement de l'enfant par un professionnel de la PE du départ jusqu'à la sortie des urgences

Transmission du document de liaison d'urgence au médecin prenant en charge l'enfant dans le service des urgences (rempli et mis à jour pour chaque enfant en dehors de l'urgence)



Point de vigilance :

- au plus vite, information des parents du recours aux urgences
- évaluation des modalités de leur association

Dans le contexte d'un recours aux urgences pour un trouble psychique/TND :

- la proposition de mettre en place une hospitalisation ou des soins ambulatoires relève, après évaluation pluriprofessionnelle, d'un médecin
- elle est explicitée à l'enfant (selon son âge et son degré de maturité), aux parents et aux professionnels accompagnant l'enfant en PE

Coordination entre professionnels et préparation de la sortie des urgences

(lorsqu'une hospitalisation n'est pas jugée nécessaire)

Organisation conjointe de la suite des soins et de l'accompagnement

PE & PSY

Équipe des urgences

Équipe de pédiatrie

le cas échéant

- orientation de l'enfant vers des modalités de soins adaptées
- avant la sortie des urgences, confirmation de la programmation d'une consultation psychiatrique en ambulatoire ou relais avec les professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui suivront l'enfant en ambulatoire pour qu'une consultation soit rapidement programmée

Équipe des urgences

Information sur la conduite à tenir en cas d'aggravation ou de nouvelle crise

Inclusion de ces éléments au courrier/courriel de sortie

Mise en place éventuelle d'un accueil transitoire en PE

PE

Implique une organisation du conseil départemental et des organismes gérant des structures habilitées en protection de l'enfance pour disposer en permanence de places permettant d'accueillir de façon transitoire un enfant placé lorsqu'un retour immédiat sur son lieu de vie habituel n'apparaît pas pertinent

Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques

Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : continuité dans et avec les lieux d'accueil en protection de l'enfance

– synthèse –

Préadmission/début d'hospitalisation

PSY

Estimation d'une **durée d'hospitalisation** par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Transmission d'une date prévisionnelle de sortie (réévaluable en fonction de l'évolution clinique) :

- aux professionnels de protection de l'enfance
- à l'enfant, selon son âge et son degré de maturité
- à ses parents

Pendant l'hospitalisation

PE & PSY

Contacts réguliers des professionnels de protection de l'enfance avec l'enfant : **prise de nouvelles et visites**
↳ *Notamment dans le cadre d'une mesure d'accueil*

Possibilité pour l'enfant d'un **maintien des liens avec ses proches** et de **sorties temporaires**
↳ *Si son état clinique le permet et en tenant compte des restrictions judiciaires éventuelles*

Aspects logistiques organisés par la protection de l'enfance

De la préadmission à la sortie d'hospitalisation

- Autant que possible, recueil de l'adhésion aux soins de l'enfant concerné et de ses parents, et explications en cas de recours à des soins se faisant sans son consentement
- Assurance pour l'enfant d'avoir une place au sein d'un lieu d'accueil et de la conserver
- Éviter autant que possible qu'un changement de lieu d'accueil concorde avec un temps d'hospitalisation
- Échanges entre le référent de l'enfant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les professionnels de protection de l'enfance

Sortie d'hospitalisation

PE & PSY

Programmation de la poursuite des soins psychiatriques en ambulatoire et/ou à temps partiel
Transmission du calendrier des rendez-vous aux professionnels de protection de l'enfance et aux parents

Proposition, si nécessaire, d'un **soutien aux professionnels accompagnant l'enfant en protection de l'enfance**
↳ *Créer les conditions d'un retour sur le lieu de vie qui soit le plus serein possible*
Modalités de soutien et de guidance pouvant être mises en place à destination **des parents**

Accompagnement de l'enfant dans la **poursuite ou la reprise de sa scolarité**

Ces principes s'appliquent également aux hospitalisations en services de pédiatrie pour des motifs psychiatriques

→ Pour en savoir plus, consulter la recommandation de bonnes pratiques

→ **Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

Co-construction d'un cadre collaboratif global entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et acculturation réciproque

– synthèse –

Formalisation d'objectifs partagés et de modalités de coordination

À l'échelon de chaque région et de chaque département

Intégration de la question de la coordination protection de l'enfance/psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans les documents de référence dédiés à la définition des politiques publiques régionales et départementales

- Dans le champ sanitaire : projet régional de santé (PRS)
- Dans le champ de la protection de l'enfance : schémas départementaux « enfance famille » des conseils départementaux (CD) et projets territoriaux de la PJJ

À l'échelon de chaque PTSM

Intégration de la question de la coordination protection de l'enfance/psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au projet territorial de santé mentale (PTSM) et association de représentants de la protection de l'enfance pour :

- réaliser un diagnostic partagé des problématiques, des ressources disponibles et des besoins sur le territoire
- identifier conjointement des actions permettant de répondre aux besoins identifiés

À l'échelon de chaque département et de chaque DT PJJ

Signature de conventions entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Entre le CD et les structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concernées
- Entre la DT PJJ et les structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concernées
- Et éventuellement entre les acteurs gérant une ou des structures autorisées au titre de l'ASE et/ou de la PJJ et les structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concernées

Contenu :

- Objectifs opérationnels de la coordination
- Rôles et engagements de chacun et modalités de coordination

Diffusion des modalités de coordination prévues par les conventions auprès de l'ensemble des structures et professionnels des deux champs pour intégration dans leurs documents de référence et dans leurs pratiques

Situations individuelles complexes

À l'échelon départemental, voire infra

Mise en place d'un espace pérenne pluripartenarial de décision dédié au traitement des situations individuelles complexes

- S'il n'existe pas déjà
- À l'initiative du CD
- En articulation avec les dispositifs de coordination existants

Interconnaissance et acculturation réciproque

À l'échelon départemental

→ Réalisation d'un **état des lieux** des espaces de rencontre existants entre professionnels des deux champs, hors traitement des situations individuelles (par l'ODPE, en lien avec la gouvernance du PTSM)

→ **Mise en place d'espaces de rencontre en fonction des manques identifiés**

→ Développement de **périodes d'immersion réciproques** entre les deux champs

Formation continue

Mise en place d'un comité pédagogique co-porté et pérenne (par l'ODPE, en lien avec la gouvernance du PTSM)

- Recensement des formations existantes
- Identification des besoins de formation
- Définition d'un programme pluriannuel de formations
- Identification des possibilités de mutualisation de formations entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Systématisation d'une formation dans l'année de la prise de poste pour tous les professionnels

- En protection de l'enfance : sur les enjeux spécifiques à prendre en compte sur le plan de la santé mentale pour les enfants accompagnés
- En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : sur la protection de l'enfance

Formation initiale

→ Enseignement en protection de l'enfance/santé mentale dans le cadre de la formation **initiale des différentes professions concernées**

→ Enseignements communs et/ou stages d'immersion

Santé mentale : plus de 8 % des enfants de 3-6 ans en France connaissent au moins une difficulté « probable »

En combinant les points de vue des parents et des enseignants sur un échantillon représentatif de plus de 2 600 enfants, cette étude, menée en 2022 par Santé publique France, révèle que 8,3 % des enfants en maternelle ont « au moins une difficulté de santé mentale probable ».

Les statistiques sur le mal-être des jeunes Français s'affinent : un peu plus de 8 % des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle dans l'Hexagone connaissent au moins une difficulté de santé mentale probable, selon une étude publiée mardi 10 décembre.

Il s'agit de la première enquête nationale sur la santé mentale qui s'intéresse, en France, aux enfants si jeunes. C'est un nouveau volet de l'étude épidémiologique sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans scolarisés en France hexagonale (Enabee) menée par Santé publique France.

En combinant les points de vue des parents et des enseignants sur un échantillon représentatif de plus de 2 600 enfants, cette étude, menée en 2022, révèle que 8,3 % des enfants en maternelle ont « *au moins une difficulté de santé mentale probable, de type émotionnel, oppositionnel ou inattention-hyperactivité, impactant leur vie quotidienne* ». Autrement dit, environ 1 enfant sur 12 scolarisé en maternelle en France métropolitaine est concerné.

« *Ces données posent la dimension du problème de santé publique* », a commenté à l'Agence France-Presse (AFP) Stéphanie Monnier-Besnard, épidémiologiste et cheffe de projet de l'étude Enabee. Mais « *ce n'est pas une surprise que les enfants si jeunes puissent rencontrer des difficultés de santé mentale probables, c'est cohérent avec* » toutes les observations. Et, a-t-elle noté, « *c'est le même ordre de grandeur que les résultats d'études approchantes en France ou dans des pays assez comparables, comme l'Allemagne ou les Etats-Unis* ».

Dans le détail, 1,8 % des enfants scolarisés de la petite à la grande section de maternelle présentent des « *difficultés émotionnelles* », 5,9 % des « *difficultés oppositionnelles* », 1,9 % des « *difficultés d'inattention-hyperactivité* », estime l'étude, à partir des données recueillies par questionnaire – en ligne ou par téléphone – entre mai et juillet 2022.

« *Même si la sensibilité accrue à la santé mentale peut éventuellement conduire à surestimer un peu certains phénomènes, c'est à mettre en balance avec le fait que la santé mentale des enfants a longtemps été laissée de côté et moins considérée que leur santé physique* », a observé M^{me} Monnier-Besnard. Autre enseignement : les garçons présentent plus de difficultés probables avec un retentissement sur leur vie (11,3 %) que les filles (5,2 %).

« *Sur les différences garçons-filles, les résultats sont cohérents avec les observations cliniques des professionnels de santé mentale notamment* », a déclaré à l'AFP Nolwenn Regnault, responsable de l'unité périnatalité, petite enfance et santé mentale de Santé publique France.

Nécessité d'intervenir dès le plus jeune âge

Près de 13 % des enfants scolarisés en maternelle ont consulté au moins une fois un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage lors des douze mois précédant l'étude. Et environ un tiers des enfants présentant au moins un type de difficulté probable avec un retentissement sur leur vie quotidienne ont consulté un professionnel de santé mentale dans l'année précédente.

« *Prudence* » cependant sur l'interprétation des résultats, avertit Santé publique France, car « *à ces âges précoces, les difficultés de comportement ou émotionnelles peuvent évoluer rapidement et leur mesure est impactée par les perceptions et attentes des adultes répondants* ». Et il ne s'agit pas de diagnostics cliniques mais d'une représentation épidémiologique.

Il n'y a « *pas de point de comparaison avec l'avant-Covid : Enabee décrit la situation en 2022, une prochaine édition de l'étude permettra de décrire les évolutions du bien-être et de la santé mentale des enfants* », a expliqué Nolwenn Regnault.

Sachant que « *la santé mentale des enfants est étroitement liée à de multiples facteurs* », cette étude « *permet de les identifier et de cibler les facteurs pouvant l'altérer et ce, dès la petite enfance, période critique du développement* », a insisté la docteure Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France, dans un communiqué.

Cela confirme la nécessité d'intervenir dès le plus jeune âge et d'améliorer les dispositifs d'accompagnement en santé mentale avant 6 ans, selon l'agence, qui évoque, par exemple, les compétences psychosociales. Pour les 6-11 ans, 13 % présentaient au moins un trouble probable de santé mentale, selon le premier volet de l'étude, publié à la mi-2023 et intégrant aussi le regard des enfants. La santé mentale avait été déclarée « grande cause nationale » 2025 par feu le gouvernement Barnier. Un choix favorablement accueilli dans un secteur en crise persistante, où plusieurs voix ont surtout réclamé des moyens suffisants.

Politique des 1000 premiers jours : retour sur quatre années d'actions

Bilan 2021-2024

Publié le 20/01/2026 |



Crédit photo : FatCamera / Getty Images

À la suite du rapport de la commission des 1000 premiers jours de l'enfant, sous l'égide de Boris Cyrulnik, l'État a lancé en 2021 une politique dédiée aux tout-petits. **La politique des 1000 premiers jours** vise à mieux à organiser et coordonner les actions en faveur des enfants, de la naissance à 3 ans, en agissant dans des domaines clés comme : la santé, le soutien psychologique, l'accompagnement social et l'accès à la socialisation et à la culture. Point d'étape sur les nombreux dispositifs mis en place entre 2021 et 2024.

La première feuille de route a orienté son action selon 5 objectifs principaux :

Axe 1 : Mettre à disposition des parents et futurs parents des informations simples, accessibles et fiables

Des outils ont été créés pour mieux accompagner les parents lors de la période charnière que représente la périnatalité :

- **Le site des 1000 premiers jours** a accueilli près de **9,3 millions de visiteurs** en 2024. Il délivre des informations pratiques abordant toutes les dimensions du développement de l'enfant et de la parentalité durant la période des 1000 premiers jours : l'environnement sain et sécurisé, l'alimentation, le développement de l'enfant et le bien-être des parents.
- **L'application mobile** 1000 premiers jours accompagne les parents durant les premiers mois. Pilotée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et développée par la Fabrique du numérique des ministères sociaux, cet outil de prévention et d'accompagnement permet d'accéder à une information fiabilisée, des services intégrés et des messages de santé

publique appuyés sur les dernières connaissances scientifiques. Elle propose quatre fonctionnalités :

- **un parcours** structuré en huit étapes clefs **du projet de parentalité aux trois ans de l'enfant** avec une sélection d'articles adaptée en fonction de l'avancée dans son parcours des 1000 premiers jours ;
- **un calendrier** partageable offre aux parents une visibilité d'ensemble sur les événements et rendez-vous qui ponctuent le parcours des 1000 premiers jours, participant ainsi au bon suivi de leur santé et de celle de leur enfant et réduisant la charge mentale liée à la parentalité ;
- **une cartographie** permet aux parents, via la géolocalisation, d'identifier en un coup d'œil les lieux et les ressources présents autour d'eux ;
- **un outil de prévention de la dépression post-partum** expérimenté jusqu'en 2024 pour sensibiliser les parents à ce sujet et, le cas échéant, les inciter à prendre contact avec un professionnel de santé. Depuis la création de l'outil, plus de **350 000 téléchargements** ont été enregistrés.

Lire la retranscription textuelle

L'application gratuite 1000 premiers jours pour les parents et les futurs parents.

Pour suivre chaque étape du parcours de votre enfant et vous accompagner dans la parentalité.

Créée avec des professionnel(le)s de santé, des experts de la petite enfance et les parents.

Cinq services :

- la parenthèque, ressources d'informations et de documentation ;
- des articles fondés sur des connaissances scientifiques ;
- un questionnaire d'auto-évaluation de votre bien-être, en cas de difficulté, contactez-nous !
- un calendrier personnalisé ;
- un moteur de recherche pour trouver des articles et géolocaliser les professionnels.

Votre avis compte !

contact-nos1000jours@fabrique.social.gouv.fr

1000 premiers jours, c'est quatre supports d'information.

L'appli 1000 premiers jours à télécharger gratuitement sur Google Play et App Store. Présente sur Facebook, LinkedIn et Instagram.

- **Un livret** a été distribué dans les maternités à chaque première naissance, soit à plus de **250 000 parents par an**.

Une **boîte à outil** est également à la disposition des **professionnels** pour les accompagner dans la réalisation de l'entretien prénatal précoce ainsi qu'un guide des interventions à domicile.

Santé publique France a aussi produit des contenus à destination des parents : affiche, flyer et spots

Axe 2 : Améliorer l'accompagnement des parents pendant toute la période

Le parcours de périnatalité : un accompagnement renforcé des parents

La parentalité représente un grand bouleversement dans la vie des parents qui peuvent se sentir démunis face à ce nouveau rôle et à tous les changements qu'implique l'arrivée d'un enfant. L'accompagnement dans un parcours de périnatalité permet aux parents d'aborder plus sereinement leur rôle, de prendre soin de leur santé et d'accompagner le développement de l'enfant.

Ce parcours est jalonné de rendez-vous médicaux pour la mère et pour l'enfant. Aujourd'hui, il est composé de :

- **l'entretien prénatal précoce** , dont bénéficient plus de **67 % des femmes en 2024** ;
- **l'entretien postnatal précoce** , entré en vigueur en 2022 et dont **22 % des femmes concernées** ont bénéficié en 2024 ;
- **le dispositif de sage-femme référente** portée par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), entrée en vigueur depuis 2023 pour permettre une continuité du suivi de la femme tout au long de son parcours, pendant et après la grossesse.

Ce parcours périnatal s'est consolidé grâce à plusieurs mesures :

- **le renforcement des équipes médico-psychosociales des maternités** (plus de 100 postes de sage-femmes, psychologues, assistants sociaux) ;
- **l'expérimentation d'équipes mobiles de néonatalogie au domicile des nouveau-nés** pour accompagner au mieux les enfants prématurés et leur famille ;
- **le renforcement d'interventions à domicile** auprès des publics qui en ont le plus besoin et l'orientation vers des espaces de socialisation (lieux d'accueil enfants parents).

Par ailleurs, un « **parcours naissance** » a été mis en place entre les caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales. Ce parcours détaille les démarches à entreprendre et fournit des informations utiles mois par mois.

Axe 3 : Proposer un accompagnement renforcé selon les besoins des parents et les vulnérabilités

Les services d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap (SAPPH) : « CapParents »

Expérimentés en 2021 dans sept régions dans le cadre du projet des 1000 premiers jours, les services d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap (SAPPH), désormais appelés CapParents, sont en cours de systématisation par les agences régionales de santé depuis 2022.

Nouveaux dispositifs pour les parents et futurs parents en situation de handicap mais aussi les professionnels qui les accompagnent, ils ont pour mission principale le soutien à la parentalité et à la périnatalité des parents depuis leur projet d'enfant.

En partenariat avec les structures des départements et autres professionnels, ces dispositifs proposent des accompagnements personnalisés au travers d'interventions individuelles et collectives jusqu'aux 18 ans de l'enfant. Ainsi, ces services participent à l'amélioration de la santé

mentale et à l'accompagnement des parents en situation de handicap.

Actuellement, 21 dispositifs sont déployés sur tout le territoire.

Expérimenter des groupes naissance de proximité pour permettre aux parents d'être informés, conseillés, d'échanger et de s'entraider

Dans le cadre du parcours *Naissance - accompagnement des jeunes parents*, huit CAF (caisses d'allocations familiales) expérimentent des groupes de parents de proximité. Ces groupes d'échange ont pour but de **favoriser le partage d'information et d'expérience entre parents sous l'égide de professionnels de la parentalité.**

Au-delà de l'information des parents, l'enjeu est de lutter contre le risque d'isolement et d'épuisement en favorisant par ces groupes l'échange, l'**entraide** et l'**orientation**.

Axe 4 : Inviter les parents à prendre du temps pour construire la relation avec leur enfant avec la réforme du congé paternité

La **réforme du congé paternité** a marqué un progrès majeur en permettant aux pères et co-parents de disposer de **25 jours** à l'arrivée de l'enfant : plus de 62 % des pères prennent désormais l'intégralité de ce congé. Cette mesure vise à offrir du temps pour construire une solide relation parents-enfants.

Axe 5 : Améliorer la qualité des modes d'accueil du jeune enfant

L'articulation avec la politique d'accueil du jeune enfant

La politique des 1000 premiers jours s'est articulée avec la politique en faveur des modes d'accueil du jeune enfant. Cette politique publique vise à **garantir à chaque famille une solution d'accueil de qualité pour son jeune enfant**, à un prix raisonnable et comparable quel que soit le mode d'accueil. Son déploiement s'accompagne d'outils pour améliorer la qualité d'accueil du jeune enfant : *Charte nationale pour l'accueil du jeune enfant*, *Référentiel national de la qualité d'accueil du jeune enfant*, etc.

L'accueil des enfants en horaires atypiques : un tour de France des solutions

À la demande du ministère, la **Mutualité française** a réalisé en 2021 un Tour de France des solutions d'accueil du jeune enfant en horaires atypiques.

Le travail en horaires atypiques concerne 13 millions de Français : travail de nuit, horaires décalées, travail le weekend ou les jours fériés. Pour les parents de jeunes enfants, cela pose un véritable défi : celui de trouver un ou des modes d'accueil pour leur enfant, compatibles avec leur rythme de travail.

Conçu comme un catalogue d'inspirations, ce guide recense les solutions d'accueil innovantes dans les territoires pour permettre aux parents de mieux concilier vie professionnelle et parentalité. Il s'adresse en premier lieu aux porteurs de projets, employeurs et acteurs de terrain, dans l'objectif de favoriser l'éclosion et l'essaimage de solutions d'accueil du jeune enfant en horaires atypiques.

Consulter le guide la Mutualité française : Tour de France des solutions d'accueil du jeune enfant en horaires atypiques

Déploiement territorial des 1000 premiers jours : une étape indispensable

De 2021 à 2023, les agences régionales de santé (**ARS**) et les directions régionales à l'économie, l'emploi, le travail et les solidarités (**DREETS**), en lien avec les caisses d'allocations familiales (**Caf**), ont organisé **trois appels à projets** conjoints. Un appel à projet dédié aux Outre-mer a également lancé en 2024.

Ces appels à projets régionaux 1000 premiers jours ont permis de **soutenir des initiatives locales** qui ancrent et traduisent dans les territoires de vie des parents et de leurs jeunes enfants une **action publique renouvelée** :

- **décloisonnée** entre les secteurs sanitaires, médico-social et social, tissant des liens avec la culture, le sport, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, l'éducation, la protection de l'enfance, l'alimentation, etc. ;
- qui propose aux parents et futurs parents un **accompagnement sans rupture de continuité**, depuis la grossesse jusqu'à l'école maternelle ;
- qui contribue à façonner des **environnements favorables au développement de l'enfant**, de sa santé et de celle de l'adulte qu'il deviendra.

Ces trois appels à projets ont suscité plus de **450 projets**.

Partager cet article

Communiqué de presse
Saint-Maurice, le 10 décembre 2024

Santé mentale des enfants de 3 à 6 ans : Santé publique France publie de nouveaux résultats de l'étude Enabee

Santé publique France publie aujourd'hui de nouveaux résultats d'Enabee, première étude épidémiologique nationale sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 11 ans, scolarisés en maternelle ou en élémentaire en France hexagonale.

En croisant les points de vue des parents et des enseignants, les résultats de l'étude montrent qu'un peu plus de 8% des enfants, scolarisés en maternelle, ont au moins une difficulté de santé mentale probable, de type émotionnel, oppositionnel ou inattention/hyperactivité, impactant leur vie quotidienne.

Ces résultats confirment qu'il faut dès la petite enfance - période critique du développement des enfants - renforcer les compétences psychosociales qui seront des leviers à mobiliser au bénéfice de la santé mentale. Cet objectif fait partie de la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales de tous les enfants et jeunes lancée en 2022¹.

Ces travaux s'inscrivent dans une dynamique générale sur la santé mentale - grande cause nationale 2025, visant notamment à promouvoir une bonne santé mentale et prévenir l'apparition de troubles. Le renouvellement à intervalles réguliers de cette étude conduite par l'Agence permettra de suivre les évolutions des indicateurs de bien-être et de santé mentale des enfants au cours du temps et d'éclairer les décisions publiques nécessaires à la création, dès le plus jeune âge, d'environnements de vie favorables à leur épanouissement.

En maternelle, environ 1 enfant sur 12 concerné par au moins une difficulté de santé mentale

Basée sur un échantillon représentatif d'enfants scolarisés en France hexagonale de plus de 2 600 enfants, en combinant les points de vue des parents et des enseignants, l'étude révèle que 8,3% des enfants de 3 à 6 ans présentent au moins un type de difficultés probables de santé mentale ayant un retentissement sur leur vie quotidienne.

Plus précisément :

- 1,8% présentent des difficultés émotionnelles
- 5,9% présentent des difficultés oppositionnelles
- 1,9% présentent des difficultés d'inattention/hyperactivité
- Les garçons présentent plus de difficultés probables avec retentissement sur leur vie que les filles (11,3% versus 5,2% respectivement).

Parmi les autres points à retenir :

- Près de 13% des enfants scolarisés en maternelle ont consulté au moins une fois un professionnel de santé, au cours des douze mois précédant l'étude, pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage.

¹ INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N°DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037

- Environ un tiers des enfants qui présentent au moins un type de difficultés probables avec un retentissement sur leur vie quotidienne a consulté un professionnel de santé mentale au cours de l'année précédente.
- Le niveau de bien-être des enfants, tel qu'estimé par les parents, peut être considéré comme bon, aussi bien pour les filles que pour les garçons.

Il est à noter qu'à ces âges précoces, les difficultés de comportement ou émotionnelles peuvent évoluer rapidement et leur mesure est impactée par les perceptions et attentes des adultes répondants ; les résultats sont donc à interpréter avec prudence. Il ne s'agit pas de diagnostics cliniques, mais bien d'avoir une représentation épidémiologique des besoins des jeunes enfants dans leur ensemble. A titre individuel, en cas de difficulté, un échange avec un professionnel de santé de 1er recours peut aider les parents.

Des analyses complémentaires sont prévues pour identifier les facteurs associés à ces difficultés relatifs par exemple à l'environnement de vie de l'enfant, à sa santé ou celle de ses parents.

Ces résultats confirment également qu'il est nécessaire d'intervenir dès le plus jeune âge, pendant la petite enfance, période critique du développement et plaident pour une amélioration des dispositifs d'accompagnement en santé mentale des enfants avant l'âge de 6 ans. **Santé publique France s'engage par exemple dans le déploiement des compétences psychosociales² (CPS), un levier à mobiliser au bénéfice de la santé mentale dès le plus jeune âge.** Ainsi, en 2022, l'Agence a publié un premier état des connaissances sur les CPS et un référentiel théorique, qui seront complétés début 2025 par un référentiel et des ressources opérationnels. Ces référentiels constituent un socle de connaissances sur les CPS et des supports utiles pour les formateurs CPS, afin de favoriser le développement des CPS des enfants et des jeunes. Dans le cadre de la stratégie nationale de développement des CPS copilotée par les ministères de la santé et de l'Education nationale, Santé publique France élabore et co-construit ces outils afin d'accompagner les acteurs dans les territoires et les aider à s'approprier les fondamentaux des CPS sur la base d'interventions fondées sur des données probantes. C'est ainsi qu'elle a apporté l'expertise CPS pour la construction du kit empathie de l'Education Nationale, généralisé à la rentrée 2024 dans les écoles maternelles et élémentaires.

« L'étude Enabee constitue une avancée déterminante en fournissant une première photographie de l'état de santé mentale des enfants en France. La récurrence de l'étude permettra d'avoir une meilleure compréhension de l'évolution de la santé mentale de ces populations fragiles et d'adapter au mieux la réponse à leurs besoins. La santé mentale des enfants est étroitement liée à des multiples facteurs, individuels, sociaux et structurels. Cette étude permet de les identifier et donc de cibler les facteurs pouvant l'altérer et ce, dès la petite enfance, période critique du développement des enfants. »

Déclarée grande cause nationale de l'année 2025, la santé mentale est l'affaire de tous ; et pour Santé publique France, une préoccupation majeure. Prévenir l'apparition de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation sont des enjeux de santé publique sur lesquels nous nous engageons pleinement pour accompagner ces jeunes adultes de demain ».

Dr Caroline Semaille, Directrice générale de Santé publique France

² Les compétences psychosociales (CPS) représentent un ensemble de compétences psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales) qui permettent de maintenir un état de bien-être psychique, de mieux être avec soi et les autres ; elles permettent ainsi de faire face efficacement aux situations et problèmes du quotidien.

FOCUS SUR L'ETUDE ENABEE :

UNE ETUDE INEDITE POUR EVALUER LA SANTE MENTALE ET LE BIEN-ETRE DES ENFANTS DE 3 A 11 ANS

Mise en place en 2022 par Santé publique France, avec l'appui du Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins et du Ministère de l'Éducation nationale, l'étude Enabee « *Etude nationale sur le bien-être des enfants* » vise à approfondir les connaissances sur le bien-être et la santé mentale des enfants âgés de 3 à 11 ans. Elle mesure notamment le niveau de bien-être et la fréquence de certaines difficultés ou troubles probables des enfants scolarisés de la petite section de maternelle (PSM) au cours moyen deuxième année (CM2), en France hexagonale. L'étude Enabee repose sur une évaluation de la santé mentale, par les parents et les enseignants et les enfants eux-mêmes (à partir du Cours préparatoire (CP)). L'étude mesure 3 types de difficultés et troubles probables : émotionnels, oppositionnels ou déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Il ne s'agit pas de diagnostics cliniques mais d'une analyse croisée des points de vue déclarés pour chaque enfant, ayant permis d'identifier des symptômes, leur impact sur la vie de l'enfant et, au-delà de certains seuils, des difficultés et troubles probables.

Elle représente une avancée cruciale dans l'observation épidémiologique de la santé mentale des jeunes enfants, un domaine jusqu'alors peu investi en France et a été construite en concertation avec l'ensemble des parties prenantes impliquées (famille, santé, éducation).

En 2023, Santé publique France avait publié les premiers résultats concernant les enfants de 6 à 11 ans. Ces derniers montraient que 13% des enfants en élémentaire présentent un trouble probable de santé mentale, ce taux de prévalence étant du même ordre de grandeur que ceux observés dans d'autres pays en Europe sur la même tranche d'âge en 2010 et 2017.

Pour consulter les nouveaux résultats de l'étude Enabee :

- [consulter le rapport](#)

Pour en savoir plus sur Enabee :

- <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>
- <https://enabee.fr/>

Pour en savoir plus sur les Compétences psychosociales (CPS) et l'action de l'Agence :

<https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps>

CONTACTS PRESSE

Santé publique France : presse@santepubliquefrance.fr

Stéphanie Champion : 01 41 79 67 48 - Camille Le Hyaric : 01 41 79 68 64 – Céline Coulaud : 01 41 79 68 22

SYNTHÈSE

CONSULTATION NATIONALE DES 6-18 ANS 2024

unicef 
pour chaque enfant

Centre
Maurice
Halbwachs

ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE
Privations, déficit de protection et rejet social

TA VOIX,
TES DROITS!

INTRODUCTION

Les données disponibles au niveau national concernant le ressenti des enfants et adolescents sur l'application de leurs droits et les thématiques qui touchent à leurs conditions de vie au quotidien sont encore limitées. Pour répondre à cet enjeu, l'UNICEF France a lancé, cette année encore, une Consultation nationale des 6-18 ans, comme cela a été le cas tous les deux ans depuis 2013.

Le rapport de la 6^e édition de la Consultation nationale des 6-18 ans analyse les réponses d'environ 20 000 enfants à une centaine de questions concernant leurs droits et leur quotidien, afin de mesurer l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant, et sur deux sujets spécifiques à cette nouvelle édition : **la pauvreté multidimensionnelle et l'exclusion sociale**.

Cette enquête vient combler un vide en matière de connaissance sur les privations, le déficit de protection et le rejet social des enfants. Sans avoir vocation à remplacer les statistiques publiques, une consultation de cette envergure **permet aux enfants et aux adolescents de s'exprimer et de prendre part aux décisions qui les concernent, en exerçant leur droit à la participation.** Cette démarche part en effet du principe, édicté par la Convention internationale des droits de l'enfant, que les enfants et les adolescents ont le droit d'être écoutés et entendus et qu'il est du devoir des adultes et des institutions de faire respecter ce droit.

Mieux connaître le point de vue des enfants et des adolescents sur leur vie quotidienne, leurs droits, leurs difficultés, voire les privations qu'ils peuvent ressentir, est indispensable pour permettre le développement éclairé des politiques publiques nationales et territoriales en faveur de l'égalité entre les enfants.

Comment la parole des enfants a-t-elle été recueillie ?

La Consultation nationale des 6-18 ans a été déployée sur le territoire français dans plus de 1 800 villes, notamment dans des écoles ou centres de loisirs. Ces lieux sont répartis sur **l'ensemble du territoire hexagonal ainsi qu'en Outre-mer et représentent une très grande diversité en termes de taille, de caractéristiques sociodémographiques, de tissu économique et d'orientation politique.** Une telle diffusion a été permise grâce à l'engagement de 279 partenaires (collectivités, associations, établissements scolaires, centres de loisirs, ...), dont 151 Villes amies des enfants.

La participation à la Consultation nationale des 6-18 ans étant entièrement volontaire, anonyme et confidentielle, il n'était pas possible de mener une enquête classique réalisée auprès d'un échantillon tiré de façon aléatoire dans une base de sondage représentative. **L'ambition de l'UNICEF France n'était donc pas de s'assurer la représentativité parfaite des enfants et adolescents concernés, mais d'assurer une significativité statistique** en diversifiant au maximum les lieux de consultation et, surtout, en veillant à ce que les conditions de recueil de la parole des enfants et des adolescents ne l'altèrent pas.

Pour cela, un **questionnaire** de plus de 100 questions a été développé, au format papier et en ligne. En complément, **des groupes de discussion ont été organisés avec des enfants**, certains vivant en centres d'hébergement d'urgence. La dimension qualitative de la démarche a été renforcée par une **enquête menée dans un quartier de la politique de la ville** d'une ville du nord de l'Île-de-France. Dix-sept entretiens semi-directifs avec des parents d'enfants âgés de 6 à 18 ans, 3 entretiens avec des enfants de la tranche d'âge visée et des observations quotidiennes dans le quartier, étalés sur trois semaines, ont été conduits. Enfin, **4 interviews ont été menées avec des spécialistes** des sujets de la pauvreté et de l'exclusion sociale afin d'obtenir un éclairage complémentaire sur la problématique.

QUI A PARTICIPÉ À LA 6^E ÉDITION DE LA CONSULTATION NATIONALE DES 6-18 ANS ?



21 820 enfants et adolescents ont répondu au questionnaire*
dont **19 778** pour lesquels l'âge et le genre sont connus**

Genre



43,1%
de garçons



55,5%
de filles



1,4%
de non-binaires

Lieu de résidence



84,8%
habitent hors quartier de la politique de la ville



15,2%
habitent en quartier de la politique de la ville

Tranche d'âge



6 à 10 ans
45,3%



11 à 14 ans
29,9%



15 à 18 ans
24,8%

Type de résidence



96,4%
habitent en logement ordinaire (ou en internat)

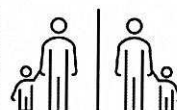


3,6%
habitent en centre d'hébergement, hôtel, maison d'enfants ou en établissement de la PJJ

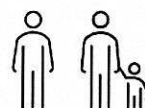
Situation familiale



71,1%
vivent avec leurs 2 parents



12,7%
vivent avec leurs 2 parents en garde alternée



4,4%
vivent avec 1 seul de leurs parents en couple



7,7%
vivent avec 1 seul de leurs parents en famille monoparentale



2,7%
vivent avec 1 seul de leurs parents sans précision



1,5%
vit sans aucun de ses 2 parents

* Sur l'ensemble des questionnaires remplis, 21 820 ont été suffisamment complétés pour être jugés recevables et analysables.

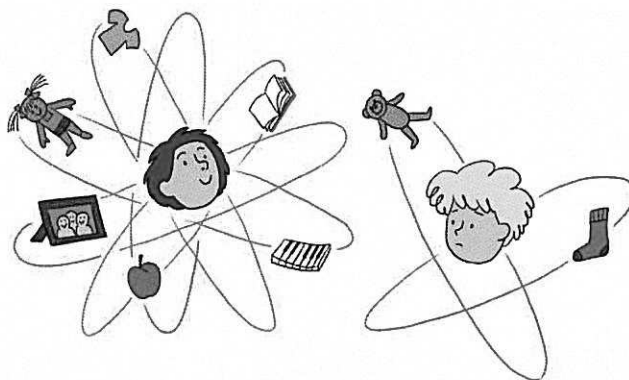
** L'âge et le genre sont deux variables nécessaires à l'analyse sociologique des réponses. Ce sont donc 19 778 questionnaires qui ont été analysés.

LES CONSTATS

1 L'AMPLEUR DES PRIVATIONS

Ne pas disposer des ressources et des conditions élémentaires pour mener une enfance ordinaire et grandir de façon harmonieuse, telle est la situation rencontrée par les enfants et adolescents qui subissent des privations. La Consultation nationale des 6-18 ans révèle que :

- ▶ 16,2 % des répondants sont en situation de privation matérielle ;
- ▶ 25,4% sont confrontés à des privations dans l'accès aux savoirs ;
- ▶ 22,8% subissent des privations alimentaires : des déterminants économiques et sociodémographiques viennent mettre en péril l'équilibre alimentaire de ces enfants ;
- ▶ 15,5% ne vont jamais chez le dentiste ou moins d'une fois tous les trois ans ;
- ▶ 19,2 % ne passent jamais ou rarement du temps avec des amis en dehors de chez eux et de l'école ;
- ▶ 44,4% ne pratiquent pas d'activité sportive en dehors de l'école ;



- ▶ 66,7% ne pratiquent pas d'activité culturelle.

Ces privations doivent aussi être interprétées au regard des attentes normatives auxquelles les enfants et adolescents se réfèrent et qui peuvent être sources d'anxiété lorsqu'ils constatent leur éventuel écart aux normes sociales. **Le caractère cumulatif de ces privations augmente le sentiment de dévalorisation, voire de mise à l'écart.**

2 LE DÉFICIT DE PROTECTION

Les privations sont, le plus souvent, associées, et parfois aggravées, par un déficit de protection. Être en sécurité et se sentir protégé, respecté, soutenu et aidé par ses proches sont des conditions essentielles pour l'épanouissement des enfants. **La Consultation nationale des 6-18 ans montre qu'environ 12 à 22% des participants se déclarent être en déficit de protection** – autrement dit, les conditions ne sont pas réunies pour qu'ils aient le sentiment de pouvoir compter sur leur entourage. Plus précisément :

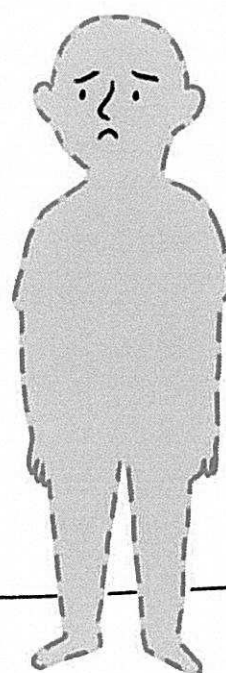
- ▶ 22,1% des répondants affirment être stressés ou angoissés, 14,1 % qu'il leur arrive d'être tristes ou de ne plus avoir goût à rien et, face à ces fragilités, 23,4% seulement en ont déjà parlé à un professionnel de santé ;
- ▶ 48,1% des participants déclarent qu'il leur arrive parfois de ne plus vouloir aller à l'école ;
- ▶ 64,7 % indiquent être angoissés ou s'inquiéter de ne pas réussir à l'école, confirmant le malaise de certains élèves à l'école et le bien-être peu répandu au sein des établissements scolaires ;
- ▶ 31,3% ont déjà subi des violences verbales de la part d'enfants ou d'adultes, 30 % ont déjà subi des violences physiques de la part d'autres enfants ou adolescents,



13,1% de la part d'adultes. Ces violences, qu'elles soient le fait de l'entourage ou d'institutions, redoublent le sentiment d'insécurité et de rejet, et ont des conséquences dramatiques sur la santé mentale des enfants.

Être en proie au déficit de protection peut avoir d'importantes conséquences psychologiques chez ceux qui le vivent et constitue une souffrance distincte et complémentaire des privations. **Ainsi, les enfants et adolescents en situation de privations matérielles ont 2,7 fois plus de risque d'être confrontés à un déficit de protection.**

3 LE REJET SOCIAL



L'enquête a aussi fait ressortir les différentes formes de rejet social auxquelles les enfants et adolescents peuvent être exposés. Le rejet social renvoie à la fois au sentiment d'être discriminé, que leurs droits ne sont pas respectés, au sentiment de ne pas être écouté ou que leur avis n'est pas suffisamment pris en compte, notamment s'agissant des décisions qui les concernent, et au sentiment d'être rejetés par les autres. **11,1% des enfants et adolescents ayant participé à la Consultation nationale des 6-18 ans font l'expérience d'un rejet social** – autrement dit, n'ont pas le sentiment de compter pour leur entourage, et pour la société plus globalement. Plus précisément :

- 25,4% des enfants et adolescents ayant participé n'ont pas le sentiment d'être écoutés par les adultes de leur école, participant ainsi à un sentiment de rejet et de défiance vis-à-vis des adultes à l'école ;
- 16,0% des répondants à la Consultation nationale des 6-18 ans estiment que leurs droits ne sont pas respectés dans

leur ville ou leur quartier, alors que l'égalité face aux droits est au fondement de la Convention internationale des droits de l'enfant (article 2) ;

- Les enfants et adolescents ayant participé à la Consultation nationale des 6-18 ans sont **24,7%** à ne jamais avoir entendu parler des droits de l'enfant, alors que la connaissance des droits est prévue par la Convention internationale des droits de l'enfant ;

Le rejet social s'articule et se cumule, souvent, avec les privations et le manque de protection. En effet, les enfants en situation de privation matérielle ont 2,5 fois plus de risque de rencontrer une forme de rejet social, et les enfants et adolescents en déficit de protection, 9,4 fois plus de risque.

Ensemble, les privations, le déficit de protection et le rejet social sont les trois dimensions structurelles, à la fois distinctes et complémentaires, de l'exclusion des enfants et adolescents.

4 LES DÉSAVANTAGES STRUCTURELS : DES RISQUES ÉLEVÉS DE CUMUL DE DIFFICULTÉS POUR CERTAINS ENFANTS ET ADOLESCENTS



Trois variables jouent en faveur ou défaveur des enfants et adolescents, selon leurs situations, sur les 3 composantes de l'exclusion sociale présentées ci-dessus : la situation familiale, le lieu de résidence et le type de logement.

Les enfants vivant en famille monoparentale

Les enfants vivant en famille monoparentale sont nettement plus exposés que les autres aux privations, au déficit de protection et au rejet social. Ces familles rencontrent des difficultés importantes et cumulatives et sont surexposées à la pauvreté. **Les enfants qui vivent en leur sein sont alors, eux aussi, davantage exposés aux privations, matérielles et sociales, ce qui a des conséquences réelles sur leur sentiment d'être protégés, mais aussi, et en conséquence, sur leur sentiment d'être acceptés et intégrés à la société.**

Les enfants résidant en quartier de la politique de la ville

Les enfants et adolescents qui vivent en quartier de la politique de la ville sont également nettement plus défavorisés que les autres en termes de cumul des privations, mais aussi en termes de déficit de protection et de rejet social. **En écho à la tendance structurelle de concentration de la pauvreté dans certains territoires, ce constat met en lumière le fait que les difficultés cumulatives dont font l'objet ces enfants et adolescents impactent très négativement leur quotidien et risquent de compromettre**

leur intégration sociale future. Ceci étant, le sentiment d'exclusion vécu par les enfants et adolescents résidant dans ces quartiers n'empêche pas leur perception d'un réel soutien, d'une vraie écoute et d'un respect sincère de la part de leur famille. **La famille constitue pour eux une ressource qui agit comme une forme de compensation à toutes les autres difficultés ressenties.**

Les enfants hébergés ou vivant en institution

La Consultation nationale des 6-18 ans met en exergue la vulnérabilité accrue et systématique des enfants et adolescents hébergés ou vivant en institution face à la pauvreté et l'exclusion sociale. **Le constat est celui d'un cumul extrême de difficultés chez ces enfants et adolescents, déjà en marge de la société, qui les place en proie à une trajectoire d'exclusion systématique, à l'âge adulte.**

Les privations, le manque de protection et le rejet social, conséquences de la pauvreté multidimensionnelle et de la fragilité des liens sociaux, compromettent profondément le bien-être des enfants et leur socialisation. **L'exclusion sociale apparaît dès l'enfance et s'enracine durablement.** Dès lors, cette analyse des formes d'exclusion dans l'enfance s'inscrit dans l'objectif de l'UNICEF France de faire des politiques publiques en faveur des enfants, notamment des plus vulnérables, une véritable priorité de l'action publique pour construire une société plus juste.

RECOMMANDATIONS DE L'UNICEF FRANCE



1

FAIRE DE LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION SOCIALE DES ENFANTS UNE
PRIORITÉ GOUVERNEMENTALE EN ADOPTANT UNE APPROCHE
MULTIDIMENSIONNELLE PRENANT EN COMPTE LA LUTTE CONTRE LES
PRIVATIONS MATÉRIELLES, LE DÉFICIT DE PROTECTION ET LE REJET SOCIAL

- ▶ À l'échelle nationale, mettre en place une gouvernance stable et interministérielle pour porter une stratégie pluriannuelle de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, contenant un axe spécifique sur les enfants et – à minima – maintenir les engagements du Pacte des Solidarités 2023-2027 ;
- ▶ À l'échelle locale, renforcer le portage politique transversal de la lutte contre la pauvreté des enfants, en mettant en place des mécanismes de coordination entre les services en charge des solidarités, de l'enfance/jeunesse et les associations partenaires ;
- ▶ Lutter activement contre le non-recours aux prestations sociales et familiales, en renforçant leur couverture et leur adaptation aux réalités des familles monoparentales davantage exposées à la pauvreté ;
- ▶ Lever les barrières d'accès aux services essentiels en favorisant le développement de la tarification sociale ou tout autre dispositif permettant de réduire le reste à charge des familles en situation de pauvreté, en simplifiant les démarches, en favorisant l'accompagnement des familles dans celles-ci et en s'assurant de la visibilité et de la lisibilité de l'offre de services existante et des aides disponibles ;
- ▶ Poursuivre les efforts engagés pour soutenir les collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la tarification sociale et la gratuité de la restauration scolaire afin de renforcer l'accès des enfants en situation de pauvreté à la cantine, véritable levier de lutte contre la précarité alimentaire ;
- ▶ Assurer l'accueil inconditionnel des familles sans domicile dans des dispositifs d'hébergement adaptés à leurs besoins et faciliter leur accès au logement ordinaire en renforçant la production et l'attribution de logements abordables ;
- ▶ Réduire le risque de rejet social qui affecte directement la santé mentale des enfants en luttant contre les stéréotypes de genre et les stéréotypes reposant sur les inégalités sociales en déployant un narratif spécifique, positif et non stigmatisant par le biais de campagnes nationales.



POURSUIVRE LES ACTIONS EN FAVEUR D'UNE MEILLEURE MESURE DE LA PAUVRETÉ DES ENFANTS ET RENFORCER LES CONNAISSANCES SUR SON CARACTÈRE MULTIDIMENSIONNEL

- ▶ Renforcer les indicateurs permettant de mesurer les différentes dimensions de la pauvreté des enfants, tant à l'échelle nationale que communale, et s'assurer de leur prise en compte dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques publiques ;
- ▶ Réaliser un état des lieux de la pauvreté multidimensionnelle des enfants vivant dans les territoires dits d'Outre-mer ;
- ▶ Mettre en œuvre un observatoire de l'exclusion liée au logement permettant l'observation sociale des besoins et l'identification des leviers d'action permettant d'y répondre ;
- ▶ Mettre en œuvre l'observatoire national de la non-scolarisation, engagement pris par la France dans le cadre de la Garantie européenne pour l'enfance.

FAIRE DU RESPECT DES DROITS DE L'ENFANT LA BOUSSOLE DE L'ACTION PUBLIQUE DESTINÉE AUX ENFANTS (EN PARTICULIER POUR LES PLUS VULNÉRABLES D'ENTRE EUX) ET ASSURER UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DE LEUR OPINION

- ▶ Protéger le droit des enfants à être entendus grâce à un cadre légal et à une gouvernance adaptée, sensibiliser, former et informer les adultes et les enfants sur le droit à la participation, tant au niveau national que local ;
- ▶ Abaisser l'âge de vote à 16 ans aux élections municipales afin de leur permettre de s'exprimer sur des problématiques qu'ils vivent au quotidien et lutter contre l'abstention en créant une habitude de vote ;
- ▶ Développer les espaces de participation qualitatifs des enfants à la vie politique et faciliter l'accès des enfants aux dispositifs déjà existants ;
- ▶ Déployer à grande échelle le programme École amie des droits de l'enfant, proposé par l'UNICEF France, au sein des écoles élémentaires afin notamment de prendre en compte la parole des enfants dans l'amélioration du climat scolaire et la lutte contre les exclusions ;
- ▶ Mettre en place des mécanismes inclusifs, soutenus par des ressources humaines et financières appropriées, pour favoriser la participation des enfants en situation d'exclusion à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de politiques qui les concernent ;
- ▶ Poursuivre la lutte contre toutes les formes de discriminations, notamment pour les publics particulièrement exposés (filles, adolescents, enfants vivant dans les institutions...).

POURSUIVRE LES EFFORTS POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES MONOPARENTALES

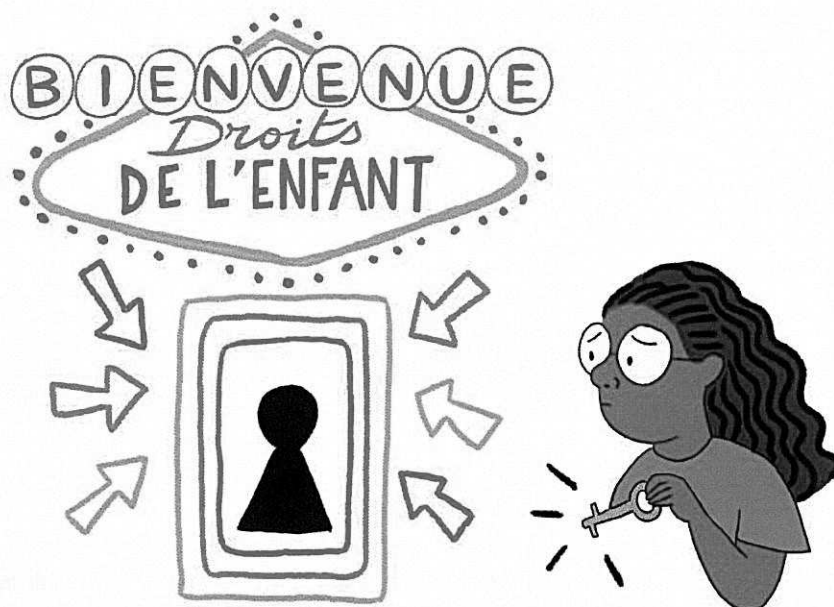
- ▶ Favoriser une meilleure appréhension de la précarité des familles monoparentales en révisant les échelles d'équivalence de niveau de vie sur lesquelles reposent les barèmes des transferts sociaux et qui sont actuellement construites sur la base des couples ;
- ▶ Poursuivre les efforts d'adaptation du système de protection sociale aux réalités des familles monoparentales pour augmenter leur niveau de vie ;
- ▶ Créer un statut "parent isolé" permettant, entre autres, l'ouverture de droits spécifiques afin de renforcer l'accès des enfants issus de familles monoparentales à certains services tels que la restauration scolaire, les activités périscolaires, les activités sportives et culturelles, les transports publics, etc. ;
- ▶ Renforcer la prise en compte des situations de monoparentalité dans les politiques d'accès au logement.

MAINTENIR ET RENFORCER L'ATTENTION PUBLIQUE SUR LES QUARTIERS DITS « PRIORITAIRES »

- ▶ Porter une attention spécifique à l'accès des services et dispositifs de droits communs des enfants, adolescents et familles résidant dans les quartiers dits prioritaires (accès et fréquentation de la restauration scolaire, au périscolaire, à l'extrascolaire, aux activités de loisirs, aux transports...) ;
- ▶ Garantir l'accessibilité des démarches administratives pour les familles résidant dans les quartiers de la politique de la ville et assurer leur orientation par un accompagnement social global ;
- ▶ Mettre en place des politiques publiques spécifiques, avec un budget alloué, pour renforcer l'inclusion des enfants et des adolescents des quartiers politiques de la ville et lutter contre le rejet social ;
- ▶ Lutter contre les idées reçues sur la place qu'occupent les familles dans ces quartiers, qui assurent – autant que dans les autres territoires – leur rôle de soutien auprès des enfants et adolescents.

RENFORCER LA PRÉVENTION DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES, L'ACCÈS AUX MÉCANISMES DE SIGNALEMENT EN CAS DE MALTRAITANCE - Y COMPRIS AU SEIN DES INSTITUTIONS - ET AMÉLIORER LA PROTECTION DES ENFANTS CONFIÉS

- ▶ Investir dans la prévention des maltraitements intrafamiliaux par la mobilisation de l'ensemble des services médico-sociaux de proximité, le renforcement des dispositifs "1000 premiers jours" et des actions de soutien à la parentalité ;
- ▶ Renforcer la sensibilisation des enfants à leurs droits, aux discriminations et à la détection des violences subies ou observées ; s'assurer qu'ils connaissent les services disponibles ainsi que les réflexes à adopter en élaborant des supports d'information diversifiés, adaptés à leur âge, et diffusés dans des lieux stratégiques ou sur les canaux qu'ils privilégient – l'implication des enfants dans la création de ces supports est primordiale pour s'assurer qu'ils répondent à leurs besoins et pour encourager leur appropriation ;
- ▶ Alors qu'en 2022, sur 390 414 appels entrants au 119, seulement 26 051 ont été transférés à un écoutant professionnel et que 45,1 % des appels reçoivent une invitation à rappeler, il est indispensable de renforcer les moyens humains et financiers du SNATED, de favoriser l'attractivité du métier d'écouteur et de soutenir financièrement les associations qui assurent un relai ;
- ▶ Établir un bilan statistique détaillé du nombre d'enquêtes administratives et judiciaires ouvertes et clôturées pour des faits de maltraitance commis à l'encontre des enfants, ainsi que du nombre de signalements recueillis par celles-ci et le Défenseur des droits, et des suites disciplinaires et judiciaires données ;
- ▶ Élaborer une nouvelle stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance, accompagnée de budgets à la hauteur des besoins identifiés ; renforcer les ressources humaines, financières et infrastructurelles pour assurer une prise en charge en protection de l'enfance respectueuse des droits fondamentaux des enfants, pour lutter contre la non-exécution des mesures d'assistance éducative ou encore la mobilité contrainte et les multiples changements de lieux d'accueil provisoires ;
- ▶ Poursuivre le renforcement des moyens de la justice des mineurs et recruter 235 juges des enfants supplémentaires afin d'atteindre la norme de référence de 325 dossiers suivis par juge, et garantir la présence d'un greffier auprès de chaque juge ;
- ▶ Assurer l'accessibilité de mécanismes de signalement indépendants et effectifs pour des faits commis au sein d'institutions, notamment via le Défenseur des droits, et leur communication directe aux enfants et à leurs parents, le cas échéant ;
- ▶ Former l'ensemble des professionnels en charge de l'enfance/jeunesse à la lutte contre les violences envers les enfants et aux mécanismes à mettre en place dans le cas où une violence envers un enfant serait constatée.



Depuis 2013, plus de 120 000 enfants et jeunes ont déjà donné leur avis sur l'exercice de leurs droits en France !

Retrouvez les résultats des éditions précédentes
de la Consultation nationale des 6-18 ans sur :
www.unicef.fr/consultation

Pour plus d'informations sur l'organisation
de la Consultation nationale, rendez-vous sur :
<https://my.unicef.fr/>
ou contactez-nous directement :
consultation.nationale@unicef.fr

Pour découvrir l'intégralité du rapport
de la Consultation nationale des 6-18 ans 2024





Mineurs hospitalisés en psychiatrie : comment mieux garantir les droits des enfants ?

Publié le 10 décembre 2025

Temps de lecture 3 minutes

Par : La Rédaction

Les visites d'établissements de santé mentale ou les signalements adressés au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) révèlent de nombreuses atteintes aux droits fondamentaux des enfants, notamment la liberté d'aller et venir.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a publié, au Journal officiel du 4 décembre 2025, un avis relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale.

Dans quelles conditions les enfants sont-ils admis en psychiatrie ?

Un mineur peut être admis en soins psychiatriques, sous forme d'hospitalisation complète :

- à l'initiative des titulaires de l'autorité parentale ;
- sur décision du juge des enfants après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, si la santé du mineur est en danger et si sa protection l'exige (ou sur décision du procureur de la République, en cas d'urgence) ;
- sur décision du préfet lorsqu'il est atteint de troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Dans les deux premiers cas, les enfants sont hospitalisés "en soins libres", dans le troisième cas ils sont hospitalisés en "soins sans consentement".

Selon les termes de l'avis : "le CGLPL constate fréquemment que des mineurs en hospitalisation libre font l'objet d'isolement et de contention, particulièrement lorsqu'ils sont pris en charge dans des services pour adultes, où ils sont parfois

hébergés à temps complet en chambre d'isolement". Or, souligne le CGLPL, cette privation de liberté est illégale hors du cadre des soins sans consentement.

Quelles sont les préconisations du CGLPL ?

Selon le CGLPL, sauf s'il fait lui-même la démarche de se faire hospitaliser en psychiatrie, un enfant ne donne jamais réellement son consentement, même dans le cadre d'une hospitalisation "en soins libres".

Le CGLPL demande l'instauration d'un statut unique pour tous les enfants hospitalisés en psychiatrie. Le statut du mineur hospitalisé devra répondre aux exigences de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), notamment :

- recueillir systématiquement le consentement du mineur dès son admission ;
- informer l'autorité judiciaire pour toute admission d'un enfant non consentant et faire rapidement contrôler la mesure par le juge ;
- assurer au mineur l'accès à une assistance juridique et lui permettre de pouvoir contester la légalité de sa privation de liberté devant un tribunal (ou une autre autorité compétente) ;
- préserver les liens de l'enfant avec sa famille ;
- protéger le mineur contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales ;
- séparer l'enfant des adultes ;
- garantir au mineur son droit à l'éducation.

Le C G L P L r e c o m m a n d e é g a l e m e n t
réhabilitation de la pédopsychiatrie afin d'assurer aux enfants admis en psychiatrie
l'accès à des soins de qualité.