Consultation Nationale

Exprimer. Écouter. Agir.

unicef

pour chaque enfant



SANTÉ MENTALE DES 3-18 ANS : ENTRE VULNÉRABILITÉS, VIOLENCES ET MANQUE DE SOUTIEN, QUELLE EFFECTIVITÉ DES DROITS ?



7E ÉDITION DE LA CONSULTATION NATIONALE

NOVEMBRE 2026

RAPPORT

SOMMAIRE

PRÉFACE 6

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION 8

ÉTUDE MENÉE AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DE 6 À 18 ANS 9

1. CONCEPTION ET DÉPLOIEMENT DE LA DÉMARCHE 10
2. CADRE THÉORIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES 18

LES RÉSULTATS

3. DES DROITS DE L'ENFANT ENCORE LOIN D'ÊTRE PLEINEMENT RESPECTÉS ... 20
4. LA SANTÉ MENTALE, MIROIR DES INÉGALITÉS VÉCUES PAR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS 25
5. LE SOUTIEN : PREMIER REMPART CONTRE LE MAL-ÊTRE, POURTANT INÉGALEMENT ACCESSIBLE 32
6. VIOLENCES ET EXPÉRIENCES ADVERSES : DES CONSÉQUENCES LOURDES SUR LA SANTÉ MENTALE DE NOMBREUX ADOLESCENTS 43

ÉTUDE PILOTE MENÉE AUPRÈS D'ENFANTS DE 3 À 5 ANS 50

7. UNE MÉTHODOLOGIE À HAUTEUR D'ENFANT 51

LES RÉSULTATS

8. L'ÉCOLE : ENTRE JOIE, INQUIÉTUDES ET RECHERCHE DE SOUTIEN 57
9. UN QUOTIDIEN MARQUÉ PAR LES PLAISIRS ET LES PEURS 58
10. LES PROCHES QUI COMPTENT : PARENTS, FRATRIE, GRANDS-PARENTS ET AUTRES FIGURES DE RÉCONFORT 60
11. LES VIOLENCES DES ADULTES DE LA FAMILLE ET DE L'ÉCOLE, AMBIVALENCE DES LIENS ET CONFLITS DANS LA FRATRIE 61

▸ FOCUS : ENJEUX DE REPÉRAGE ET DE PROTECTION DES ENFANTS RAPPORTANT DES VIOLENCES 65

12. DES RÉSEAUX DE SOUTIEN RICHES ET COMPOSITES, ESSENTIELS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS 66

CONCLUSION GÉNÉRALE 72

REGARDS D'EXPERTS : SOUTIEN ET PROTECTION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS 74

LES RECOMMANDATIONS DES ADOLESCENTS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES GÉNÉRATIONS 77

LES RECOMMANDATIONS DE L'UNICEF FRANCE..... 80

ANNEXES 88

COLLABORATIONS

L'UNICEF France a pensé la Consultation nationale, a développé les hypothèses et indicateurs de recherche, a validé la méthodologie de collecte de données, a facilité le déploiement de la démarche, a formulé les recommandations et a validé le rapport. Pour la partie de l'étude portant sur les enfants et adolescents de 6 à 18 ans, l'UNICEF a également assuré le déploiement de la démarche et la collecte des données par questionnaires, organisé et contribué à l'animation des groupes de discussion auprès des adolescents et a conduit les interviews avec les experts.

La sélection de l'échantillon de participants, la collecte de données auprès de ces derniers et la coordination de celle-ci, l'exploitation des données recueillies et leur analyse ainsi que la rédaction du rapport ont été assurées par l'équipe de recherche associée à l'étude pilote menée auprès des enfants de 3 à 5 ans.

L'exploitation statistique et l'analyse des données ainsi que la rédaction du rapport ont été réalisées par l'équipe de chercheurs associée à la partie de l'étude qui concerne les enfants et les adolescents de 6 à 18 ans. Ces derniers ont également contribué à la collecte de données qualitatives (groupes de discussion) et ont réalisé les analyses des données collectées par ce biais.

ÉQUIPES DE RECHERCHE

Étude conduite auprès des 6-18 ans

Aziz Essadek

Maître de conférences en psychologie à l'Université Paris Cité. Rattaché au laboratoire CRPMS. Membre de l'Institut Universitaire de France.

Thèmes de recherche : la protection de l'enfance et les vulnérabilités psychosociales, les psychotraumatismes et traumatismes complexes, l'articulation psychanalyse et approches quantitatives contemporaines.

Cédric Galera

Professeur des universités et praticien hospitalier, pédopsychiatre et épidémiologiste, à l'Université de Bordeaux, à l'hôpital Charles-Perrens et au centre INSERM Bordeaux Population Health.

Thèmes de recherche : l'épidémiologie de la santé mentale des jeunes, les conséquences à long terme des troubles psychiatriques de l'enfance, les facteurs de risque et de protection précoces.

Emmanuelle Toussaint

Psychologue clinicienne. Docteure en psychologie et chercheure associée à l'Université de Nantes.

Thèmes de recherche : les relations d'attachement, la périnatalité, la qualité de vie et le bien-être des enfants dans leurs différents contextes de vie.

Étude pilote conduite auprès des 3-5 ans

Fabien Bacro

Professeur de psychologie de la santé, de l'éducation et du développement à Cergy Paris Université. Rattaché au laboratoire Cognitions Humaine et Artificielle (CHArt). Membre d'EnJeux - Pôle universitaire ligérien d'études sur l'enfance-jeunesse.

Thèmes de recherche : les relations d'attachement, la sécurité affective et le bien-être des enfants dans leurs différents contextes de vie.

Charlotte Coudronnière

Maîtresse de conférences en psychologie du développement à l'Université de Nantes. Rattachée au Centre de Recherche en Éducation de Nantes (CREN, EA 2661). Membre d'EnJeux - Pôle universitaire ligérien d'études sur l'enfance-jeunesse.

Thèmes de recherche : la qualité de vie et le bien-être des enfants dans leurs différents milieux, le handicap et les déficiences intellectuelles des enfants, l'inclusion scolaire.

Astrid Abel

Étudiante en master 2 Études sur l'enfance et la jeunesse à l'Université d'Angers.

Titre de mémoire : « La parole des jeunes enfants en Guadeloupe : écouter, comprendre et prendre en compte leur vécu. »

REMERCIEMENTS

Étude conduite auprès des 6-18 ans

Les enfants et les adolescents, pour avoir participé à l'enquête, ainsi que **l'ensemble des structures partenaires**, pour leur mobilisation pour la diffusion et l'accompagnement des enfants et des adolescents dans leur participation.

Sarah El Haïry, Haute-commissaire à l'Enfance, et **Soprano**, chanteur et ambassadeur de l'UNICEF France, **marraine et parrain de la 7e édition de la Consultation nationale**, pour avoir largement diffusé la démarche, avoir été à la rencontre des enfants et des adolescents dans ce cadre et avoir répondu à leurs questions sur la santé mentale.

Pour avoir donné leurs éclairages complémentaires sur les soutiens à apporter aux figures de soutien pour favoriser la santé mentale des enfants et des adolescents, en entretiens :

- **Céline Greco**, cheffe du service de médecine de la douleur et médecine palliative de l'hôpital Necker-Enfants (AP-HP), présidente de l'association IM'PACTES et présidente du comité scientifique permanent pour la refondation de la protection de l'enfance.
- **Christophe Marsollier**, inspecteur général de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) et chercheur associé au laboratoire B.O.N.H.E.U.R.S. de l'Université de Cergy.
- **Marie-Rose Moro**, pédopsychiatre, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Cité et cheffe de service de la Maison de Solenn (Mai-son des adolescents de l'hôpital Cochin (AP-HP)).
- **Charlène Quetron**, responsable de la mission Accueil des Familles chez Emmaüs France, et **Marion Gonçalves**, chargée de développement du projet « Naître et grandir » chez Emmaüs Solidarité.
- **Denis Roth-Fichet**, secrétaire général de la Ciivise, et **Laura Canitrot**, cheffe de projet juridique à la Ciivise.

Fanny Dargent, psychanalyste, professeure de psychopathologie clinique à l'université Paris-Cité et directrice du CRMPS, et **Clara Duchet**, maîtresse de conférences en psychologie à l'Université Paris Cité et psychologue clinicienne, pour avoir contribué à la collecte de données qualitatives auprès d'adolescents à Mayotte, lors d'un groupe de discussion.

UNICEF Office of Strategy and Evidence Innocenti, pour avoir contribué et accompagné le cadrage méthodologique de l'étude.

Les administrations centrales (DGCS, DGS, DGOS) et au **Haut-commissariat à l'Enfance** pour leurs observations et commentaires sur les recommandations de l'UNICEF France.

Petit BamBou Foundation pour sa contribution à la diffusion de la démarche et à son financement.

Novo Nordisk pour sa contribution financière à la mise en œuvre de la démarche.

Étude pilote conduite auprès des 3-5 ans

Les enfants, pour avoir participé à l'enquête, et les écoles maternelles associées à la démarche, pour avoir accepté la réalisation de l'enquête auprès de leurs élèves et avoir facilité sa mise en œuvre.

EnJeux, Pôle universitaire ligérien d'études sur l'enfance-jeunesse, pour son aide dans l'identification des chercheurs associés au projet et sa contribution financière au déplacement de deux des chercheurs en Guadeloupe, pour la réalisation de l'étude.

L'Académie de Guadeloupe, pour le recrutement d'Astrid Abel comme stagiaire, permettant ainsi la réalisation du recueil de données en Guadeloupe.

© Comité français pour l'UNICEF (UNICEF France).
Novembre 2026
Ce document est soumis aux droits d'auteur, mais peut être utilisé librement à des fins de campagne, d'éducation et de recherche moyennant mention complète de la source.

Illustrations : Clémence Delorme
Conception graphique : David Iglesias
Secrétaire de rédaction : Catherine Biros
Traitement des données : CORTEX
Impression : L'Imprimerie solidaire

Direction de publication
Adeline Hazan, présidente de l'UNICEF France

Direction éditoriale
Lucile Grosjean, directrice de la Communication, du Plaidoyer et des Programmes
Silvia Molinari, responsable Planification, Monitoring, Evaluation et Recherches

Coordination rédactionnelle et éditoriale
Jeanne Royer, coordinatrice Planification, Monitoring, Evaluation et Recherches

Contributions
Marie Caballina, chargée de communication institutionnelle
Pôle **Plaidoyer France**

PRÉFACE

Écouter un enfant n'est jamais un geste symbolique. C'est accepter que sa parole nous oblige. C'est tout le mérite de cette 7e Consultation nationale de l'UNICEF France : avoir choisi de partir non pas de ce que nous, adultes, supposons du bien-être des enfants, mais de ce qu'eux-mêmes nous disent de leur vie, de leurs émotions, de leurs peurs, de leurs relations et de leurs besoins.

Plus de 23 000 enfants et adolescents ont ainsi été entendus, et pour la première fois, cette consultation donne aussi une place aux enfants de 3 à 5 ans. Cette avancée est considérable. Elle vient rappeler une évidence que notre société oublie encore trop souvent : **il n'y a pas d'âge pour avoir quelque chose à nous dire. Il n'y a pas d'âge pour avoir le droit d'être entendu.**

J'ai eu l'honneur d'être la marraine de cette édition. J'ai surtout eu la chance d'aller à la rencontre de ces enfants et de ces adolescents. Leur parole est souvent lucide, parfois rude, toujours précieuse. Et ce rapport nous demande désormais d'en tirer toutes les conséquences.

Ce qu'ils nous disent dépasse largement la seule question du soin. La santé mentale d'un enfant se construit dans la totalité de son environnement : dans sa famille, à l'école, dans ses relations avec les autres, dans le sentiment d'être en sécurité, dans ses conditions matérielles de vie, mais aussi dans la possibilité de parler et d'être entendu. Le rapport montre ainsi combien santé mentale et effectivité des droits sont intimement liées.

C'est un changement de regard essentiel. **Nous ne pouvons pas demander aux enfants d'aller bien dans des environnements qui, parfois, les font aller mal.** Nous ne pouvons pas parler de santé mentale sans parler de violences, de harcèlement, de discriminations, de précarité, de solitude. Nous ne pouvons pas demander à un enfant de verbaliser sa souffrance si aucun adulte n'est disponible pour l'entendre. Nous ne pouvons pas l'inciter à demander de l'aide si, lorsqu'il trouve enfin le courage de parler, sa parole est minimisée, mise en doute ou renvoyée à plus tard.

Cette consultation nous confronte aussi à une grave responsabilité. Dans leurs mots d'enfants surgissent parfois les violences des adultes, les conflits, la peur. Elle porte, à cet égard, un message absolument essentiel : **protéger la santé mentale des enfants, c'est d'abord construire autour d'eux un monde qui les protège.**

Dans une école, un club de sport, un établissement de santé, un lieu d'accueil, un service de protection de l'enfance, sur Internet comme dans une famille, aucun enfant ne devrait avoir à chercher seul l'adulte qui saura l'écouter, le croire et agir. **Cette conviction doit devenir une doctrine collective.**

C'est pourquoi la politique de l'enfance ne peut plus être pensée comme une succession de dispositifs étanches. Santé mentale, protection contre les violences, éducation, lutte contre la pauvreté, inclusion, soutien à la parentalité, numérique : pour un enfant, ces sujets ne sont jamais séparés. Il n'existe qu'une seule vie d'enfant. À nous de construire autour de lui une chaîne de protection et de soutien qui soit aussi cohérente que sa vie est indivisible.

Cette exigence suppose aussi de changer notre manière de fabriquer les politiques publiques. Nous produisons beaucoup de données sur les enfants. Nous devons apprendre davantage à produire les politiques publiques avec eux. L'article 12 de la Convention internationale des droits de l'enfant ne fait pas de leur participation une faveur accordée par les adultes : il en fait un droit. Cette Consultation nationale en apporte une démonstration concrète, jusque chez les enfants de maternelle.

Je veux enfin remercier l'UNICEF France, les chercheurs, les professionnels, les collectivités, les associations, les établissements et l'ensemble des structures qui ont permis cette mobilisation. Je veux surtout remercier les enfants et les adolescents qui ont accepté de nous confier une part de leur quotidien.

À eux, nous devons désormais davantage que des remerciements.

Nous leur devons des actes.

Parce qu'une société qui demande aux enfants de parler doit être capable de les écouter.

Parce qu'une société qui les écoute doit être capable de les protéger.

Et parce que la **manière dont nous prenons soin de la santé mentale, de la sécurité et de la parole de nos enfants dit, au fond, le monde que nous voulons construire.**

Sarah El Haïry,
Haute-commissaire à l'enfance.



© Haut-commissariat à l'enfance

AVANT-PROPOS

Comment soutenir et protéger les enfants et les adolescents sans leur demander ce qu'ils ressentent, ce qu'ils vivent, ce qui les inquiète ou les aide à surmonter les difficultés qu'ils rencontrent ? Et que nous disent-ils de leur santé mentale lorsque nous prenons réellement le temps de les écouter ? À l'heure où la santé mentale des jeunes générations s'impose comme une préoccupation majeure, érigée en grande cause du quinquennat, ces questions apparaissent plus essentielles que jamais.

C'est à cette nécessité d'écouter directement les enfants et les adolescents sur leur santé mentale que répond la 7e édition de la Consultation nationale dans un moment particulièrement symbolique : à la veille de la Journée internationale des droits de l'enfant, alors que l'UNICEF célèbre ses 80 ans, et à quelques mois d'une nouvelle élection présidentielle en France.

En 1946, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la création de l'UNICEF portait un choix fondateur : celui de faire de la protection et du bien-être de chaque enfant une responsabilité collective. Ce choix a depuis été consacré par la Convention internationale des droits de l'enfant, qui fait **des droits de l'enfant non pas une aspiration, mais une obligation pour les États, et des enfants, non pas des objets mais des sujets de droit à part entière** qui doivent être consultés sur les décisions qui les concernent.

Quatre-vingts ans plus tard, cette exigence reste plus que jamais d'actualité. **Le quotidien et l'avenir des enfants se jouent dans les choix faits aujourd'hui** : dans les lois et les politiques publiques, dans les budgets et les investissements, mais aussi dans la capacité de nos sociétés à garantir à chaque enfant les conditions nécessaires pour grandir, apprendre, être protégé et se construire en bonne santé. Ces décisions ne peuvent pas être prises sans entendre ce que les premiers concernés ont à nous dire.

C'est précisément le sens de la Consultation nationale. **Depuis plus de dix ans, la Consultation nationale de l'UNICEF France donne à des milliers d'enfants et d'adolescents la possibilité de faire entendre leur voix sur les sujets qui les concernent**, pour mieux comprendre et répondre à leurs besoins et à leurs attentes. **Pour cette 7e édition, ils ont été interrogés sur leur santé mentale**, un sujet qui ne peut être appréhendé à travers la seule question des troubles ou de la prise en charge. **Le bien-être des enfants et des adolescents ne dépend pas uniquement de caractéristiques psychologiques individuelles** : parler de santé mentale des enfants et des adolescents, c'est aussi s'intéresser à leurs conditions de vie, à leurs relations avec les autres, à leur environnement, à leur sentiment de sécurité, aux violences ou discriminations qu'ils peuvent rencontrer, aux ressources et soutiens dont ils disposent ; en un mot, à la manière dont leurs droits sont respectés au quotidien. **La santé mentale est un enjeu majeur des droits de l'enfant**, du droit à la santé bien sûr, mais aussi comme condition et conséquence de leur pleine application. En lien avec la Convention internationale des droits de l'enfant, cette approche par les droits nous invite à considérer toutes les dimensions de la vie des enfants et des adolescents comme interdépendantes et à reconnaître la responsabilité collective dans le bien-être de ces derniers. **La santé mentale est indissociable de la manière dont une société permet à chaque enfant de grandir et de se développer.**

Les enseignements de cette 7e édition de la Consultation nationale confirment toute la richesse de la parole des enfants et des adolescents et montrent combien **leurs perceptions apportent un éclairage complémentaire et indispensable aux connaissances produites à partir du regard des adultes.** Les pages qui suivent nous invitent ainsi à une certaine forme d'humilité : celle qui consiste à reconnaître que **les enfants et les adolescents possèdent une expertise unique sur leur propre vie et que les écouter est un impératif** pour mieux les comprendre, mieux les soutenir et mieux garantir le respect de leurs droits.

Garantir la santé mentale et le bien-être des enfants et des adolescents ne relève pas d'une seule politique ni d'un seul secteur et suppose d'agir, de les protéger et de les soutenir dans l'ensemble des environnements dans lesquels ils grandissent. **À l'heure où notre pays s'apprête à faire des choix qui engageront son avenir à l'occasion des prochaines élections, écouter ce que les enfants vivent et pensent et les placer au cœur des décisions qui les concernent s'impose.**

Car les choix que nous faisons aujourd'hui façonnent le monde dans lequel les enfants grandiront demain.

Adeline Hazan,
Présidente de l'UNICEF France.



© Benjamin Decoin

INTRODUCTION

LA CONSULTATION NATIONALE : UN EXERCICE DE PARTICIPATION D'UNE AMPLEUR INÉDITE

D'octobre 2025 à mars 2026, partout en France, des milliers d'enfants et d'adolescents ont été invités à faire entendre leur voix sur leurs droits et, plus précisément, sur leur santé mentale. Ils ont ainsi pris part à la Consultation nationale de l'UNICEF France, une démarche que l'UNICEF France mène tous les deux ans depuis 2013 et qui vise à recueillir directement la parole des enfants et des adolescents sur leurs droits ainsi que sur les réalités de leur quotidien et de leurs expériences. Depuis son lancement, plus de 140 000 enfants ont été interrogés. Dans cette édition 2025-2026, à travers des méthodes quantitatives et qualitatives, **la parole de plus de 23 000 enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans, résidant dans plus de 1 900 villes différentes, a été recueillie.**

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de **la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), qui reconnaît, en son article 12, à chaque enfant le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question le concernant et de voir cette opinion prise en considération.** Elle répond également à un constat récurrent : si de nombreuses données existent sur les enfants, celles-ci sont encore souvent produites à travers le regard des adultes qui les entourent. **Les travaux recueillant directement les perceptions et les ressentis des enfants et des adolescents eux-mêmes demeurent peu nombreux**, particulièrement lorsqu'il s'agit de documenter leur bien-être. Écouter les enfants et les adolescents ne constitue pas seulement une démarche de recherche encore trop peu développée et permettant pourtant de combler un manque de connaissances, **il s'agit également d'une exigence liée à la reconnaissance de leur statut de sujets de droit.** La Consultation nationale représente, en cela, une vraie opportunité et une réelle avancée pour la mise en œuvre du droit des enfants à être entendus.

L'INTÉGRATION INÉDITE DES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS À LA DÉMARCHE

Le droit de chaque enfant à être entendu et à participer aux questions qui le concernent ne dépend pas de son âge et est acquis dès la naissance. **Pourtant, les plus jeunes demeurent encore largement absents des dispositifs de consultation et de production de connaissances qui les concernent** et sont rarement interrogés directement sur leurs expériences, leurs émotions ou leur bien-être. Les données issues de leur parole directe sont quasi inexistantes.

La 7e édition de la Consultation nationale de l'UNICEF France marque ainsi une étape inédite. Pour la première fois depuis son lancement, une étude pilote a été menée auprès d'enfants âgés de 3 à 5 ans, parallèlement à la consultation des enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans, afin de recueillir directement leur vécu, sans l'intermédiaire d'adultes, et de mieux prendre en compte leur point de vue sur les sujets qui les concernent. Cette étude rappelle ainsi que, dès lors que les conditions nécessaires à l'exercice sont réunies, la parole des jeunes enfants peut aussi être prise en compte.

Les résultats de cette enquête d'une ampleur sans pareille en France, par le nombre de répondants et les tranches d'âge couvertes, contribuent à éclairer les politiques publiques, aux niveaux national et territorial, en associant les enfants et les adolescents à la formulation des recommandations auprès des décideurs. Ils permettent aussi d'identifier des **pistes d'évolution des pratiques au sein des institutions et structures** œuvrant en faveur des droits des enfants et des adolescents. Cette double démarche offre un regard innovant sur la santé mentale tout au long de l'enfance.

UNE ÉDITION CONSACRÉE À LA SANTÉ MENTALE

La 7e édition de la Consultation nationale est consacrée à la santé mentale des enfants et des adolescents. Ce choix s'inscrit dans un contexte marqué par la dégradation de la santé mentale des jeunes et par une attention croissante portée à cette question dans les politiques publiques, la recherche et le débat public. **La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, mais aussi un enjeu relatif aux droits de l'enfant.** Elle ne se réduit pas à l'absence de troubles psychiques et renvoie plus largement à la capacité et à la possibilité pour chaque enfant de se développer dans de bonnes conditions et de voir ses droits respectés.

Cette approche fondée sur les droits invite à dépasser une lecture exclusivement individuelle ou médicale de la santé mentale. Les expériences relationnelles, les conditions matérielles de vie, le sentiment de sécurité, les possibilités de participation, le respect des droits, l'accès aux ressources de soutien ou encore les environnements familiaux, scolaires et sociaux dans lesquels les enfants évoluent constituent autant de dimensions susceptibles de soutenir ou, au contraire, de fragiliser leur bien-être psychologique. La santé mentale est étroitement liée aux conditions dans lesquelles les enfants grandissent et aux ressources dont ils disposent pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. **Il apparaît ainsi essentiel d'interroger l'ensemble des dimensions de leur vie pour appréhender pleinement la question de leur bien-être.**

Cette étude s'inscrit en complémentarité des travaux menés sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Son originalité réside dans son approche : donner directement la parole aux principaux concernés, les enfants et les adolescents, pour répondre aux questions soulevées et éclairer les hypothèses qui constituent le fil conducteur de la démarche.

ÉTUDE MENÉE AUPRÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS DE 6 À 18 ANS

1 – CONCEPTION ET DÉPLOIEMENT DE LA DÉMARCHE

La participation à la partie de la 7e édition de la Consultation nationale de l'UNICEF France concernant les enfants et les adolescents de **6 à 18 ans** était ouverte à toutes celles et tous ceux qui correspondaient à cette tranche d'âge et résidaient en **France (Outre-mer compris), entre le 6 octobre 2025 et le 9 mars 2026.** Celle-ci était **anonyme, confidentielle,** mais aussi **volontaire** (aucune donnée permettant d'identifier les participants recueillie, réponses traitées de manière confidentielle, liberté de participer ou non, ou d'interrompre la participation). La participation à l'enquête nécessitait aussi une **autorisation parentale** ou des **représentants légaux** (voir page 12).

Cette édition de la Consultation nationale repose sur une méthodologie **mixte associant un volet quantitatif**, fondé sur des questionnaires auto-administrés (c'est-à-dire auxquels les enfants répondent en autonomie), **et un volet qualitatif**, fondé sur des groupes de discussion avec des adolescents. Le dispositif vise à recueillir directement leur perception de leurs droits, de leurs conditions de vie, de leur santé mentale, de leurs ressources de soutien et, pour une sous-population adolescente, des adversités vécues.

Les questionnaires étaient disponibles en ligne ou en version papier, et les réponses issues de ces deux modalités ont été harmonisées avant l'analyse. La version en ligne était accessible à tous les enfants et adolescents, qui pouvaient y répondre en autonomie. La version papier était disponible pour les enfants et les adolescents qui répondaient par l'intermédiaire d'une structure partenaire de la démarche. Ces structures pouvaient aussi proposer le format en ligne du questionnaire à leur public. Quelle que soit la modalité de participation, les enfants et les adolescents devaient **répondre seuls** ou, en cas de difficulté, l'appui d'un adulte ne devait **ni biaiser les réponses que l'enfant souhaitait donner, ni entraver le principe fondamental de confidentialité** de la participation.

01 LA DIFFUSION DE LA DÉMARCHE

La démarche a été diffusée via les différents canaux de **communication de l'UNICEF France** auprès de son réseau (réseaux sociaux, newsletters, sites internet…). La mobilisation des structures partenaires de la démarche a aussi permis la large diffusion de celle-ci, du questionnaire en ligne et des informations nécessaires à la participation auprès de leur public et de leurs réseaux.

D'autres **relais institutionnels ou d'influence** se sont également mobilisés, à l'image de la **Haute-commissaire à l'enfance, Sarah El Haïry**, ou du chanteur **Soprano**, respectivement marraine et parrain de la présente édition de la Consultation nationale.

L'objectif était ici d'offrir **l'opportunité au plus grand nombre d'enfants et d'adolescents de faire entendre leur voix** sur les sujets qui les concernent et de recueillir leurs expériences et leurs perceptions. Le choix d'une **participation libre et volontaire** répondait ainsi à un principe central de la Consultation nationale : permettre à chaque enfant et adolescent qui le souhaite de s'exprimer et de faire valoir son **droit à être entendu**. Restreindre la participation à un échantillon défini à l'avance, même construit pour être représentatif de la population des enfants et adolescents vivant en France, aurait limité cette possibilité. L'ambition était ainsi de disposer d'un nombre suffisamment important de réponses pour faire émerger des tendances et des enseignements robustes au sein de l'échantillon des participants. **En raison des modalités de diffusion de l'enquête, l'échantillon de répondants ne peut donc être considéré comme représentatif de l'ensemble des enfants et des adolescents vivant en France.** Les résultats décrivent les situations des répondants à la 7e édition de la Consultation nationale et doivent être interprétés comme des signaux et des associations au sein de cet échantillon, non comme des estimations de prévalence nationale.

02 LES PARTICIPANTS

Au total, **23 552 participations** d'enfants et adolescents, âgés de 6 à 18 ans et habitant dans plus de **1 900 villes** différentes, ont été analysées. Parmi les répondants, 45,7 % sont âgés de 6 à 10 ans et 54,3 % de 11 à 18 ans. La répartition selon le genre fait apparaître une participation légèrement plus importante des filles : parmi les participants ayant renseigné cette information, 55 % sont des filles et 45 % des garçons.

La très grande majorité des enfants et adolescents ayant participé à cette édition de la Consultation nationale déclarent vivre dans une maison ou un appartement (95,8 %). Les autres participants se répartissent entre plusieurs situations de vie : 2,3 % vivent dans un lieu relevant de la protection de l'enfance, 0,9 % dans un hôtel ou un centre d'hébergement et 1 % sont dans une autre situation.

S'agissant de la situation familiale des participants, 32,6 % des répondants déclarent que leurs parents sont séparés, tandis que 67,4 % indiquent que leurs parents ne le sont pas. Concernant les personnes avec lesquelles ils vivent, 65,8 % des enfants et adolescents vivent avec leurs deux parents ensemble et 17,7 % avec leurs deux parents en garde alternée. Par ailleurs, 14,6 % vivent avec un seul de leurs parents (famille monoparentale) et 1,9 % ne vivent avec aucun de leurs deux parents.

ÉCHANTILLON GLOBAL

23 552 (100 %)

ÂGE

6-10 ANS



10 775 (45,7 %)

11-18 ANS



12 777 (54,3 %)

DONT **1 093 (8.6%)** ONT RÉPONDU À LA PARTIE DU QUESTIONNAIRE SUR LES ADVERSITÉS.

GENRE

FILLE

12 434 (55 %)

GARÇON

10 156 (45 %)

LIEU DE VIE

MAISON/ APPARTEMENT



21 908 (95,8 %)

HÔTEL/CENTRE D'HÉBERGEMENT



208 (0,9 %)

ÉTABLISSEMENT DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE



529 (2,3 %)

AUTRE



218 (1 %)

SITUATION FAMILIALE

SÉPARATION PARENTALE

OUI

6 908 (32,6 %)

NON

14 295 (67,4 %)

AVEC QUI VIT L'ENFANT/L'ADOLESCENT



DEUX PARENTS ENSEMBLE

14 617 (65,8 %)



DEUX PARENTS EN GARDE ALTERNÉE

3 927 (17,7 %)



UN SEUL PARENT

3 254 (14,6 %)



AUCUN DES DEUX PARENTS

431 (1,9 %)

Infographie 1 - Caractéristiques sociodémographiques des enfants et adolescents ayant participé à la 7e édition de la Consultation nationale (partie 6-18 ans)

Note : Les pourcentages sont calculés, pour chaque variable, parmi les répondants ayant une donnée valide. Les échantillons des variables relatives au genre, au lieu de vie et à la situation familiale varient légèrement de l'échantillon global.

03 LES STRUCTURES PARTENAIRES

Les structures partenaires sont **des collectivités, des établissements scolaires, des centres de loisirs, des associations d'accompagnement de publics vulnérables, des établissements de la protection de l'enfance…** qui étaient volontaires pour se mobiliser dans la démarche et **s'engageaient à diffuser celle-ci auprès de leurs publics et à les accompagner dans leur participation**, sans biaiser leurs réponses et en les sensibilisant à leurs droits. Ces structures ont été **outillées par l'UNICEF France** pour ce faire (webinaires, livrets d'accompagnement, appui sur les bénévoles de l'UNICEF France, boîte mail UNICEF France dédiée aux questions/réponses…).

Au-delà de ces structures, **les questionnaires ont aussi été diffusés dans différents hôpitaux**, situés notamment en région parisienne, et plus précisément dans des services de pédiatrie, de médecine de la douleur et de médecine palliative, ainsi que de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans ce cadre, les questionnaires ont pu être utilisés dans le cadre de consultations médicales et, dans certains cas, dans la perspective d'utiliser la partie ACE-IQ du questionnaire aussi comme un

outil complémentaire aux outils de diagnostic déjà utilisés. Dans ces cas-là, ces usages du questionnaire relèvent d'une démarche clinique extérieure au périmètre de la présente étude.

Au total, ce sont **244 structures partenaires** qui se sont engagées dans la 7e édition de la Consultation nationale. La typologie de partenaires de la démarche était répartie comme suit :

Type de structure partenaire	Nombre
Ville ou intercommunalité	113
Établissement scolaire	51
Siège d'association, de réseau ou de fédération	27
Structure locale *	53
Total	**244**

Tableau 1 – Typologie des partenaires de la 7e édition de la Consultation nationale

** associations locales, hôpitaux, établissements médico-sociaux, accueils de loisirs et périscolaires, établissements de la protection judiciaire de la jeunesse, centres d'hébergement d'urgence…*

Une autre catégorie de structures partenaires s'est aussi engagée dans la démarche dans le cadre des groupes de discussion réalisés avec des adolescents. Certaines de ces structures étaient aussi engagées dans la diffusion du questionnaire et l'accompagnement de son public dans ce cadre, d'autres non. Les groupes de discussion ont, dans leur majorité, été organisés dans des **structures accueillant des enfants considérés comme vulnérables** (centre d'hébergement d'urgence, établissements de la protection de l'enfance…). Au total, **10 structures** ont été mobilisées pour **12 groupes de discussion**. L'objectif était de revaloriser leur poids dans l'échantillon global de l'étude mais aussi de mettre en lumière leurs **situations et leurs besoins spécifiques**, encore trop peu pris en compte dans les politiques publiques qui concernent la jeunesse et la santé mentale.

04 LES GROUPES DE DISCUSSION AVEC LES ADOLESCENTS

Des groupes de discussion ont été organisés afin d'approfondir, de nuancer et d'illustrer les résultats quantitatifs.

Au total, **12 groupes de discussion**, réunissant en moyenne 8 à 10 participants, ont été organisés en **France hexagonale et dans les Outre-mer**, dans des zones urbaines et rurales, entre les mois d'avril et de juin 2026. Les participants étaient des adolescents ou préadolescents, **âgés de 12 à 18 ans** en moyenne (un faible nombre de participants avaient 10 ou 11 ans). Il a en effet été décidé de proposer ces temps d'échange aux adolescents en raison de la nature même de l'exercice, à savoir **parler de la santé mentale des adolescents en général, et non pas de leur situation personnelle, et de proposer des préconisations en cohérence** (voir Guide d'échange, en annexe 3). La durée moyenne des groupes de discussion était de 1h30 à 2h.

Certains des participants avaient, en parallèle, aussi répondu au questionnaire de la Consultation nationale, mais ce n'était pas un prérequis pour prendre part aux groupes de discussion. Comme évoqué précédemment, les groupes de discussion ont, dans leur majorité, été organisés dans des **structures accueillant des adolescents considérés comme vulnérables** afin de revaloriser leur poids, celui de leurs situations et de leurs besoins dans l'échantillon global de l'étude.

Comme pour l'enquête quantitative, la collecte de données qualitatives à travers les groupes de discussion reposait sur une participation **volontaire, anonyme et confidentielle, et nécessitait l'autorisation parentale ou des représentants légaux.** La confidentialité des propos pouvait être levée en cas de révélations préoccupantes ou de propos évoquant une situation de danger pour un ou des participants. Ces derniers ont été informés de ces principes dès le début des échanges. L'enregistrement des échanges était requis pour la bonne exploitation des informations collectées, mais ces données n'étaient accessibles qu'à l'équipe de chercheurs associés à la démarche et à la salariée de l'UNICEF France coordonnant la Consultation nationale. **Les groupes de discussion ont été animés par une ou deux personnes, membres de cette même équipe de recherche et/ou en charge de la coordination de la démarche à l'UNICEF France.**

05 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET LA PROTECTION DES PARTICIPANTS

La consultation directe d'enfants et d'adolescents implique une attention particulière à l'information, au caractère volontaire de la participation, à la possibilité de ne pas répondre, à la confidentialité et à l'adaptation des formulations à l'âge. Ces exigences sont renforcées pour les questions portant sur les violences et les adversités. **La démarche a été soumise au comité d'éthique pour la recherche (CER) des Hôpitaux de Saint-Maurice (Hôpitaux Paris Est Val-de-Marne)** (No PR-2025-9), **qui en a approuvé et validé l'ensemble des composantes** (modalités d'information et de diffusion de la démarche, méthodologie de collecte de données et d'analyse, utilisation des données…).

La participation des enfants et des adolescents, tant au questionnaire qu'aux groupes de discussion, était volontaire, **anonyme et confidentielle. Les participants et leurs parents ou représentants légaux ont été informés en amont** de la démarche (objectifs, utilisation des données, modalités de participation…), afin de pouvoir donner leur consentement et leur autorisation éclairés (cases à cocher dans le questionnaire, formulaires à remplir pour la participation par le biais d'une structure partenaire et pour les groupes de discussion). Les informations nécessaires pour donner son consentement ou son autorisation étaient disponibles en ligne, sur les différents sites internet de l'UNICEF France, en début de questionnaire et ont aussi été diffusées par les structures partenaires

de la démarche, directement auprès des adultes et des enfants qui constituent leur public. Les participants étaient également libres de cocher les cases « Je ne veux pas ou ne peux pas répondre », **s'ils ne souhaitaient pas répondre à une ou plusieurs questions** du questionnaire, ou de ne simplement pas prendre la parole lorsqu'ils ne souhaitaient pas répondre à une question lors des groupes de discussion.

Aucune donnée personnelle n'a été collectée via le questionnaire ni lors des groupes de discussion, pour lesquels il a été demandé aux participants de prendre des noms d'emprunt. La participation était aussi soumise à l'autorisation parentale. Les enregistrements ainsi que les formulaires d'autorisation pour la participation aux groupes de discussion ont été conservés numériquement dans des dossiers sécurisés des serveurs de l'UNICEF France et des chercheurs associés à la démarche et ce, pour une durée d'un an. Les formulaires d'autorisation pour répondre au questionnaire ont été stockés par les structures partenaires. Dans ce dernier cas, les règles d'anonymat et de confidentialité à l'œuvre ne permettaient pas aux structures de savoir ce qu'avait répondu chaque participant.

La participation à la Consultation nationale étant anonyme et confidentielle, la démarche ne visait pas à identifier des situations préoccupantes, ni à les communiquer aux parents ou responsables légaux des participants, ou aux membres des structures partenaires. **Les enfants et adolescents participants ont été informés du fait que la démarche ne consistait pas en un repérage individuel de difficultés et que les données collectées seraient uniquement utilisées pour renseigner sur les vécus et expériences des enfants et des adolescents ayant participé à l'étude**, d'une manière globale, afin notamment de mieux défendre leurs droits auprès des pouvoirs publics.

Ceci étant, la participation à la démarche pouvait représenter pour les participants une opportunité de parler de leurs difficultés aux adultes de confiance de leur choix en dehors du cadre strict du questionnaire et des groupes de discussion de la Consultation nationale. **En cas de révélations ou de propos préoccupants, la confidentialité pouvait être levée, la protection des enfants et des adolescents étant prioritaire.** Les adultes alertés (membres de structures partenaires, chercheurs associés à la démarche ou salarié.es de l'UNICEF France) étaient tenus de recueillir avec attention la parole de l'enfant concerné, de le prévenir de ce qui serait fait de celle-ci puis de suivre **les procédures de signalement en vigueur** (informations préoccupantes, par exemple).

Il est important de rappeler que l'administration de questions sensibles doit s'accompagner de consignes claires, de professionnels ou relais identifiés et d'une conduite à tenir en cas de révélation d'un danger actuel.

06 LES HYPOTHÈSES DE DÉPART

La 7e édition de la Consultation nationale s'est construite autour de 5 hypothèses principales :

1. Une part importante des enfants et adolescents ayant participé à cette édition de la Consultation nationale présenterait des **difficultés psychiques** (émotionnelles, comportementales ou d'hyperactivité/inattention).

   Une partie seulement de ces difficultés s'accompagnerait toutefois d'**impacts importants sur la vie quotidienne** des enfants et des adolescents concernés. Cette distinction entre difficultés déclarées et impact sur le fonctionnement quotidien constitue un axe central des analyses.

2. La répartition des **différents types de difficultés ne serait pas homogène au sein de l'échantillon de répondants.** Leur nature et leur fréquence devraient varier selon l'âge et le genre, tandis que leur probabilité d'être observées et leur retentissement devraient également être associés aux conditions sociales et familiales, au lieu de vie, au handicap ou à la maladie chronique ainsi qu'à différents indicateurs de précarité.

3. Une **moindre effectivité perçue des droits**, notamment en matière de sécurité, de non-discrimination, de participation et de protection, devrait être associée à davantage de difficultés psychiques. Cette relation est envisagée comme potentiellement réciproque : des environnements insuffisamment protecteurs peuvent contribuer à la vulnérabilité psychologique, tandis que les difficultés psychiques peuvent également modifier la perception des relations et des lieux de vie.

4. Le **soutien relationnel et la possibilité d'accéder à une aide professionnelle** devraient constituer des ressources importantes pour la santé mentale.

   Toutefois, **les enfants qui rencontrent les difficultés les plus importantes ne sont pas nécessairement ceux qui disposent du soutien le plus accessible ou le plus adapté**. Une attention particulière est donc portée au décalage éventuel entre la présence d'un entourage, le soutien effectivement mobilisé, le soutien perçu comme suffisant et la possibilité de recourir à un professionnel.

5. Chez les adolescents ayant répondu à la partie du questionnaire consacrée aux expériences de vie adverses, une augmentation du **nombre de types d'adversités déclarés** devrait être associée à une augmentation des difficultés psychiques.

   Ce cumul est envisagé non comme la preuve d'une causalité individuelle, mais comme un indicateur de la concentration des vulnérabilités et comme un argument en faveur d'une approche articulant prévention, santé mentale, protection de l'enfance et effectivité des droits.

07 LES QUESTIONNAIRES ET LES DOMAINES ÉTUDIÉS

LES DIFFICULTÉS PSYCHIQUES ET LEURS RETENTISSEMENTS MESURÉS VIA LE SDQ

Les difficultés psychiques ont été évaluées à l'aide du *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), un outil largement utilisé pour mesurer **les difficultés émotionnelles, comportementales, d'hyperactivité/inattention et relationnelles chez les enfants et les adolescents**[1,2]. Pour les besoins de l'enquête, une version du SDQ adaptée aux enfants de moins de 11 ans a été réalisée par l'équipe de chercheurs associés à la démarche, le SDQ ne contenant initialement que des questions auto-administrées pour les enfants et les adolescents âgés de 11 ans et plus. Les analyses présentées dans ce rapport portent sur les trois premières dimensions, les difficultés relationnelles n'ayant pas été retenues dans le cadre de cette étude[3].

Deux niveaux d'indicateurs ont été construits. Le premier identifie les enfants et adolescents présentant un score élevé de difficultés psychiques selon les seuils de référence du SDQ. Le second combine ce score élevé avec **la présence d'un retentissement dans la vie quotidienne**, évalué à partir de la gêne ressentie et des conséquences déclarées dans différents domaines de vie (famille, relations sociales, scolarité, loisirs, etc.)[4]. **Cette approche permet d'éviter une lecture strictement médicalisante de la santé mentale en tenant compte à la fois des caractéristiques individuelles de l'enfant et de la capacité de son environnement à répondre à ses besoins[5].**

Les scores issus du SDQ ne permettent pas, à eux seuls, de conclure à la présence d'un trouble mental. **Les indicateurs issus du SDQ doivent être interprétés comme des marqueurs de difficultés psychiques déclarées et non comme des diagnostics cliniques.**

POINT MÉTHODOLOGIQUE : CALCUL DES SCORES SDQ

Pour chacun des trois domaines évalués par le questionnaire SDQ (difficultés émotionnelles, difficultés comportementales et difficultés d'hyperactivité/inattention), un score a été calculé à partir des questions correspondantes, chaque item étant codé de 0 à 2 (0 lorsque le répondant a répondu « Non, jamais » à la question, 1 lorsque la réponse donnée était « Oui, parfois » et 2 lorsque la réponse était « Oui, tout le temps ») puis additionné afin d'obtenir un score compris entre 0 et 10. Lorsqu'au moins 3 des 5 questions étaient renseignées, le score était estimé de façon à être comparable à un score obtenu sur l'ensemble des cinq items ; dans le cas contraire, il était considéré comme manquant et n'a donc pas été calculé ni utilisé dans l'analyse. Chaque score était ensuite comparé à des seuils spécifiques selon l'âge afin d'identifier les situations présentant un niveau de difficulté considéré comme cliniquement préoccupant.

Pour les enfants âgés de 6 à 10 ans, une difficulté était considérée comme présente lorsque le score atteignait :

- au moins 5 pour les difficultés émotionnelles ;
- au moins 4 pour les difficultés comportementales ;
- au moins 7 pour les difficultés d'hyperactivité/inattention.

Pour les adolescents âgés de 11 à 18 ans, les seuils retenus étaient :

- au moins 7 pour les difficultés émotionnelles ;
- au moins 5 pour les difficultés comportementales ;
- au moins 7 pour les difficultés d'hyperactivité/inattention

Pour tenir compte non seulement de la présence de symptômes, mais aussi de leurs conséquences dans la vie quotidienne, le premier score a été associé au **retentissement** fonctionnel positif, mesuré par un score d'impact supérieur ou égal à 1, sur la base des réponses aux questions correspondantes. **L'indicateur global, intitulé « au moins une difficulté avec retentissement », permet d'identifier les enfants et adolescents présentant au moins une difficulté émotionnelle, comportementale ou d'hyperactivité/inattention à la fois suffisamment élevée et associée à un impact sur leur fonctionnement quotidien.**

1. Youthinmind. (2022). What is the SDQ ? SDQinfo, https://www.sdqinfo.org/a0.html
2. Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40(5), 791–799.
3. Les difficultés relationnelles ne correspondant pas à une entité pathologique définie au sens nosographique du terme, c'est-à-dire à une catégorie reconnue dans la classification des maladies, elles n'ont pas été analysées dans le cadre de ce travail.
4. Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.
5. Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry, 177(6), 534–539.

Enfin, le rapport adopte une approche en termes de gradient social. L'objectif n'est pas seulement de comparer les situations les plus précaires aux autres, mais d'examiner **comment les indicateurs de santé mentale évoluent à mesure que s'accumulent les contraintes sociales et matérielles.** Cette perspective repose sur l'idée que les déterminants sociaux influencent les probabilités de rencontrer des difficultés psychiques, sans pour autant déterminer individuellement le devenir d'un enfant[6]. Elle conduit à analyser conjointement la santé mentale et différents facteurs de vie tels que la situation familiale, les conditions matérielles d'existence, le handicap ou la maladie chronique, l'alimentation, le sommeil ou encore l'accès aux activités.

LES ADVERSITÉS INTERROGÉES VIA L'ACE-IQ

L'*Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* (ACE-IQ) a été utilisé pour interroger les expériences négatives de l'enfance, dans une version adaptée aux adolescents de 11 à 18 ans, par l'équipe de chercheurs associée à cette édition de la Consultation nationale. **Cette partie regroupait les expériences en cinq domaines : victimisation entre pairs ; humiliations et violences dans le foyer ; défaut de protection ; environnement familial fragilisé ; violences sexuelles.** Le score ACE a été considéré comme calculable dès lors qu'au moins 7 des 10 domaines étaient renseignés et les résultats analysés concernent les adolescents âgés de 11 à 18 ans ayant renseigné une information valide pour chaque caractéristique considérée. Un score cumulatif (charge cumulative) de ces adversités a été calculé et correspond au nombre de domaines renseignés positivement. **Cet indicateur vise à appréhender la concentration des expériences adverses plutôt qu'à mesurer leur gravité individuelle.** Il ne renseigne ni précisément sur leur fréquence, ni sur leur durée, ni sur leur chronologie et ne permet pas d'établir l'équivalence entre les différentes expériences considérées.

Compte tenu de la sensibilité des questions, cette partie relevait du choix des structures partenaires et **n'a pas été proposée à l'ensemble des adolescents participant à l'étude.** Parmi les 12 777 adolescents âgés de 11 à 18 ans ayant participé à la Consultation nationale, seule une minorité a eu accès au module ACE-IQ (voir partie 6 du présent rapport). **Les analyses portant sur les expériences adverses** ne peuvent être interprétées comme des estimations représentatives de l'ensemble des adolescents ayant participé à la Consultation nationale ni des adolescents en France, mais seulement comme l'analyse des expériences déclarées dans la sous-population ayant effectivement eu accès à ces questions. **Ce point méthodologique n'enlève toutefois pas l'intérêt de l'analyse des relations observées au sein de cette sous-population**, notamment lorsqu'il s'agit d'examiner si l'accumulation des adversités est associée à une augmentation des difficultés psychiques et à une fragilisation des ressources de soutien.

LE SOUTIEN SOCIAL ET LE RECOURS À L'AIDE

La partie consacrée au soutien dont bénéficient les enfants et les adolescents ayant participé à l'étude distinguait les personnes disponibles en cas de problème, les proches effectivement mobilisés, le niveau de soutien perçu, le recours envisagé ou effectif à un professionnel et les obstacles au passage à la consultation en cas de besoin. Des indicateurs synthétiques ont été construits pour identifier notamment **le soutien informel et le soutien formel disponibles, l'absence de soutien, le faible soutien perçu, le soutien insuffisant et le besoin sans intention de consulter.**

Cette construction vise à ne pas confondre la présence d'un entourage avec l'accès réel à une aide jugée suffisante et permet de dépasser une lecture binaire opposant les enfants et les adolescents « soutenus » aux enfants et adolescents « isolés ». Les définitions exactes de chaque indicateur synthétique sont présentées en partie 5 du présent rapport.

L'EFFECTIVITÉ DES DROITS ET LES CONDITIONS DE VIE

Les questions relatives aux droits visaient à évaluer **la connaissance qu'ont les enfants et les adolescents de leurs droits, leur perception du respect de ces droits, leur possibilité d'exprimer leur opinion et le sentiment d'être entendus.** Elles portaient également sur plusieurs dimensions de leur vie quotidienne, telles que **la sécurité, le logement, l'alimentation, le sommeil, l'accès aux activités, les usages numériques ou encore les expériences de rejet et de discrimination.**

Ces indicateurs ont été mobilisés pour analyser les liens entre l'effectivité des droits, les conditions de vie des enfants et leur santé mentale. Toutefois, les données de la Consultation nationale permettent d'identifier des associations mais ne permettent pas d'établir des relations de causalité. Les difficultés psychiques peuvent être influencées par des environnements moins protecteurs, mais elles peuvent également modifier la manière dont ces environnements sont perçus.

L'analyse repose ainsi sur une **approche qui considère l'effectivité des droits comme une composante du cadre dans lequel se développent les enfants et les adolescents**, au même titre que les conditions matérielles de vie, les relations sociales, les adversités rencontrées et les ressources disponibles.

6. Kirkbride, J.B., Anglin, D.M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P.B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S.L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry, 23(1), 58–90.

UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

La 7e édition de la Consultation nationale s'appuie sur un modèle d'analyse qui considère la santé mentale comme le résultat de l'interaction entre cinq dimensions complémentaires :

- Les caractéristiques individuelles (âge, genre, handicap ou maladie chronique) ;
- Les conditions de vie sociales et matérielles ;
- L'effectivité des droits ;
- Les ressources de soutien (familiales, sociales ou professionnelles) ;
- L'exposition aux adversités.

Cette approche vise à appréhender la santé mentale de manière globale, en tenant compte à la fois des facteurs de vulnérabilité et des facteurs de protection. Elle considère également que la santé mentale peut, en retour, influencer les relations sociales, la scolarité, le recours à l'aide ou la perception des environnements de vie.

Compte tenu du caractère transversal de l'enquête, les analyses permettent d'identifier des associations et des configurations de risque ou de protection sans pour autant établir de liens de causalité.

08 LES MÉTHODES D'ANALYSE

POUR LES DONNÉES QUANTITATIVES

Les analyses descriptives menées présentent les effectifs de répondants et les proportions qu'ils représentent pour chacune des questions composant le questionnaire de la 7e édition de la Consultation nationale et dont les options de réponses étaient limitées (variables catégorielles). Elles sont conduites dans l'échantillon global ou dans les sous-échantillons de participants pour lesquels les informations nécessaires à cette analyse étaient disponibles. Les résultats sont notamment comparés selon l'âge, le genre, la configuration familiale, le lieu de vie, le handicap ou la maladie chronique.

Des modèles de régression logistique multivariable ont été utilisés, notamment pour les indicateurs de difficultés élevées avec retentissement. Les Odds Ratio (OR), leurs intervalles de confiance à 95 % et les valeurs de p permettent d'estimer la force et la précision des associations[7,8]. Les modèles principaux prennent simultanément en compte l'âge, le genre, le lieu de vie, la personne avec laquelle vit l'enfant et la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique. D'autres modèles, spécifiques, examinent les associations entre difficultés psychiques, soutien et charge cumulative d'adversités.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R 4.4.2. **Les liens observés dans cette enquête transversale entre différentes variables ne permettent pas d'établir une causalité.** Elles peuvent être bidirectionnelles, c'est-à-dire qu'elles peuvent fonctionner dans un sens comme dans l'autre, et rester influencées par des facteurs non mesurés dans le cadre de cette étude.

POUR LES DONNÉES QUALITATIVES

Lors des groupes de discussion, il a été demandé aux adolescents de décrire, avec leurs propres mots, les situations qui favorisent ou fragilisent leur bien-être, les raisons pour lesquelles ils parlent ou ne parlent pas de leurs difficultés, les personnes vers lesquelles ils se tournent et les obstacles rencontrés dans l'accès à l'aide (voir Guide d'échange, en annexe 3). **Ces groupes de discussion avaient également vocation à donner l'opportunité aux participants de proposer des recommandations** pour améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents en France.

Ces échanges étaient donc composés de deux temps : un premier dédié à « l'état des lieux » de la santé mentale des adolescents selon les adolescents eux-mêmes, et un second consacré à la production des recommandations, toujours par les participants eux-mêmes.

Dans le présent rapport, les verbatims sont mobilisés comme des éclairages du vécu des adolescents. L'exercice d'élaboration de recommandations a donné lieu à plus de 150 propositions de la part des participants. Celles-ci ont été synthétisées et sont présentées en page 77 du rapport.

Les groupes de discussion ont été enregistrés avec l'accord préalable des participants afin de permettre une retranscription aussi fidèle que possible des échanges. Les enregistrements ont ensuite fait l'objet d'une transcription verbatim, reprenant l'ensemble des propos exprimés au cours des séances. Les transcriptions ont été anonymisées avant leur analyse. L'ensemble des informations permettant une identification directe ou indirecte des participants, telles que les noms,

7. L'Odds Ratio (OR) est un indicateur statistique qui mesure l'association entre un facteur d'exposition et un événement. Il compare les chances (ou "cotes") de survenue de l'événement dans le groupe exposé à celles observées dans le groupe non exposé ; Un OR = 1 indique l'absence d'association ; un OR > 1 indique que l'événement est plus probable dans le groupe exposé ; un OR < 1 suggère un effet protecteur de l'exposition.
8. La valeur p est la probabilité d'obtenir un résultat aussi extrême que celui observé en supposant que l'hypothèse nulle (l'absence d'effet ou de différence) est vraie. Si $p \leq 0,05$, le résultat est statistiquement significatif ; si $p \leq 0,01$, le résultat est hautement significatif ; si $p > 0,05$, le résultat n'est pas significatif.

prénoms, noms d'établissements, lieux précis ou autres éléments personnels identifiants, ont été supprimées ou remplacées par des formulations génériques ou des pseudonymes. Chaque participant s'est vu attribuer un identifiant afin de permettre la distinction des prises de parole tout en garantissant la confidentialité des données.

Les données issues des groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse thématique selon l'approche développée par Braun et Clarke, visant à identifier, organiser et interpréter les thèmes récurrents présents dans les discours des participants[9]. L'analyse a été conduite de manière principalement inductive, en laissant émerger les catégories et les thèmes à partir du matériau recueilli, tout en tenant compte des objectifs généraux de l'étude et des thématiques abordées lors des groupes de discussion. **Une attention particulière a été portée aux convergences entre participants, mais également aux divergences de points de vue et aux expériences singulières susceptibles de nuancer les thèmes dominants.**

Les verbatims sélectionnés pour le rapport ont été choisis pour leur capacité à illustrer les principaux thèmes identifiés.

09 LES AUDITIONS D'EXPERTS

Les analyses conduites et les constats développés ont été étayés par les auditions de **sept professionnels et experts de la santé mentale et de la protection des enfants et des adolescents**, issus de disciplines complémentaires (pédopsychiatrie, pédiatrie et médecine de la douleur, éducation, accompagnement des personnes vulnérables, lutte contre les violences, y compris sexuelles, faites aux enfants…). Tous ont donné des éléments de réponse à la question suivante : **sur quels leviers agir pour que les adultes, et plus largement les institutions et les structures qui accompagnent les enfants et les adolescents, puissent répondre aux besoins de soutien et de protection de ces derniers ?**

Leurs regards croisés ont permis d'identifier des orientations et pistes d'action concrètes à suivre pour créer des environnements favorables à la santé mentale des enfants et des adolescents, synthétisées page 74.

10 LES PRÉCAUTIONS MÉTHODOLOGIQUES

Plusieurs précautions doivent encadrer l'interprétation des résultats :

- Premièrement, le fait que l'échantillon de répondants ne soit pas représentatif des enfants et des adolescents en France (échantillonnage de convenance et non pas aléatoire) expose à des biais de sélection et **ne permet pas d'estimer directement la fréquence des difficultés dans la population générale**, en raison du principe de participation libre et volontaire appliqué par le projet.
- Deuxièmement, bien que cette étude parte du postulat que la parole des enfants et des adolescents est une source d'information directe et fiable sur leur situation, il n'en demeure pas moins que **les réponses sont déclaratives** et peuvent être influencées par la compréhension des questions, la désirabilité sociale, le contexte de passation et la présence éventuelle d'adultes. Cela est inhérent aux enquêtes reposant sur des données déclaratives et n'est pas lié à l'âge des répondants, mais doit néanmoins être pris en compte dans l'interprétation des résultats.
- Troisièmement, **les effectifs varient selon les chapitres de questionnaire concernés et les données manquantes.**
- Quatrièmement, **le caractère transversal empêche d'établir la temporalité des associations**, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de savoir quelles situations renseignées ont précédé les autres (ce qui permet d'autant moins l'établissement de causalités).
- Cinquièmement, **la sous-population de participants ayant répondu aux questions de l'ACE-IQ résulte d'une administration très sélective : les estimations qui en sont issues ne sont représentatives ni de l'ensemble des adolescents ni de l'ensemble des participants** (voir détails en partie 6 du présent rapport).

Ces précautions méthodologiques permettent ainsi de situer précisément la portée des résultats, tout en préservant leur intérêt pour documenter les expériences, les perceptions et les situations déclarées par les enfants et les adolescents ayant participé à la Consultation nationale.

9. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

2 – CADRE THÉORIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

01 PENSER LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS DANS UNE PERSPECTIVE DÉVELOPPEMENTALE

La santé mentale des enfants et des adolescents ne se réduit pas à l'absence de trouble psychique. Elle renvoie à leur capacité à se développer sur les plans affectif, cognitif et relationnel, à apprendre, à entretenir des relations satisfaisantes et à faire face aux difficultés de la vie. **Cette conception conduit à considérer à la fois le bien-être, le fonctionnement quotidien de l'enfant, ses ressources personnelles et les caractéristiques de ses environnements de vie. L'Organisation mondiale de la santé souligne que l'enfance et l'adolescence constituent des périodes déterminantes pour l'acquisition des compétences cognitives, émotionnelles et sociales qui soutiennent la santé mentale tout au long de la vie[10].**

Une approche développementale implique également de tenir compte de l'âge, du niveau de développement et du contexte de vie de l'enfant. Un comportement n'a pas la même signification selon le moment du développement auquel il apparaît. **Son caractère préoccupant dépend notamment de sa persistance et de son retentissement sur la vie quotidienne.** Cette perspective est essentielle dans la mesure où de nombreux troubles mentaux débutent précocement. Près de la moitié des personnes qui développeront un trouble mental au cours de leur vie en présentent les premiers signes avant 18 ans, même si l'âge d'apparition varie selon les troubles[11]. L'adolescence constitue à cet égard une période particulièrement sensible, marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales. **Les environnements familiaux, scolaires et sociaux jouent alors un rôle déterminant dans la protection ou, au contraire, la fragilisation de la santé mentale[12].**

Enfin, les manifestations psychologiques diffèrent selon l'âge et le genre. Les filles présentent plus fréquemment des manifestations internalisées à l'adolescence, tandis que certaines difficultés comportementales sont davantage observées chez les garçons. **Ces différences résultent toutefois d'interactions complexes entre facteurs biologiques, développementaux, familiaux, éducatifs et socioculturels.**

02 LA SANTÉ MENTALE COMME ENJEU RELATIF AUX DROITS DE L'ENFANT

La Consultation nationale de l'UNICEF France s'inscrit dans le cadre de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE), qui reconnaît notamment le droit à la santé, à la protection contre les violences, à l'éducation, à un niveau de vie suffisant, aux loisirs, à la non-discrimination et à la participation[13].

Ces droits sont interdépendants. Les conditions matérielles d'existence, l'accès à l'éducation, la protection contre les violences ou encore la possibilité d'être entendu contribuent conjointement à la santé mentale et au développement de l'enfant. **Les droits de l'enfant peuvent ainsi être considérés non seulement comme un cadre juridique, mais aussi comme un ensemble de conditions favorables à son bien-être.**

Le droit à la participation occupe une place centrale dans cette perspective. L'article 12 de la CIDE reconnaît à tout enfant le droit d'exprimer son opinion et de voir celle-ci prise en considération[14]. Cette conception rejoint directement l'objectif de la Consultation nationale de l'UNICEF France, qui vise à recueillir le point de vue des enfants et des adolescents sur leurs expériences, leurs besoins et leurs environnements de vie.

03 LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET LES INÉGALITÉS DE SANTÉ MENTALE

La santé mentale des enfants se construit dans des contextes de vie marqués par des conditions économiques, sociales et environnementales. **Les recherches montrent que la pauvreté, l'instabilité résidentielle, les discriminations ou l'exposition à des environnements socialement défavorisés sont associées à un risque accru de difficultés psychiques[15].** Chez les enfants, ces déterminants revêtent une importance particulière car ils dépendent largement des ressources familiales et des conditions de vie auxquelles ils sont exposés. Les études mettent en évidence des liens entre les conditions sociales défavorables, la santé mentale, le développement cognitif et la santé physique des enfants[16].

10. World Health Organization. (2025). Mental health of adolescents.
11. Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., & al. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry,* 27, 281-295.
12. World Health Organization. (2025). Mental health of adolescents.
13. United Nations. (1989). Convention on the Rights of the Child. *United Nations Treaty Series*, 1577, 3-178.
14. Committee on the Rights of the Child. (2009). General comment No. 12: The right of the child to be heard.
15. Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry,* 23(1), 58-90.
16. Xiao, Y., Mann, J. J., Chow, J. C.-C., Brown, T. T., Snowden, L. R., Yip, P. S.-F., & al. (2023). Patterns of social determinants of health and child mental health, cognition, and physical health. JAMA Pediatrics, 177(12), 1294-1305.

Cette perspective conduit à dépasser une lecture strictement individuelle des difficultés psychologiques. Celles-ci s'inscrivent souvent dans un ensemble plus large de contraintes liées au logement, à la sécurité économique, aux relations familiales, à la santé, à la scolarité ou à l'accès aux activités sociales, culturelles et sportives. Certaines situations, comme le handicap ou la maladie chronique, peuvent également générer des vulnérabilités supplémentaires.

04 LE SOUTIEN SOCIAL COMME RESSOURCE DE PROTECTION

Les relations entretenues avec la famille, les pairs, les enseignants et les autres adultes significatifs constituent une ressource essentielle pour le développement des enfants. Ces relations peuvent apporter écoute, affection, soutien émotionnel, aide concrète, protection et orientation vers des ressources adaptées.

Les travaux distinguent généralement le soutien effectivement disponible du soutien perçu, c'est-à-dire le sentiment qu'une aide pourra être mobilisée en cas de besoin. **Cette distinction est importante car la présence d'un entourage ne garantit pas qu'un enfant se sente réellement soutenu.** L'existence d'une aide potentielle ne suffit pas toujours. Les enfants peuvent hésiter à solliciter leur entourage, craindre d'être jugés ou ne pas identifier de soutien adapté. Lorsqu'une aide professionnelle est nécessaire, d'autres obstacles peuvent intervenir, tels que la méconnaissance des dispositifs, les délais d'accès ou la crainte de la stigmatisation[17].

La littérature scientifique souligne le rôle protecteur du soutien social perçu. Celui-ci est associé à une meilleure santé mentale, à moins de symptômes anxieux ou dépressifs et à un meilleur fonctionnement social et scolaire[18]. Le sentiment d'appartenance à l'école et la qualité des relations entretenues dans cet environnement apparaissent également comme des facteurs protecteurs importants.

05 LES ADVERSITÉS INFANTILES ET LEUR CUMUL

De nombreuses recherches montrent que les expériences adverses vécues durant l'enfance sont associées à un risque accru de difficultés de santé mentale ultérieures[19]. Les travaux consacrés aux *Adverse Childhood Experiences* (ACE) ont mis en évidence l'intérêt d'étudier conjointement différentes formes d'adversité telles que les violences, les négligences ou les dysfonctionnements familiaux. **Les études plus récentes confirment que les maltraitances infantiles sont associées à un large éventail de conséquences psychologiques, qu'il s'agisse de difficultés émotionnelles, comportementales, de conduites suicidaires ou d'autres troubles psychiques[20].**

L'un des principaux enseignements de cette littérature concerne le cumul des adversités. **Les enfants confrontés à une difficulté sont souvent exposés à d'autres, et le risque de difficultés psychologiques augmente généralement avec leur nombre[21].** Cette approche cumulative ne signifie cependant pas que toutes les adversités sont équivalentes. Leurs effets varient selon leur nature, leur gravité, leur durée, l'âge auquel elles surviennent, la relation avec leur auteur ainsi que la qualité de la protection et du soutien apportés à l'enfant.

06 UN MODÈLE INTÉGRÉ : DROITS, ENVIRONNEMENTS, SOUTIENS ET ADVERSITÉS

Les différentes dimensions étudiées dans cette édition de la Consultation nationale sont étroitement liées. **La santé mentale des enfants et des adolescents résulte d'interactions entre les caractéristiques individuelles, les conditions de vie, les relations sociales, l'accès aux droits et les expériences vécues.** Cette approche conduit à considérer que les difficultés psychiques ne peuvent être expliquées par une cause unique. Inversement, le bien-être psychologique repose souvent sur l'accumulation de facteurs protecteurs présents dans les différents environnements de vie.

Les travaux contemporains sur les déterminants sociaux de la santé mentale convergent avec cette lecture en soulignant l'importance de penser conjointement les ressources et les risques auxquels les enfants sont exposés tout au long de leur développement, ainsi que les interactions entre facteurs individuels, relationnels et structurels[22].

17. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2022). La Situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, 42-43.
18. Raniti, M., Rakesh, D., Patton, G. C., & Sawyer, S. M. (2022). The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: A systematic review with youth consultation. *BMC Public Health,* 22, 2152.
19. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine,* 14(4), 245-258.
20. Coughlan, B., Duschinsky, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bakkum, L., Skinner, G. C. M., Markham, A., Beckwith, H., & van IJzendoorn, M. H. (2026). Sequelae of child maltreatment: Umbrella synthesis of 148 meta-analyses on mental health correlates. *JCPP Advances,* e70081.
21. Annor, E., Pollak, M., & Ramasamy, D. (2026). Cumulative adverse childhood experiences and risk of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychologica,* 266, 106954.
22. Coughlan, B., Duschinsky, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Bakkum, L., Skinner, G. C. M., Markham, A., Beckwith, H., & van Ijzendoorn, M. H. (2026). Sequelae of child maltreatment: Umbrella synthesis of 148 meta-analyses on the mental health correlates. JCPP Advances, e70081.

3 – DES DROITS DE L'ENFANT ENCORE LOIN D'ÊTRE PLEINEMENT RESPECTÉS

Les résultats ci-dessous sont présentés par tranche d'âge (6-10 ans et 11-18 ans) et répondent au choix d'une lecture développementale des résultats, particulièrement importante pour des dimensions telles que la perception des droits, la participation, le rejet ou les discriminations. En effet, la maturité cognitive des enfants, et notamment leur capacité d'introspection, évolue et s'affirme à partir de 11 ans[23]. Les Consultations nationales précédentes montrent notamment que la capacité à identifier et qualifier certaines expériences sociales évolue avec l'âge.

01 DES ENVIRONNEMENTS DE VIE INÉGALEMENT PROTECTEURS ET FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT

L'exercice effectif des droits de l'enfant dépend étroitement de la qualité des environnements dans lesquels il grandit. **Les réponses recueillies font apparaître une perception globalement positive des conditions de vie des enfants et des adolescents, mais révèlent également plusieurs fragilités concernant leur sécurité, la satisfaction de leurs besoins fondamentaux et l'accès aux ressources favorisant leur développement.**

Le domicile demeure le principal espace protecteur identifié. Près de neuf enfants et adolescents sur dix déclarent s'y sentir en sécurité, aussi bien parmi les 6-10 ans que parmi les 11-18 ans, avec 89 % de réponses positives pour les deux tranches d'âge. Le sentiment de sécurité est en revanche nettement moins fréquent dans les autres espaces de la vie quotidienne. Seuls 35 % des enfants de 6 à 10 ans et 49 % des adolescents déclarent se sentir en sécurité dans leur quartier, leur ville ou leur village (43 % toutes tranches d'âge confondues).

En parallèle, **l'école est considérée comme un lieu sécurisant par seulement la moitié des participants, environ 53 % d'entre eux ayant répondu par l'affirmative, toute tranche d'âge confondue (55 % des plus jeunes et par 51 % des adolescents)** (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2). **Ces résultats soulignent le sentiment d'insécurité répandu chez les enfants et les adolescents dans leurs différents environnements de vie et montrent que la protection de l'enfant ne peut être pensée uniquement à l'échelle du foyer.**



89 % des participants se sentent **en sécurité chez eux** mais seulement **53 %** se sentent **en sécurité à l'école**.

Les réponses mettent également en évidence plusieurs difficultés relatives aux besoins fondamentaux. **Près d'un tiers des enfants de 6 à 10 ans, soit 33 %, et plus de quatre adolescents sur dix, soit 41 %, déclarent rencontrer des difficultés de sommeil perturbant leur fonctionnement quotidien (37 % pour l'ensemble des répondants).** Les habitudes alimentaires apparaissent elles aussi contrastées. Seuls 54 % des enfants et 47 % des adolescents déclarent consommer chaque jour des fruits et légumes frais (50 % toute tranche d'âge confondue). **Par ailleurs, seuls 71 % des plus jeunes et 76 % des adolescents indiquent prendre trois repas par jour (74 % pour l'ensemble des répondants)** (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2). Ces données confirment les résultats obtenus sur le sujet lors de la précédente édition de la Consultation nationale et sont même encore plus préoccupantes (en 2024, 77 % des enfants et adolescents interrogés indiquaient prendre trois repas par jour)[24]. **Ces résultats révèlent que les conditions matérielles et sociales dans lesquelles vivent les enfants et les adolescents ne permettent pas à tous d'accéder à une alimentation régulière, diversifiée et favorable à leur santé.**



Seuls **74 %** des enfants et des adolescents ayant participé indiquent **prendre 3 repas par jour**.

L'accès aux activités extrascolaires constitue une autre dimension importante du développement. La pratique sportive est globalement répandue, même si **elle diminue avec l'âge : 19 % des enfants de 6 à 10 ans et 32 % des adolescents disent ne pas pratiquer d'activités sportives hebdomadaires en dehors de l'école (26 % pour l'ensemble des répondants).** Les activités culturelles et artistiques apparaissent en revanche beaucoup moins accessibles : 53 % des enfants et 67 % des adolescents déclarent n'en pratiquer

23. Harter, S. (2012). The construction of the self: A developmental perspective (2e éd.). *The Guilford Press.*
24. UNICEF France, Paugam, S., Parizot, I., & Čápová, I. (2024). Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social. *Rapport de la 6e édition de la Consultation nationale des 6-18 ans*, 14.

aucune, de manière hebdomadaire, en dehors de l'école (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2).



26 % des répondants indiquent **ne pas pratiquer d'activités sportives hebdomadaires** en dehors de l'école.

Les ressources financières constituent une préoccupation prégnante chez les répondants : **41 % des répondants affirment ainsi qu'ils ont (eu) parfois ou souvent peur que leur famille manque d'argent** (Tableau en annexe 2). Cette inquiétude augmente avec l'âge, et passe de 35 % chez les 6-10 ans ayant participé à la démarche à 53 % chez les 15-18 ans. Cette progression avec l'âge pourrait s'expliquer par le fait qu'avec l'avancée en âge, les adolescents développent une compréhension plus fine des contraintes économiques familiales et peuvent davantage percevoir les inquiétudes financières, les renoncements ou les restrictions affectant la vie quotidienne au sein du foyer[25].



41 % des participants affirment qu'ils ont parfois ou souvent **peur que leur famille manque d'argent.**

L'accès à des espaces verts ou naturels constitue toutefois un point favorable, puisque 79 % des enfants et 87 % des adolescents affirment y avoir facilement accès (83 % pour l'ensemble des répondants) (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2). Ces espaces offrent des possibilités de jeu, d'activité physique, de rencontre et de socialisation qui contribuent à la qualité des environnements de vie.

Les usages numériques occupent également une place croissante dans le quotidien, en particulier à l'adolescence. **Plus d'un adolescent sur deux (55 %) déclare se sentir au moins parfois agité lorsqu'il ne peut pas accéder à son téléphone portable** (Tableau 1 en annexe 1). Ce résultat témoigne de la place importante prise par le téléphone portable dans la vie quotidienne et les relations sociales des adolescents. **Il invite à mieux accompagner les usages numériques afin qu'ils demeurent compatibles avec leur santé, leur bien-être et leur développement.**



55 % des adolescents participants déclarent se sentir **agités lorsqu'ils ne peuvent pas accéder à leur téléphone portable.**

Dans leur ensemble, ces constats rejoignent ceux des précédentes éditions de la Consultation nationale de l'UNICEF France, notamment celles de 2021 et de 2024. Ils montrent que la santé, la sécurité et le bien-être ne sont pas un acquis pour tous les enfants et les adolescents et dépendent de la qualité de leurs différentes conditions et milieux de vie. **Les inégalités ne concernent donc pas seulement la satisfaction des besoins fondamentaux. Elles touchent également l'accès aux ressources et opportunités qui favorisent la créativité, l'expression de soi, la confiance, les apprentissages et la participation à la vie sociale, dans des environnements sûrs et accessibles, éléments essentiels du développement des enfants et des adolescents.**

► Ces résultats interrogent notamment la mise en œuvre du droit à la protection, à la santé, à un niveau de vie suffisant, au développement, au repos, aux loisirs et à la participation à la vie culturelle, tels qu'édictés dans la Convention internationale des droits de l'enfant.

02 DES RELATIONS SOCIALES AUSSI VECTRICES D'EXCLUSION

Au-delà des conditions matérielles de vie, les résultats montrent que la qualité des relations sociales constitue un déterminant majeur de l'effectivité des droits.

Si les réponses des participants montrent qu'ils évoluent généralement dans des environnements relationnels protecteurs, nombre d'entre eux rapportent également des expériences de rejet ou de discrimination, qui s'avèrent particulièrement marquées à l'adolescence. **Ainsi, plus d'un enfant sur deux déclare avoir déjà vécu une forme de rejet.** Celui-ci concerne notamment l'apparence physique, dont la fréquence passe de 10 % chez les 6-10 ans à 23 % chez les adolescents (17 % pour l'ensemble des répondants) (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2). Ces résultats mettent en évidence la place croissante du regard des pairs et des normes sociales au cours de cette période du développement, tant dans la façon dont ils s'exercent que dans l'importance qui leur est accordée.



Près d'un enfant ou adolescent sur 5 (**17 %**) ayant participé a déjà été **rejeté en raison de son apparence physique.**

Les expériences de moquerie, de harcèlement, de discrimination ou d'exclusion constituent des atteintes importantes au bien-être des enfants et des adolescents et s'associent fréquemment à d'autres formes de vulnérabilité. Les différentes éditions de la Consultation nationale de l'UNICEF France ont mis en évidence ces corrélations et l'édition 2024 souligne notamment que le rejet social participe aux mécanismes de défaut de protection et d'exclusion sociale[26].

25. Mistry, R. S., & Elenbaas, L. (2021). It's All in the Family: Parents' Economic Worries and Youth's Perceptions of Financial Stress and Educational Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence,* 50, 724–738.
26. UNICEF France, Paugam, S., Parizot, I., & Čápová, I. (2024). Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social. *Rapport de la 6e édition de la Consultation nationale des 6-18 ans*, 48-59.

► **Ces résultats rappellent que le principe de non-discrimination, consacré par l'article 2 de la CIDE, ne constitue pas seulement un principe juridique, mais une condition essentielle du développement de chaque enfant.**

Les échanges entre adolescents lors des groupes de discussion mettent en avant que l'école peut être un espace d'exposition au harcèlement, aux moqueries et au rejet. **Les effets décrits ne relèvent pas uniquement de l'événement lui-même : les participants évoquent l'atteinte au sentiment de sécurité, au rapport à soi, à la confiance dans les autres et à la disponibilité pour apprendre.**



CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Pourquoi certains enfants n'osent-ils pas signaler les violences ?]

► « Si tu le dis à la maîtresse, l'autre va savoir que c'est toi qui l'as dit, et à la récréation il peut venir te taper. »

03 DES DROITS CONNUS, MAIS ENCORE INSUFFISAMMENT RESPECTÉS

Les enfants et les adolescents déclarent connaître relativement bien leurs droits : **plus des trois quarts des répondants ont déjà entendu parler des droits de l'enfant** (76 % des 6-10 ans, 79 % des 11-18 ans, 77 % au global). En revanche, la capacité à en citer plusieurs est moins fréquente, puisque seuls 60 % des enfants et 58 % des adolescents (59 % pour l'ensemble des répondants) déclarent pouvoir en nommer au moins deux (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2).

Ceci étant, la connaissance de ces droits ne garantit pas leur plein exercice dans les différents espaces de leur vie quotidienne. Les enfants et les adolescents considèrent plus fréquemment que leurs droits sont respectés au sein de leur famille, avec 74 % de réponses positives chez les plus jeunes et 77 % chez les adolescents (76 % pour l'ensemble de l'échantillon). **L'école apparaît comme un lieu dans lequel les enfants et les adolescents considèrent que leurs droits sont insuffisamment respectés,** comme l'indiquent environ un enfant sur deux (seuls 55 % des répondants affirment qu'ils le sont). **C'est encore davantage le cas lorsqu'il s'agit de la ville ou du village dans lesquels ils vivent**, avec seulement 38 % chez les 6-10 ans et 52 % chez les 11-18 ans qui affirment que leurs droits y sont respectés (46 % toutes tranches d'âge confondues). Enfin, 6 % des enfants et 7 % des adolescents estiment que leurs droits ne sont respectés dans aucun des lieux proposés (7 % pour l'ensemble des répondants). **En conséquence, la perception globale du respect de ces droits mais aussi de l'égalité entre tous dans l'application des droits est plutôt négative** : 32 % des plus jeunes et 55 % des adolescents (44 % toutes tranches d'âge confondues) ne considèrent pas que les droits de tous les enfants sont appliqués partout en France, quelles que soient leurs différences (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2).



À peine plus de la moitié (**55 %**) des répondants affirment que **leurs droits sont respectés à l'école** et près d'un sur deux (**44 %**) ne considère pas que **les droits de tous les enfants sont respectés partout en France**, quelles que soient leurs différences.

Les résultats relatifs à l'expression du point de vue des enfants et des adolescents et à leur participation sur les sujets qui les concernent révèlent également de fortes différences selon les espaces concernés. **La famille demeure le lieu dans lequel les enfants et les adolescents se sentent le plus à l'aise pour exprimer leur avis, avec 77 % de réponses positives chez les plus jeunes et 72 % chez les adolescents (74 % toutes tranches d'âge confondues).** Mais cette proportion diminue nettement à l'école, puis lorsqu'il s'agit de s'adresser aux adultes de la ville ou du village et, plus encore, aux responsables politiques. **Le sentiment que leur avis est effectivement pris en compte suit la même tendance** : 73 % des enfants et 68 % des adolescents estiment que leur avis est pris en compte dans le cadre familial (70 % toutes tranches d'âge confondues), mais ces chiffres tombent à 41 % et 30 % lorsqu'il s'agit de l'école (35 % toutes tranches d'âge confondues). Ce taux demeure très faible auprès des responsables locaux et inférieur à 5 % concernant les responsables politiques (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2).



70 % des participants estiment que **leur avis est pris en compte dans leur famille**, mais ce chiffre chute à **35 % à l'école**, et même à moins de **5 %** s'agissant **des responsables politiques**.

À ce sujet, lors des groupes de discussion, **les participants ont fait part de leur sentiment que leurs souhaits, leurs besoins ou leurs points de vue ne sont pas pris en considération.** Ce vécu d'impuissance dépasse parfois la sphère personnelle et s'étend à des enjeux sociaux ou collectifs, comme les inégalités, les conflits ou l'avenir environnemental. À l'inverse, retrouver une possibilité d'action sur sa situation est décrit comme favorable au bien-être.

► **Un paradoxe important se dégage ainsi : les enfants et les adolescents connaissent globalement l'existence de leurs droits, mais ils n'ont pas nécessairement le sentiment que ceux-ci sont respectés. La participation reste principalement cantonnée à la sphère privée et peine encore à trouver pleinement sa place dans les institutions**

scolaires, locales et politiques. Ces constats vont par ailleurs dans le sens des résultats des deux précédentes éditions de la Consultation nationale, réalisées en 2021 et 2024. Le droit d'être entendu constitue l'un des principes fondamentaux de la Convention internationale des droits de l'enfant, qui y consacre ses articles 12, 13 et 42, et contribue à l'exercice de nombreux autres droits.

04 UNE CITOYENNETÉ EN CONSTRUCTION : DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS CONSCIENTS DES ENJEUX DU MONDE

Les réponses montrent que les enfants et les adolescents, et plus particulièrement les adolescents, développent une conscience importante des enjeux collectifs et des transformations du monde qui les entoure. Parmi les enfants de 6 à 10 ans, 43 % déclarent ne pas être du tout préoccupés par ces sujets ; cette proportion chute en ce qui concerne les adolescents et ne représente que 29 % d'entre eux (35 % toutes tranches d'âge confondues). **À l'inverse, 24 % des adolescents se disent même très préoccupés ou extrêmement préoccupés. Au total, près d'un adolescent sur quatre exprime donc un niveau élevé de préoccupation à l'égard de l'actualité et des grands enjeux contemporains** (Tableau 1 en annexe 1 et tableau en annexe 2).



Environ un quart (**24 %**) des adolescents se disent **préoccupés voire extrêmement préoccupés par l'actualité.**

Ces résultats ne doivent pas être interprétés uniquement sous l'angle de l'inquiétude. **Ils témoignent également de l'émergence progressive d'une conscience citoyenne.** Les enfants et les adolescents apparaissent capables de comprendre les enjeux qui traversent la société et doivent être reconnus comme des acteurs concernés par les décisions relatives à leur avenir. Cela fait écho à la Convention internationale des droits de l'enfant, qui reconnaît cette dimension à travers les articles 12 et 17, qui consacrent leurs droits à accéder à une information adaptée, à exprimer leurs opinions et à participer aux décisions qui les concernent. Accompagner les préoccupations des enfants et des adolescents, c'est aussi leur fournir des informations compréhensibles, créer des espaces de dialogue et leur permettre de s'engager d'une manière adaptée à leur âge.

► **Le regard critique qu'ils portent sur la société peut ainsi être considéré comme une ressource démocratique. Il appartient aux adultes et aux institutions de le reconnaître, de l'accompagner et de lui offrir des possibilités d'expression concrètes.**

ZOOM SUR… LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS VIVANT DANS LES TERRITOIRES D'OUTRE-MER : UNE EFFECTIVITÉ DES DROITS ET UN ACCÈS AUX RESSOURCES PROTECTRICES PLUS FRAGILES

L'échantillon de répondants à la 7e édition de la Consultation nationale vivant dans les Outre-mer n'est pas suffisamment important pour réaliser une analyse comparative avec le reste de l'échantillon. Ceci étant, les groupes de discussion menés dans le cadre de la présente étude dans deux territoires ultramarins (en Guyane et à Mayotte), ainsi que les travaux réalisés par ailleurs sur les enfants et les adolescents dans les Outre-mer, mettent en avant des situations et des difficultés accrues et spécifiques.

Le rapport « Grandir dans les Outre-mer – État des lieux des droits de l'enfant » souligne que, malgré la grande diversité des territoires ultramarins, ceux-ci sont confrontés à des inégalités structurelles qui limitent l'effectivité des droits de nombreux enfants et adolescents[27]. **La pauvreté multidimensionnelle, les difficultés d'accès aux soins, à l'éducation et à la protection, les conditions de logement, les inégalités d'accès aux services publics ainsi que l'insuffisance des données disponibles sur la situation des enfants constituent autant de facteurs susceptibles de compromettre la réalisation de leurs droits.** Ces réalités s'inscrivent dans des contextes territoriaux marqués par une démographie particulièrement jeune dans certains territoires, des vulnérabilités socio-économiques importantes et des contraintes institutionnelles qui appellent des réponses différenciées, construites au plus près des réalités locales.

La littérature scientifique spécifiquement consacrée à la santé mentale des enfants et adolescents vivant dans les territoires ultramarins français reste peu abondante, fragmentée et très inégalement répartie selon les territoires. En Guyane, la revue de portée d'Osei et al., consacrée plus largement à la santé pédiatrique, met en évidence d'importantes inégalités de santé et signale une surmortalité suicidaire dans certaines communautés amérindiennes isolées[28].

27. UNICEF France. (2023). Grandir dans les Outre-mer – État des lieux des droits de l'enfant.
28. Osei, L., Brousse, V., Elenga, N., & Lambert, V. (2022). About the need to address pediatric health inequalities in French Guiana: A scoping review. Archives de Pédiatrie, 29(5), 374-383.

Les études menées dans les villages éloignés confirment une vulnérabilité suicidaire particulièrement marquée chez les populations amérindiennes, touchant notamment les plus jeunes, des taux de suicide beaucoup plus élevés dans les zones isolées et un âge au suicide plus jeune que dans les zones non isolées[29,30]. Le poids de la détresse sociale, le manque de possibilités de suivi psychiatrique dans les villages reculés et la nécessité de prendre en compte les dimensions culturelles et transculturelles dans l'analyse des difficultés et l'organisation des soins sont également soulignés[31]. Ces constats se retrouvent dans d'autres territoires ultramarins (en Polynésie française, à la Réunion, en Nouvelle-Calédonie) et s'expliquent en grande partie par des disparités socio-économiques[32,33,34].

L'ensemble de ces éléments suggère que les différences observées en Outre-mer relèvent moins de caractéristiques propres aux enfants et adolescents que de conditions environnementales, sociales et institutionnelles qui rendent l'exercice effectif de leurs droits plus difficile. Ils rappellent que garantir les droits de chaque enfant suppose de réduire les inégalités territoriales d'accès aux ressources, aux services et aux environnements protecteurs, afin que le territoire ne constitue pas un facteur d'inégalité dans les possibilités de grandir, de se développer et de participer pleinement à la vie sociale.

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

Groupes de discussion avec des adolescents vivant en Guyane

[Qu'est-ce qui fait que les jeunes peuvent se sentir moins bien ?]

- « Être loin de la famille. »
- « Ne pas se sentir accepté. Parce qu'il y a un groupe de personnes, tu les vois discuter, mais toi t'es mis de côté. »
- « Par exemple, dans certains sujets, quand on parle avec les autres, ils disent : "Qu'est-ce que tu connais, toi ? Tu viens du fleuve. Tu viens de la forêt." »
- « Pas de loisirs. On s'ennuie. »
- « Ah, si on pouvait changer de peau, changer de rôle. Allez, viens. Va vivre ma vie. Viens, viens prendre. Tu vas voir. »

29. Pacot, R., Garmit, B., Pradem, M., Lucarelli, A., Brousse, P., Mosnier, É., Travers, P., & Nacher, M. (2018). The problem of suicide among Amerindians in Camopi-Trois Sauts, French Guiana 2008–2015. BMC Psychiatry.
30. Guarmit, B., Brousse, P., Lucarelli, A., Donutil, G., Cropet, C., Mosnier, E., Travers, P., & Nacher, M. (2018). Descriptive epidemiology of suicide attempts and suicide in the remote villages of French Guiana. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53(11), 1247–1255.
31. Ogrizek, A., Ramey, D., Delcambre, V., Simon, A., Abdelhak, M. A., Moro, M. R., & Lachal, J. (2023). Équipe mobile de pédopsychiatrie en territoire guyanais : questionnement de l'adolescent amérindien. L'Encéphale, 49(4), 373-377.
32. Sebbane, D., Wathelet, M., Amadeo, S., Goodfellow, B., Roelandt, J.-L., Dourgnon, P., & Chevreul, K. (2024). Ethnic disparities in mental health problems in New Caledonia and French Polynesia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(11), 952–962.
33. Aoun, J., Copin, C., Portelette, M., Orri, M., & Spodenkiewicz, M. (2025). Suicidal thoughts and behavior of adolescents with depression in Reunion Island - evolution before and after the initial Covid-19 lockdown. L'Encéphale, 51(2), 154-159.
34. Sebti, J., Serres, M., Calabro, V., & Tsai, G. E. (2024). Suicide attempts during the era of COVID-19: A prospective analysis over three years. Department of Psychiatry, Centre Hospitalier de la Polynésie Française / Autopsom Project.

4 - LA SANTÉ MENTALE, MIROIR DES INÉGALITÉS VÉCUES PAR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS



Cette partie a vocation à renseigner sur les difficultés de santé mentale rencontrées par les participants à la 7e édition de la Consultation nationale. Les indicateurs utilisés pour la présente étude, c'est-à-dire les différents scores relatifs aux difficultés émotionnelles, comportementales et d'hyperactivité et inattention ne constituent pas un diagnostic clinique de trouble, les répondants n'ayant pas été directement observés par des cliniciens. **Ces indicateurs permettent néanmoins de repérer des niveaux élevés de difficultés déclarées par les répondants.** De surcroît, dans la mesure où l'échantillon est non représentatif, les résultats doivent être lus comme des signaux tendanciels, et non comme une estimation directe de prévalence en population générale. **Les analyses portant sur les difficultés psychiques ont pu être réalisées pour environ 96 % de l'échantillon global** (Tableau 3 en annexe 1).

01 L'AMPLEUR ET LA DIVERSITÉ DES DIFFICULTÉS PSYCHIQUES DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

DES DIFFICULTÉS FRÉQUENTES, MAIS ORGANISÉES DIFFÉREMMENT SELON L'ÂGE ET LE GENRE

Dans l'ensemble de l'échantillon enquêté, un tiers des participants présente au moins une difficulté psychique élevée (voir définition et mode de calcul dans l'encadré en page 14). Ce niveau global recouvre toutefois des profils très différents selon l'âge. Chez les 6-10 ans, les scores élevés concernent surtout les problèmes émotionnels et les problèmes comportementaux (environ un quart des participants pour les deux domaines). Chez les 11-18 ans, les proportions sont plus faibles pour ces deux dimensions (respectivement 15 % et 9 %), mais l'hyperactivité et les difficultés d'attention deviennent relativement plus présentes (14 %, contre 10 % chez les 6-10 ans) (Tableau 3 en annexe 1).

Le genre différencie également les profils. Les filles présentent plus souvent un score de difficultés émotionnelles élevé (plus d'un quart contre 12 % chez les garçons). Les garçons, eux, présentent davantage de problèmes comportementaux élevés (près d'un sur 5 contre un peu plus de 1 sur 10 chez les filles). En revanche, les difficultés élevées de l'ordre de l'hyperactivité et de l'inattention sont proches entre filles et garçons (environ 12 % pour les deux groupes) (Tableau 3 en annexe 1).

35 % des répondants présentent **au moins une difficulté psychique élevée**, qu'il s'agisse de **problèmes émotionnels** (**20 %**), **comportementaux** (**16 %**) ou **d'attention** (**12 %**).

Ces écarts invitent à ne pas parler des difficultés psychiques comme d'un ensemble homogène : les dimensions observées

ne sont pas les mêmes selon les groupes. Ces différences sont classiques et bien connues dans la littérature[35]. Globalement, le constat est fait que les filles, mais aussi les femmes, ont tendance à plutôt présenter des troubles dits « internalisés » (comme l'anxiété, la dépression, les ruminations), quand les garçons, et plus généralement les hommes, présentent le plus souvent des troubles dits « externalisés » (comme l'agitation, l'agressivité, l'impulsivité, la violence). L'interprétation de ce résultat récurrent est complexe et se situe au croisement de facteurs biologiques, psychologiques, relationnels, éducatifs, normatifs et sociaux pour comprendre comment le processus de développement amène, en moyenne, les uns à devenir plus violents et les autres plus anxieuses. Il est important de noter qu'il s'agit ici d'une tendance générale et qu'elle peut ne pas se vérifier pour chaque individu (Tableau 3 en annexe 1).

DES DIFFICULTÉS AVEC RETENTISSEMENT SUR LE FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN RÉPANDUES

En complément de ces indicateurs, l'impact fonctionnel déclaré a été interrogé afin d'obtenir la part de répondants présentant des difficultés psychologiques élevées avec retentissement. Ce retentissement est calculé à partir des questions portant sur la gêne ressentie et sur les conséquences perçues dans plusieurs domaines de vie : le lieu de vie, les amitiés, les apprentissages à l'école et les loisirs. **Cette approche plus fine, via la prise en compte du retentissement, permet donc d'étudier les situations où les difficultés ne sont pas seulement présentes, mais gênent effectivement l'enfant ou l'adolescent dans son fonctionnement et sa vie de tous les jours.** Ces conséquences dépendent de ce qui est attendu et accepté par l'environnement, scolaire et familial notamment.

Lorsque l'on retient uniquement les situations avec retentissement, c'est environ 1 répondant sur 5 (22 %) qui est concerné et présente au moins une difficulté psychique élevée avec impact fonctionnel. La proportion globale est proche entre les 6-10 ans et les 11-18 ans et se situe autour de 22 %, mais la nature de ces difficultés change selon l'âge et en cohérence avec les résultats obtenus lorsque le retentissement de ces difficultés n'est pas pris en compte. En cohérence avec les résultats exposés précédemment, les plus jeunes sont davantage concernés par les problèmes comportementaux avec retentissement (13 % contre 6 % pour les adolescents), tandis que les adolescents sont davantage concernés par l'hyperactivité/inattention avec retentissement (11 % contre 7 % pour les plus jeunes). Les problèmes émotionnels avec retentissement restent élevés dans les deux groupes d'âge, autour de 14 % (Tableau 4 en annexe 1).



Plus d'un participant sur 5 (**22 %**) déclare des **difficultés psychiques élevées ayant un impact sur son quotidien.**

Les analyses complémentaires conduites confirment ces tendances. Après ajustement, les adolescents ayant participé à l'étude ont une probabilité plus faible de présenter des difficultés comportementales avec retentissement que les enfants plus jeunes, mais ils présentent un risque plus élevé de faire l'objet de difficultés de l'ordre de l'hyperactivité et de l'inattention avec retentissement (1,6 fois plus de risque). En revanche, l'âge n'est quasiment pas associé à la probabilité d'avoir au moins une difficulté, tout type confondu, avec retentissement (Tableau 8 en annexe 1).

En parallèle, les écarts entre filles et garçons sont particulièrement marqués s'agissant des difficultés émotionnelles avec retentissement, en cohérence avec les premiers résultats exposés sur les difficultés psychiques sans retentissement. Environ 19 % des filles déclarent des problèmes émotionnels élevés avec retentissement, contre environ 8 % des garçons. À l'inverse, les problèmes comportementaux avec retentissement sont légèrement plus fréquents chez les garçons (10 %) que chez les filles



POINT MÉTHODOLOGIQUE : LES DIFFICULTÉS PSYCHIQUES AVEC RETENTISSEMENT

La prise en compte du retentissement est importante pour l'interprétation de ces résultats. Les difficultés elles-mêmes et leur impact sur la vie quotidienne doivent être distinguées afin de ne pas confondre un niveau élevé de symptômes avec une gêne fonctionnelle déclarée. **Cette distinction permet de ne pas considérer comme pathologiques des situations dans lesquelles les fonctionnements psychiques s'écartent simplement d'une norme statistique, au risque sinon de surmédicaliser. Ce sont bien la souffrance psychique et le retentissement fonctionnel cumulés qui caractérisent la présence des troubles mentaux et, éventuellement, le besoin de soin, et non pas le seul fonctionnement en dehors des normes, qui correspond à une variation non pathologique.** Autrement dit, on peut être plus distrait, plus triste, plus actif ou encore plus imprévisible que la moyenne sans que cela ne justifie le déclenchement d'une évaluation médico-psychologique, et moins encore la mise en place d'un traitement médical, psychothérapique ou psychosocial. Cependant, même pour cette population déclarant des difficultés en santé mentale avec retentissement, on ne peut affirmer qu'il existe un besoin de soin.

35. Singh, K., & Wendt, F. R. (2024). Effects of sex and gender on the etiologies and presentation of select internalizing psychopathologies. *Translational psychiatry*, 14(1), 73.
Farhane-Medina, N. Z., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R. (2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science progress*, 105(4).
Kayrouz, R., Karin, E., Staples, L., Dear, B., Nielssen, O., & Titov, N. (2025). A review of the 257 meta-analyses of the differences between females and males in prevalence and risk, protective factors, and treatment outcomes for mental disorder. *BMC psychiatry*, 25(1), 677.

(8 %) (Tableau 4 en annexe 1). Les ajustements réalisés dans les analyses mettent en avant que les garçons ont une probabilité beaucoup plus faible que les filles de rencontrer des problèmes émotionnels élevés avec retentissement, mais plus élevée de problèmes comportementaux avec retentissement (1,3 fois plus de risque) (Tableau 8 en annexe 1).



19 % des filles ayant participé déclarent des **problèmes émotionnels élevés avec retentissement**, contre **8 % des garçons**, qui déclarent eux davantage de **difficultés comportementales** (**10 %** contre **8 %** des filles).

► **Les difficultés avec retentissement concernent une part importante de l'échantillon, mais les résultats suggèrent que les écarts ne portent pas seulement sur la fréquence globale des difficultés : ils concernent aussi leur forme, variable notamment en fonction de l'âge et du genre. L'hypothèse peut être faite que beaucoup de ces problématiques sont des troubles de l'adaptation, c'est-à-dire des réactions psychologiques excessives ou prolongées face à un événement stressant ou un changement de vie difficile, comme ceux qui sont survenus durant et à la suite de la pandémie de Covid-19, liés à l'accumulation de facteurs de stress qui saturent les capacités d'adaptation[36].**

02 LES DIFFICULTÉS PSYCHIQUES SUIVENT UN GRADIENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

DES CONFIGURATIONS FAMILIALES POUVANT IMPACTER LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Les analyses menées font apparaître une corrélation nette entre les difficultés psychiques élevées avec retentissement déclarées par les enfants et les adolescents et les configurations familiales dans lesquelles ils grandissent. Ainsi, la proportion d'enfants ou d'adolescents présentant au moins une difficulté élevée avec retentissement est de 20 % parmi ceux vivant avec leurs deux parents, de 24 % pour ceux vivant en garde alternée, de 29 % parmi ceux vivant avec un seul parent et de 30 % parmi ceux ne vivant avec aucun des deux parents. Ce lien est observé pour les quatre types de difficultés, même s'il est particulièrement visible pour les difficultés émotionnelles et les difficultés liées à de l'hyperactivité et de l'inattention (Tableau 5 en annexe 1).



Les enfants et les adolescents ayant participé et **vivant avec un seul de leurs parents ou sans leurs parents** ont entre **1,5** et **2,3 fois plus de risque** que les autres enfants de rencontrer des **difficultés psychiques élevées impactant leur quotidien.**

Après ajustement, il est démontré que, dans cette étude, vivre avec un seul parent multiplie par 1,5 à 1,8 le risque de rencontrer des difficultés élevées avec retentissement dans chacun des domaines de difficultés étudiés (émotionnelles, comportementales, de concentration). Vivre avec aucun des deux parents multiplie jusqu'à 2,3 le risque des difficultés élevées avec retentissement (Tableau 8 en annexe 1).

Sans affirmer qu'une séparation parentale est nécessairement à l'origine de difficultés en santé mentale pour certains enfants et adolescents, il est toutefois admis qu'un changement de

POINT MÉTHODOLOGIQUE : LE MODÈLE DE RÉGRESSION ET LES ODDS RATIO POUR COMPRENDRE AVEC PRÉCISION LES LIENS ENTRE DIFFÉRENTES CARACTÉRISTIQUES

Les écarts entre groupes peuvent tenir à une seule caractéristique ou à la conjonction de plusieurs paramètres. Il se pourrait par exemple que l'association entre handicap et problèmes psychiques soit liée au fait que le handicap entraîne une difficulté d'accès au logement, ou des séparations chez les parents, et que ce soit cette difficulté d'accès ou ces séparations qui engendrent les difficultés psychologiques. Les modèles statistiques logistiques multivariables, dans lesquels on intègre simultanément plusieurs variables, permettent de dépasser cette possibilité de confusion (Tableau 8 en annexe 1)[37].

Le calcul des Odds Ratio (OR) permet de mesurer avec davantage de précision l'association avérée entre une caractéristique et la probabilité de présenter un problème de santé mentale. **Un OR supérieur à 1 indique que cette caractéristique est associée à une probabilité plus élevée de présenter le problème de santé mentale étudié, tandis qu'un OR inférieur à 1 indique un effet protecteur de cette caractéristique.** Un OR se comprend ainsi : un OR de 2, par exemple, signifie que les risques de présenter le problème sont environ deux fois plus élevés que si la personne n'avait pas cette caractéristique. De ces calculs ressortent des enseignements importants.

Dans le présent rapport, la mention "Après ajustement" indique que les chiffres qui suivent ont été développés via la méthode de calcul des Odds Ratio.

36. World Health Organization. (2022). Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief.
37. Pour cela, sont estimées les associations entre chaque caractéristique et les difficultés observées sur le SDQ avec retentissement (variable « expliquée »), en tenant compte simultanément de l'âge, du genre, du lieu de vie, de la personne avec qui vit l'enfant et du handicap ou de la maladie chronique (variables « explicatives » tableau 8).

configuration familiale peut affecter les enfants et les adolescents et impacter, même temporairement, leur santé mentale. Ce constat est encore plus valable dans le cas des enfants et des adolescents qui grandissent loin de leurs parents ou sans eux[38]. Il se vérifie aussi dans le cas des familles monoparentales, surexposées à la précarité voire à la pauvreté. Ceci étant, les difficultés rencontrées par certains enfants de familles monoparentales ne sont ni inévitables ni tout à fait liées à la structure familiale elle-même, mais plutôt le fait de conditions sociales, économiques et relationnelles dégradées[39].

Ces résultats sont confortés par les propos tenus par les adolescents lors des groupes de discussion. La distance avec la famille, l'absence d'un parent, les placements ou les difficultés du domicile sont associés au mal-être. L'absence de famille ou son instabilité peut être vécue comme une perte de repères et de sécurité et, dans plusieurs récits, cela occupe une place centrale dans l'expérience de souffrance.

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

- « J'étais placé… j'étais même pas bien parce que j'étais tout loin… J'ai vu ma mère… deux jours sur les quatre mois. »
- « Je n'ai jamais vu mon père. Je ne l'ai jamais vu, ça a créé un manque… »

SANTÉ MENTALE ET LIEU DE VIE : DES ASSOCIATIONS À PRENDRE AVEC PRÉCAUTION

Une autre corrélation est observée entre les difficultés psychiques élevées avec retentissement déclarées par les enfants et les adolescents et leur lieu de vie. Ainsi, la proportion d'au moins une difficulté élevée avec retentissement est de 22 % chez les enfants et adolescents vivant en maison ou appartement, alors qu'elle est de 25 % pour ceux hébergés à l'hôtel ou en centre d'hébergement et de 28 % pour ceux qui sont suivis par la protection de l'enfance (Aide sociale à l'enfance ou Protection judiciaire de la jeunesse) (Tableau 6 en annexe 1). Ces résultats doivent être lus avec prudence dans la mesure où les effectifs de répondants vivant hors maison ou appartement sont nettement plus faibles. **Ils signalent néanmoins que les lieux de vie les plus précaires ou les institutions accueillant des enfants et adolescents vulnérables et en danger concentrent davantage de difficultés psychiques déclarées.**

Après ajustement, le lien entre difficultés psychiques avec retentissement et lieu de vie est plus nuancé. Le lien le plus net concerne les difficultés comportementales chez les enfants et adolescents vivant en protection de l'enfance, leur risque d'en présenter étant multiplié par 1,9, en comparaison avec les autres enfants et adolescents (Tableau 8 en annexe 1). **Cela signifie que le lieu de vie n'est pas nécessairement en tant que tel le facteur associé aux problématiques psychiques, mais que ce sont d'autres facteurs confondants qui peuvent en être responsables[40]**. On peut par exemple présenter des troubles de santé mentale en vivant en foyer, mais y vivre parce qu'on a perdu ses deux parents, et cette perte peut être beaucoup plus déterminante dans la souffrance psychique que le fait de vivre en foyer.

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Qu'est-ce qui est important pour aller bien ?]

- « Parfois, t'aimes bien être seul, tu reviens des cours, tu veux te reposer. Moi, j'ai besoin d'un peu de calme. Déjà qu'avec une chambre *[pour toute la famille]*, ce n'est pas trop idéal. »

HANDICAP ET MALADIE CHRONIQUE : DES DÉTERMINANTS MAJEURS DE LA SANTÉ MENTALE

Le résultat le plus saillant concerne les enfants et adolescents déclarant une situation de handicap ou une maladie chronique. Dans ce groupe, 41 % présentent au moins une difficulté élevée avec retentissement. Cette différence est visible dans toutes les dimensions de difficultés psychiques recensées : 28 % d'entre eux affirment rencontrer des problèmes émotionnels impactant leur quotidien (contre 13 % pour ceux ne déclarant aucun handicap ni maladie chronique), 21 % font état de difficultés élevées de l'ordre de l'hyperactivité et de l'inattention (contre 8 % chez les autres) et 16 % évoquent des problèmes comportementaux avec retentissement (contre 9 % chez les autres) (Tableau 7 en annexe 1).

Après ajustement, il apparaît que les risques d'être concerné par au moins une difficulté avec retentissement sont multipliés par 2,7 pour les enfants et les adolescents concernés. Plus précisément, ces derniers ont 2,8 fois plus de risque de rencontrer des problèmes émotionnels, 2,1 fois plus de risque de faire face à des difficultés comportementales, 2,8 fois plus de risque d'avoir des difficultés liées à de l'hyperactivité et de l'inattention (Tableau 8 en annexe 1). **Cela signifie que, dans cette étude, présenter un handicap ou une maladie chronique est le**

38. Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) de Seine-Saint-Denis. (2022). Synthèse de l'atelier : Protection de l'enfance et santé mentale : quels troubles, quels enjeux de dépistage et d'accompagnement ?
39. INSEE. (2023). Enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), 2020 à 2022.
Yadav, P. (2025). The psychological and social effects of single parenting on the development of children. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology*, 12(2), 368-376.
40. UNICEF France, Samusocial de Paris, & Santé publique France. (2022). Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants. *Rapport Grandir sans chez-soi*, 13-17.

principal facteur de risque de présenter des problématiques psychiques avec retentissement.



41 % des répondants déclarant **un handicap ou une maladie chronique** présentent aussi au moins une **difficulté psychique** élevée avec retentissement. Leur **risque d'être exposés** à ces difficultés sont **multipliés par 2,7**.

Ce résultat est cohérent avec le résultat de nombreuses études existantes, nationales et internationales, sur les liens entre handicap, maladie chronique et santé mentale. Des facteurs de risque biologiques, environnementaux ou sociaux sont ici à l'œuvre et font que les enfants et les adolescents souffrant de maladies chroniques ou de handicaps sont plus exposés aux troubles de santé mentale[41]. **L'exposition à un cumul de facteurs de vulnérabilité (limitations fonctionnelles, contraintes liées aux soins, difficultés scolaires et sociales) augmente leur risque de difficultés psychologiques et est souvent conjugué à la stigmatisation et aux difficultés d'insertion et de progression sociales associées rencontrées[42].**

LA PEUR DU MANQUE D'ARGENT, UN FACTEUR DÉLÉTÈRE AU BIEN-ÊTRE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Le lien entre la peur de manquer d'argent et les conséquences sur la santé mentale est réel et très fort. Après ajustement, il apparaît que c'est bien l'éventuelle peur du manque de ressources chez un enfant ou un adolescent qui vient impacter sa santé mentale, plus que son âge ou son lieu de vie. Plus précisément, par rapport aux enfants et adolescents qui déclarent ne pas avoir cette peur, ceux qui y sont confrontés parfois ont **un risque presque 3 fois supérieur de rencontrer au moins une difficulté psychique élevée avec retentissement** ; ceux qui y sont confrontés souvent ont un risque 5 fois supérieur aux autres. Cette association se vérifie pour tous les types de difficultés psychiques, mais elle est particulièrement élevée pour les difficultés émotionnelles, puisque les enfants et les adolescents craignant de manquer d'argent ont 6 fois plus de risque que les autres de rencontrer ce type de difficultés (Tableau 9 en annexe 1).



Pour les participants craignant souvent que leur **famille manque d'argent**, le **risque de rencontrer des difficultés psychiques avec retentissement** est **multiplié par 5**.

La peur de manquer d'argent occupe ici une place centrale et traduit une expérience vécue d'insécurité. Le fait que cette crainte soit fortement associée à tous les types de difficultés de santé mentale ici étudiées, même après avoir tenu compte des possibles corrélations avec d'autres variables et caractéristiques, soutient l'idée que **les difficultés de santé mentale des enfants et adolescents ne peuvent pas être isolées des conditions sociales dans lesquelles ils vivent.** Plusieurs travaux montrent que la perception qu'ont les jeunes des difficultés économiques de leur famille est associée à leur bien-être et à leur fonctionnement scolaire et psychosocial[43].

Les groupes de discussion ont aussi permis de mettre en lumière **les préoccupations des adolescents vis-à-vis des contraintes matérielles qu'ils rencontraient.** L'argent et les ressources matérielles sont évoqués comme des conditions concrètes de la vie quotidienne. Les propos ne renvoient pas uniquement à la consommation : ils concernent aussi la possibilité de disposer d'un logement, de nourriture, de vêtements, de mobilité ou d'un environnement stable. Le manque matériel peut limiter les activités, les relations et la capacité à se projeter.



CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Quel est l'impact du manque d'argent sur la façon dont les enfants et les adolescents se sentent ?]

- « Les adultes, ils ont le foyer à gérer, s'assurer qu'à la fin du mois il y aura quelque chose à manger. Nous, on a d'autres préoccupations, mais ça change aussi la santé mentale. »
- « Si tu n'as pas d'argent, tu ne peux rien faire. »

[De quoi avez-vous besoin pour vous sentir bien ?]

- « Un endroit pour dormir, de quoi se nourrir, de quoi se laver, de l'aide. »

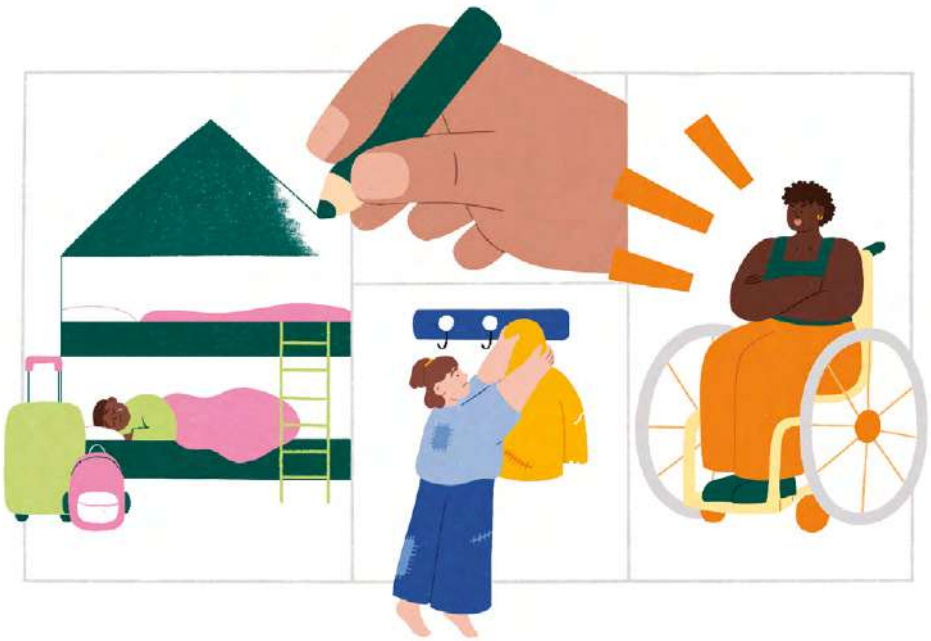
À l'inverse, la situation d'emploi des parents n'est pas associée de façon significative aux difficultés de santé mentale. Ce qui semble compter davantage, dans cette étude, n'est pas tant le fait que les parents travaillent ou non, mais la manière dont la situation économique de la famille est vécue et perçue par les répondants.

03 LA SANTÉ MENTALE À L'ÉPREUVE DU RESPECT DES DROITS ET DES PRIVATIONS

LE NON-RESPECT DES DROITS IMPACTE NÉGATIVEMENT LA SANTÉ MENTALE

Les analyses mettent en évidence une relation étroite entre les difficultés psychiques déclarées par les enfants et les adolescents

41. Santé publique France. (2026). Facteurs associés à la présence d'au moins un trouble probable de santé mentale chez les enfants scolarisés de 6 à 11 ans. *Résultats de l'étude Enabee 2022 en France hexagonale, 11.*
42. Stein, R. E. (2022). Mental health concerns and childhood chronic physical health conditions: a narrative review. *Pediatric Medicine, 5.*
Totsika, V., Liew, A., Absoud, M., Adnams, C., & Emerson, E. (2022). Mental health problems in children with intellectual disability. *The Lancet Child & Adolescent Health, 6(6), 432-444.*
43. Mistry, R. S., & Elenbaas, L. (2021). It's All in the Family: Parents' Economic Worries and Youth's Perceptions of Financial Stress and Educational Outcomes. *Journal of Youth and Adolescence, 50, 724–738.*



et leur perception du respect de leurs droits. **Cette association est particulièrement marquée à l'école.** Parmi l'ensemble des enfants et adolescents présentant au moins une difficulté avec retentissement, seuls 41 % d'entre eux estiment que leurs droits y sont respectés (contre 55 % dans l'échantillon global). Parmi eux, seuls 33 % estiment que leurs droits sont respectés dans leur ville ou leur village (contre 46 % dans l'échantillon global).

Le domicile demeure l'espace dans lequel les droits sont le plus souvent considérés comme respectés, mais chez les enfants et adolescents confrontés à une ou plusieurs difficultés psychiques avec retentissement, le chiffre est tout de même plus faible (63 %, contre 76 % au global). Les enfants les plus en difficulté sont plus nombreux à estimer que leurs droits ne sont respectés dans aucun lieu. Cette situation concerne 13 % des enfants et adolescents présentant au moins une difficulté avec retentissement (contre 7 % de l'échantillon global) (Tableau 2 en annexe 1 et tableau en annexe 2).

Seulement **41 %** des enfants et adolescents de l'étude rencontrant des **difficultés psychiques** élevées avec retentissement estiment que **leurs droits sont respectés à l'école** et **13 %** d'entre eux estiment que **leurs droits ne sont respectés nulle part.**

Pris ensemble, les résultats montrent que les droits de l'enfant ne constituent pas seulement un cadre juridique ou éthique : ils apparaissent également comme un déterminant majeur de la santé mentale. Il est important de souligner que les dimensions suivantes peuvent se renforcer mutuellement : des environnements insuffisamment protecteurs peuvent accentuer la vulnérabilité psychologique, tandis que les difficultés psychiques peuvent influencer la perception des relations et des lieux de vie.

► **La protection, l'écoute, la participation, la non-discrimination et la qualité des environnements constituent des dimensions complémentaires du bien-être et du développement des enfants. La non-effectivité de ces droits s'accompagne d'une plus grande vulnérabilité psychologique.**

DES PRIVATIONS ALIMENTAIRES LIÉES AUX DIFFICULTÉS PSYCHIQUES

Concernant la sécurité alimentaire, la corrélation est nette, même après ajustement. **Déclarer ne pas prendre trois repas par jour est associé à une augmentation des risques d'avoir des difficultés psychiques avec retentissement, sur l'ensemble des types de difficultés interrogées ici.** En effet, ce risque est près de 2 fois supérieur pour les enfants et les adolescents mangeant moins de 3 repas par jour. L'absence de fruits ou de légumes frais quotidiens présente un niveau d'association proche (risque 1,6 fois supérieur). L'absence d'au moins un repas avec protéine par jour est aussi associée à ces difficultés, mais de manière moins marquée (risque 1,2 fois) (Tableau 10 en annexe 1).

Les enfants et adolescents **ne mangeant pas trois repas par jour ont un risque** près de **2 fois** supérieur de **rencontrer des difficultés psychiques élevées avec retentissement.**

Ces résultats doivent être interprétés comme des indicateurs de l'effet des conditions de vie. Si l'alimentation ne résume pas à elle seule la situation socio-économique, elle donne cependant à voir des contraintes concrètes et quotidiennes qui pèsent sur la santé mentale des enfants et des adolescents[44].

44. UNICEF France, Samusocial de Paris, & Santé publique France. (2022). Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants. *Rapport Grandir sans chez-soi,* 16.

DES ACTIVITÉS PRATIQUÉES EN DEHORS DE L'ÉCOLE FAVORABLES À LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

L'analyse des résultats met en avant le fait que l'absence d'activité sportive hebdomadaire est associée à une probabilité plus élevée de présenter des difficultés émotionnelles, comportementales ou attentionnelles avec retentissement, même après ajustement (1,5 fois plus de risque). Ce constat d'une relation entre activités sportives extrascolaires et santé mentale est cohérent avec la littérature existante et abondante sur le sujet et montrant que l'activité physique régulière constitue un facteur protecteur favorable à une meilleure santé mentale (Tableau 11 en annexe 1)[45].

En revanche, contrairement à l'activité physique, les activités culturelles et artistiques ne paraissent pas jouer un rôle aussi déterminant sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Cela ne signifie pas que pratiquer ce type d'activités n'a aucune incidence sur le bien-être des enfants et des adolescents, mais plutôt que les corrélations observées semblent dépendre du type d'activité pratiquée, des modalités de participation, des préférences de l'enfant ainsi que des ressources sociales et culturelles de son environnement familial[46].

Les discours des adolescents recueillis dans le cadre des groupes de discussion vont également dans ce sens. **Bien dormir, prendre soin de son corps, faire du sport et disposer de besoins fondamentaux satisfaits sont présentés comme des conditions du bien-être.**

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Qu'est-ce qui vous aide à aller mieux ?]

- « Manger. Dormir. Faire du sport. »
- « Faire du sport, prendre soin de sa santé. Et bien dormir *[permet d'aller bien]*. »
- « Sinon, je vais faire du sport… pour changer les idées. »

► Ces résultats constituent des indicateurs de ressources et de contraintes qui s'inscrivent dans un ensemble plus large de déterminants sociaux influençant les trajectoires de développement et la santé mentale des enfants et des adolescents[47]. Ils invitent à lire les difficultés psychiques déclarées comme un phénomène multidimensionnel, et en particulier socialement différencié. Les écarts observés ne relèvent pas uniquement de caractéristiques individuelles, mais ils s'inscrivent notamment dans des configurations familiales, économiques, sociales, éducatives et de santé qui structurent les conditions de vie des enfants et adolescents et déterminent les probabilités de présenter ou non des problèmes de santé mentale.

De ce fait, des actions d'amélioration de l'environnement pourraient se révéler beaucoup plus efficaces que des stratégies médico-psychologiques centrées sur les individus[48,49]. C'est le cas, par exemple, pour les préoccupations et craintes légitimes concernant les risques climatiques et la dégradation des milieux de vie qui relèvent bien davantage d'actions politiques que de traitements anxiolytiques[50].

À la différence de nombre de maladies somatiques, qui sont de plus en plus fréquentes avec l'avancée en âge, les troubles mentaux surviennent tôt dans la vie, avec un impact sur l'ensemble du parcours de vie et l'adolescence constitue une période durant laquelle se déclarent la plupart de ces troubles[51].

► Cela confirme l'importance d'intervenir tôt auprès de ces enfants et de ces adolescents, pour éviter la survenue et le développement de ces troubles ainsi que les dégradations cumulatives qui y sont liées[52]. Ceci est d'autant plus essentiel que les enquêtes françaises récentes auprès des adolescents font état d'une dégradation des indicateurs de santé mentale et d'un creusement des écarts entre les genres, les filles présentant une situation plus défavorable en matière de mal-être psychologique[53].

45. Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. British journal of sports medicine, 57(18), 1203-1209.
Biddle, S. J., Ciaccioni, S., Thomas, G., & Vergeer, I. (2019). Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. Psychology of sport and exercise, 42, 146-155.
46. Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. World Health Organization. Regional Office for Europe.
Fancourt, D., & Steptoe, A. (2019). Cultural engagement and mental health: Does socio-economic status explain the association? Social Science & Medicine, 236, 112425.
Zarobe, L., & Bungay, H. (2017). The role of arts activities in developing resilience and mental wellbeing in children and young people: a rapid review of the literature. Perspectives in public health, 137(6), 337-347.
47. UNICEF France. (2026). Rapport de l'Observatoire des droits de l'enfant 2026, 24-25.
48. World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. *World Health Organization.*
49. Gromada, A., Rees, G., Chzhen, Y., & al. (2020). Worlds of influence: Understanding what shapes child well-being in rich countries.
50. Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., & Van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. The Lancet Planetary Health, 5(12), e863-e873.
51. Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current opinion in psychiatry, 20(4), 359-364.
52. McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., & Zaslavsky, A. M. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. The Lancet Psychiatry, 10(9), 668-681.
53. Ibrahim, N., Groffe, G., Devernay, M., Jacquin, P., Fourmaux, C., Belien-Pallet, V., & Stheneur, C. (2026). Adolescent health trends in France over the past three decades: Summary and commentary by the French society for adolescent health based on the High Council for Public Health Report. Archives de pédiatrie, 33(4), 105516.

5 – LE SOUTIEN : PREMIER REMPART CONTRE LE MAL-ÊTRE, POURTANT INÉGALEMENT ACCESSIBLE

Cette partie vise à mieux comprendre les différentes dimensions du soutien dont disposent les enfants et les adolescents ayant participé à la 7e édition de la Consultation nationale lorsqu'ils rencontrent des difficultés de santé mentale. Pour répondre à cette question, elle explore trois dimensions complémentaires du soutien social : les ressources relationnelles que les enfants et les adolescents identifient autour d'eux **(soutien déclaré)**, la manière dont ils perçoivent le soutien qu'ils reçoivent **(soutien perçu)** et, lorsque ces ressources ne suffisent plus, le **recours envisagé à une aide professionnelle.** Enfin, elle examine **les liens entre ces différentes dimensions du soutien et la santé mentale des enfants et des adolescents,** telle que déclarée par les enfants et les adolescents eux-mêmes dans leurs réponses au questionnaire.

L'objectif est ainsi de dépasser une approche centrée uniquement sur la simple existence de soutiens pour mieux comprendre si chaque enfant dispose réellement d'un environnement relationnel sécurisant : des personnes vers qui se tourner, des adultes capables d'accueillir sa parole, des liens qui lui permettent de se sentir reconnu et des ressources adaptées lorsque les difficultés dépassent ce que le soutien de l'entourage peut apporter.

Comme dans la partie précédente du rapport, il faut noter que les indicateurs de santé mentale avec retentissement utilisés (SDQ) ne doivent pas être interprétés comme des diagnostics cliniques. Ils combinent un score élevé dans une dimension de difficultés et un impact dans la vie quotidienne, tels que déclarés par les enfants et les adolescents dans leurs réponses au questionnaire. Par ailleurs, les résultats obtenus et les analyses conduites restent basés sur un échantillon non représentatif.

01 VERS QUI LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS SE TOURNENT LORSQU'ILS RENCONTRENT UN PROBLÈME ?

La Convention internationale des droits de l'enfant reconnaît un rôle central aux parents et aux autres adultes responsables dans l'accompagnement du développement de l'enfant (articles 5 et 18) et dans le droit de l'enfant à bénéficier du meilleur état de santé possible, y compris en matière de santé mentale (article 24). Les enfants et adolescents peuvent ainsi légitimement attendre de leur entourage proche écoute, protection, accompagnement et soutien[54].

Cette dimension du soutien en cas de difficultés a aussi été explorée auprès d'enfants de 3 à 5 ans, dans le cadre de l'étude pilote conduite auprès d'enfants de cette tranche d'âge. Les résultats sont présentés dans la partie 12, page 66, de ce rapport.

DES RESSOURCES RELATIONNELLES GLOBALEMENT DISPONIBLES ET NOMBREUSES

Pouvoir compter sur une personne ou une institution en cas de difficulté constitue une dimension essentielle de soutien pour les enfants et les adolescents, et est donc un facteur protecteur et favorable à leur santé mentale. **Les résultats montrent que la très grande majorité des enfants et des adolescents identifient au moins une personne susceptible de les aider lorsqu'ils rencontrent un problème.** Les résultats montrent que 87 % des enfants et adolescents de l'échantillon déclarent pouvoir compter sur au moins un proche lorsqu'ils rencontrent une difficulté. La famille constitue le premier pilier de ce soutien quotidien : 83 % des répondants indiquent pouvoir se tourner vers un parent ou un autre adulte de leur entourage familial.

LES 3 NIVEAUX DE SOUTIEN SOCIAL

Les analyses reposent sur trois indicateurs complémentaires :

- **Le soutien déclaré**, qui correspond aux personnes ressources vers lesquelles les enfants et les adolescents déclarent pouvoir se tourner lorsqu'ils rencontrent un problème. Il peut s'agir d'un soutien informel, lorsque les enfants et adolescents se tournent vers les proches, et/ou d'un soutien formel, lorsque ce sont des professionnels qui sont sollicités.
- **Le soutien perçu**, qui renvoie au sentiment subjectif de pouvoir vraiment compter sur des personnes disponibles, de pouvoir leur parler de ses difficultés et de se sentir soutenu. Celui-ci peut être considéré comme élevé ou faible.
- **Le soutien insuffisant**, qui est un indicateur synthétique identifiant les situations où les ressources relationnelles apparaissent limitées, soit parce que l'enfant ne déclare aucune personne ressource, soit parce qu'il rapporte un faible soutien perçu.

54. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2022). La Situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, 68-69.

Plus d'un enfant et adolescent sur deux (52 %) déclare également pouvoir solliciter un professionnel. Les professionnels du soin (médecins généralistes…) sont les plus fréquemment cités (40 %), devant les adultes de l'école (24 %), les professionnels de santé mentale (13 %) et les assistants sociaux (3 %) (Tableau 12 en annexe 1). Ces résultats traduisent l'existence, pour la plupart des enfants et des adolescents, d'un environnement relationnel potentiellement protecteur.



87 % des répondants déclarent pouvoir **compter sur au moins un proche** en cas de difficultés : **83 %** identifient **un membre de leur famille** et **52 %** sollicitent **un professionnel**.

Et ces ressources sont rarement isolées les unes des autres. Près de trois répondants sur quatre (73 %) déclarent pouvoir mobiliser au moins deux sources de soutien différentes, traduisant l'importance d'un réseau relationnel diversifié. À l'inverse, 2 % des enfants et adolescents de l'étude déclarent ne pouvoir compter sur aucune personne en cas de difficulté, situation particulièrement préoccupante au regard des risques d'isolement qu'elle peut engendrer (Tableau 12 en annexe 1).



Près des trois quart (**73 %**) des participants affirment pouvoir mobiliser **au moins 2 sources de soutien**, mais **2 %** déclarent **ne pouvoir compter sur personne.**



CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Qu'est-ce qui donne envie de parler à un adulte ?]

► « Ce qui donne envie de parler à un adulte, c'est quand tu sens que la personne va t'écouter. »

DES RESSOURCES DISPONIBLES, MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIES

Si la majorité des enfants et des adolescents ayant participé à cette étude disposent de ressources relationnelles, les analyses mettent en évidence des écarts selon l'âge, le genre et surtout selon les conditions de vie des enfants et des adolescents.

Les plus jeunes (6-10 ans) déclarent plus fréquemment pouvoir s'appuyer sur leurs proches que les adolescents (95 % contre 81 %). Avec l'avancée en âge, les formes de soutien évoluent, traduisant une diversification des sources de soutien mobilisées : **le soutien familial demeure important mais est moins exclusivement sollicité, tandis que les adolescents déclarent plus fréquemment recourir à des ressources extérieures**[55]. 58 % des adolescents déclarent ainsi pouvoir s'adresser, en cas de problème, à un professionnel, contre 44 % des plus jeunes, et notamment aux professionnels de santé (54 % des adolescents contre 22 % des plus jeunes pour les soins somatiques, et 18 % des adolescents contre 6 % des plus jeunes pour la santé mentale) (Tableau 12 en annexe 1).



Les adolescents affirment pouvoir **compter sur des professionnels** (**58 %**) alors que **les enfants plus jeunes** déclarent s'appuyer davantage sur **leurs proches** (**95 %**).

Les discours des adolescents ayant participé aux groupes de discussion vont également dans ce sens. **Ils affirment notamment que, lorsque les relations familiales sont satisfaisantes, elles constituent un appui majeur.** Être avec ses parents, rester en contact avec sa famille ou disposer d'un accueil familial sécurisant sont associés au sentiment d'aller bien. La famille représente alors un espace de continuité et de protection.

Si les différences selon le genre sont plus limitées, **les filles déclarent cependant un recours légèrement plus fréquent aux professionnels** (55 % des filles contre 49 % des garçons), particulièrement s'agissant des professionnels du soin (44 % contre 37 %) et de la santé mentale (14 % contre 11 %). **Elles déclarent également un réseau relationnel un peu plus diversifié que les garçons** : elles sont notamment plus nombreuses à identifier les amis comme soutien (30 % contre 23 %) (Tableau 12 en annexe 1)[56]. Ces écarts peuvent traduire des manières différentes d'exprimer les difficultés et de rechercher de l'aide. **Ils sont cohérents avec les données de la littérature existante sur le sujet montrant que les adolescentes et les femmes recourent plus fréquemment que les garçons et les hommes aux ressources de soutien psychologique et aux soins en santé mentale.** Les normes et les facteurs sociaux et culturels sont déterminants ici : les filles seraient davantage encouragées à exprimer leurs émotions et à solliciter du soutien, tandis que l'autonomie, le contrôle émotionnel et l'autosuffisance sont davantage valorisés chez les garçons[57].

Les écarts les plus marqués concernent toutefois les différentes situations familiales. **Les enfants et adolescents vivant dans des configurations familiales dans lesquelles les ressources relationnelles adultes qui sont susceptibles de contribuer à la gestion des problématiques quotidiennes sont moins nombreuses (familles monoparentales ou enfants et**

55. Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development. *The Journal of Early Adolescence*, 24(1), 55-62. Laursen, B., & Collins, W. A. (2009). Parent-child relationships during adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 2, 1-42.
56. Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 161-187.
57. Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC psychiatry,* 20(1), 293.

adolescents vivant en institution de la protection de l'enfance) rapportent moins souvent disposer de soutien. Les différences sont notamment visibles concernant le soutien par la famille (85 % lorsque les deux parents sont présents au domicile ou via la garde alternée contre 78 % pour ceux vivant avec un seul parent et 51 % pour les enfants et adolescents suivis par la protection de l'enfance). Ces constats sont également valables pour les enfants et adolescents en situation de handicap, qui déclarent légèrement moins de ressources relationnelles que les autres (Tableau 13 en annexe 1).



Seuls **51 %** des enfants et des adolescents de l'étude **vivant en institution de la protection de l'enfance déclarent disposer d'un soutien familial.**

À l'inverse, ces mêmes enfants et adolescents, qui déclarent disposer d'un soutien de la part de leur entourage moins important, rapportent davantage de recours aux professionnels, ce qui semble ainsi jouer un rôle de compensation lorsque les ressources familiales sont plus fragiles. Ainsi, 57 % des enfants et adolescents vivant avec un seul parent et 62 % des enfants et adolescents protégés déclarent recevoir un soutien par des professionnels, contre 53 % des enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents et 51 % de ceux vivant en garde alternée. **L'écart le plus important concerne le recours aux professionnels de santé mentale :** 12 % des enfants et adolescents dont les deux parents sont présents au domicile et 13 % en situation de garde alternée sont concernés, contre 18 % de ceux vivant avec un seul parent et 27 % pour les enfants et adolescents protégés. La même tendance se dégage pour les enfants et adolescents en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique : ils sont proportionnellement un peu plus nombreux à déclarer s'adresser à un professionnel en cas de difficultés (Tableau 13 en annexe 1).

Mais, malgré cette mobilisation accrue des institutions, le nombre de ressources relationnelles identifiées par ces enfants et adolescents vivant avec un ou sans parent demeure globalement moins important que chez les autres enfants et adolescents. En effet, alors que ceux vivant avec leurs deux parents ou en garde alternée sont respectivement 76 % et 75 % à disposer de plus de 2 sources de soutien, ce chiffre tombe à 63 % pour ceux vivant avec un seul parent et même 48 % pour ceux vivant en institution de la protection de l'enfance. **Ces derniers sont également 7 % à ne déclarer aucun soutien, contre environ 2 % en moyenne pour les autres enfants et adolescents** (Tableau 13 en annexe 1).



Seuls **63 %** des enfants et adolescents de l'étude **vivant avec un seul de leurs parents** et **48 %** de ceux **vivant en institution de la protection de l'enfance disposent de plus de 2 sources de soutien.**



7 % des enfants et adolescents de l'étude **vivant en institution de la protection affirment ne disposer d'aucun soutien.**

► Les ressources relationnelles dont disposent les enfants et les adolescents en cas de difficultés ne sont pas réparties de manière homogène selon les profils des participants à l'étude. L'âge, le genre, les configurations familiales ou conditions de vie constituent des marqueurs différenciants dans le domaine.

DISPOSER D'UN ENTOURAGE NE SIGNIFIE PAS TOUJOURS SE SENTIR SOUTENU

Les réalités observées méritent d'être nuancées une nouvelle fois : **le fait d'être entouré ne signifie pas nécessairement que l'on se sente réellement soutenu.** Comme précisé en début de partie, afin de mieux appréhender les différentes dimensions du soutien social dont bénéficient les enfants et les adolescents, les analyses distinguent trois niveaux complémentaires : **le soutien déclaré, le soutien perçu et le soutien insuffisant.**

Dans cette perspective, deux situations peuvent être distinguées : **un soutien perçu élevé**, qui renvoie à la perception de disposer de plusieurs ressources relationnelles sur lesquelles les enfants et les adolescents peuvent effectivement s'appuyer en cas de difficulté et en lesquelles ils ont confiance, et un **faible soutien perçu**, caractérisé par l'absence d'un adulte de confiance, une moindre possibilité de partager ses difficultés et un sentiment de soutien insuffisant de la part de son entourage.

Ainsi, plus de 8 enfants et adolescents interrogés sur 10 déclarent disposer d'un adulte de confiance, pouvoir parler de leurs difficultés avec des adultes de leur entourage et se sentir soutenus par eux. Plus précisément, 87 % déclarent pouvoir parler à des adultes, 88 % se sentent effectivement soutenus par des adultes lorsqu'ils leur parlent de leurs difficultés et 84 % identifient un adulte de confiance. Les relations avec les pairs apparaissent également importantes, même si les opportunités de parler à ses amis en cas de difficultés semblent légèrement moins importantes que le sentiment d'être soutenu par eux (Tableau 12 en annexe 1).



CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[À qui parler quand on a besoin d'aide ?]

► « Si t'en parles à un ami, il peut essayer de te remonter le moral, mais il ne pourra rien faire. Avec un adulte, il pourra faire quelque chose, mais personne ne veut se confier à un adulte. »

Néanmoins, ces résultats en apparence positifs ne sont pas homogènes au sein de l'échantillon de répondants : comme pour le soutien déclaré, ce ressenti varie selon les conditions de vie. **Les enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents ou en garde alternée rapportent davantage un soutien perçu comme élevé que ceux vivant dans une famille monoparentale ou vivant en institution de la protection de l'enfance.** Les enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents ou en garde alternée déclarent plus souvent disposer d'un adulte de confiance (85 % dans les deux situations) que ceux vivant avec un seul parent (80 %) ou vivant en institution de la protection de l'enfance (73 %). En cohérence avec ce résultat, ils rapportent également plus souvent pouvoir parler de leurs difficultés à leurs amis (respectivement 79 % et 80 %, contre 76 % et 63 %) et aux adultes de leur entourage (respectivement 89 % et 88 %, contre 82 % et 79 %), ainsi que se sentir soutenus par ces derniers (respectivement 90 % et 89 % contre 82 % et 75 %) (Tableau 13 en annexe 1).

Ces constats se confirment lorsque l'on s'intéresse au faible soutien perçu. En effet, **les enfants et adolescents vivant dans des configurations familiales comptant moins d'adultes disponibles sont surreprésentés parmi les enfants et les adolescents ne bénéficiant que d'un faible soutien perçu.** Près d'un enfant ou adolescent vivant en institution de la protection de l'enfance sur 5 est concerné (19 %), soit près de trois fois plus que parmi les enfants et adolescents vivant avec leurs deux parents (7 %) (Tableau 13 en annexe 1).

Près d'un enfant ou adolescent de l'étude sur 5 (**19 %**) **vivant en institution de la protection de l'enfance** ne dispose que d'un **faible soutien.**

Les enfants et adolescents en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique présentent également des niveaux de soutien perçu moins favorables que l'ensemble des répondants. Si la majorité d'entre eux déclarent pouvoir compter sur des adultes de leur entourage, ils sont moins nombreux à rapporter un soutien élevé (58 % contre 66 % dans l'ensemble de l'échantillon) et plus nombreux à présenter un faible soutien perçu (11 % contre 8 % pour les autres enfants et adolescents) (Tableaux 12 et 13 en annexe 1).

Seuls **58 %** des enfants et des adolescents ayant participé et **déclarant un handicap ou une maladie chronique rapportent un soutien élevé.**

► Ces résultats mettent en évidence une vulnérabilité relationnelle plus fréquente parmi ces enfants et ces adolescents et montrent que la présence effective de personnes potentiellement ressources ne garantit pas, à elle seule, un sentiment de sécurité relationnelle.

Les propos tenus lors des groupes de discussion mettent en lumière **le sentiment qu'ont les participants que les adultes**

ne voient pas toujours le mal-être, ou ne prennent pas suffisamment au sérieux ce qui est exprimé. Certains adolescents disent attendre que l'adulte remarque lui-même la difficulté ; d'autres évoquent des expériences d'écoute insuffisante qui les conduisent à ne plus parler. En outre, ils affirment que la confiance envers les adultes se construit avec certains parents, éducateurs, enseignants, surveillants ou professionnels. **Les adultes jugés aidants sont ceux qui prennent le temps, écoutent, apaisent, ne se moquent pas et respectent la parole. Ainsi, la fonction occupée importe moins que la qualité de la relation établie.**

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Être entouré suffit-il pour se sentir soutenu ?]

- « Quand on va bien, c'est quand on est épanoui, heureux. Si on n'a pas d'endroit pour se sentir bien, pour se sentir écouté, on ne va pas pouvoir se sentir bien mentalement. »
- « Je voulais parler avec une grande personne… la personne, elle rigole… je vais garder ça dans ma tête. »

02 LORSQUE LE SOUTIEN RELATIONNEL NE SUFFIT PLUS : LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS

Les ressources relationnelles (famille, amis ou autres adultes de confiance) constituent ainsi généralement le premier niveau de soutien mobilisé par les enfants et adolescents lorsqu'ils rencontrent une difficulté. **Toutefois, certaines difficultés émotionnelles, comportementales ou de concentration peuvent dépasser ce que ces ressources de proximité permettent d'apporter et nécessiter le recours à un accompagnement spécialisé.** La question est alors également de savoir s'ils identifient la consultation d'un professionnel de santé mentale comme une réponse adaptée à leurs difficultés, s'ils envisagent effectivement d'y recourir lorsque cela devient nécessaire et quels obstacles peuvent limiter cette démarche.

LE RECOURS À UN PROFESSIONNEL : UNE POSSIBILITÉ LARGEMENT ENVISAGÉE

À la question leur demandant s'ils pensent « qu'une consultation avec un professionnel de santé mentale serait nécessaire », dans le cas où ils rencontreraient des difficultés avec leurs

ZOOM SUR… LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS (MNA) : UNE VULNÉRABILITÉ RELATIONNELLE PARTICULIÈREMENT MARQUÉE

Un mineur non accompagné (MNA) est un enfant de moins de 18 ans, de nationalité étrangère, arrivé sur le territoire français sans être accompagné par l'un ou l'autre des titulaires de l'autorité parentale ou par un représentant légal. La part de mineurs non accompagnés dans l'échantillon global de l'étude est trop faible pour développer une analyse distincte et ne permet pas, à elle seule, de conclure à des différences statistiquement robustes avec les enfants et adolescents interrogés dans le cadre de cette étude.

La littérature internationale consacrée aux mineurs non accompagnés souligne leur exposition importante aux événements potentiellement traumatiques et aux difficultés psychiques, mais montre également le rôle majeur des conditions rencontrées après l'arrivée dans le pays d'accueil[58,59]. Parmi ces facteurs, la stabilité de l'environnement de vie et la qualité du soutien social apparaissent comme des ressources protectrices particulièrement importantes. Les relations avec les pairs et, surtout, la présence d'adultes soutenants peuvent contribuer à atténuer l'association entre événements de vie stressants et symptômes psychiques, alors que l'absence de contacts familiaux peut s'accompagner d'un moindre soutien relationnel global[60]. Les travaux longitudinaux montrent par ailleurs que, cinq ans après l'arrivée, de nombreux jeunes présentent encore des niveaux cliniques de difficultés psychiques et que les difficultés quotidiennes post-migratoires constituent alors un prédicteur important de ces difficultés[61].

Ces résultats invitent ainsi à considérer la vulnérabilité des MNA non seulement au regard des expériences vécues avant et pendant leur parcours, mais également à travers les conditions de vie après l'arrivée dans le pays d'accueil et les ressources relationnelles qu'ils peuvent effectivement mobiliser. L'enjeu ne se limite donc pas à répondre aux besoins matériels, administratifs ou de soins : la stabilité de l'environnement, la continuité des relations, la possibilité d'identifier des adultes de confiance et le soutien à l'inscription dans des réseaux sociaux protecteurs constituent également des dimensions importantes de leur santé mentale.

58. Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect,* 133, Article 105865.
59. Höhne, E., van der Meer, A. S., Kamp-Becker, I., & Christiansen, H. (2022). A systematic review of risk and protective factors of mental health in unaccompanied minor refugees. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(8), 1-15.
60. Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 769-780.
61. Jensen, T. K., Skar, A. M. S., Andersson, E. S., & Birkeland, M. S. (2019). Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: Pre- and post-flight predictors. *European Child & Adolescent Psychiatry,* 28(12), 1671-1682.

émotions, leur concentration ou leur comportement, 42 % des enfants et des adolescents répondent positivement. En complément, à la question « Si un jour j'avais de telles difficultés, je déciderais de consulter un professionnel de santé mentale », 55 % répondent par l'affirmative et 6,5 % par la négative (Tableau 14 en annexe 1). **Ces résultats font apparaître que, pour plus de la moitié des enfants et des adolescents consultés, dans l'hypothèse où ils rencontreraient des difficultés émotionnelles, comportementales ou de concentration, le recours à un professionnel de santé mentale constitue une option envisageable**. Cette tendance pourrait s'inscrire dans un contexte de progression de l'appropriation des enjeux de santé mentale par les enfants et les adolescents eux-mêmes et de déstigmatisation progressive des troubles psychiques[62,63].

Ces constats sont confortés par les propos recueillis lors des groupes de discussion. Plusieurs participants reconnaissent l'intérêt d'un espace professionnel de parole. Le psychologue peut être pensé comme une ressource lorsque la relation est ajustée, accessible et suffisamment sécurisante. Certains défendent même l'idée qu'un tel espace pourrait être utile à tous à certains moments de la vie.



55 % des répondants affirment qu'ils **consulteraient un professionnel** s'ils rencontraient une difficulté psychique et **6,5 %** déclarent qu'ils **ne le feraient pas.**



CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

- « En réalité, on devrait tous aller voir un psychologue à un moment dans notre vie… tout le monde devrait pouvoir avoir un lieu où parler, où s'exprimer sans langue de bois. »
- « De temps en temps, je vois un psychologue… je cherche toujours à parler. »

Si les résultats varient peu selon l'âge, on note un écart un peu plus important entre filles et garçons : 46 % des filles pensent qu'une consultation avec un professionnel de santé mentale serait nécessaire en cas de difficultés, contre 37 % des garçons, et 58 % des filles décideraient effectivement de consulter un professionnel de santé mentale dans ce cas, contre 52 % des garçons (Tableau 14 en annexe 1). Ces résultats font écho aux résultats précédents sur le recours différencié aux professionnels, entre filles et garçons, en cas de difficultés de santé mentale, et ce, en raison principalement des injonctions sociales appliquées aux unes et aux autres[64].

Si peu de différences sont observées selon la configuration familiale, **les chiffres sur le sujet sont plus élevés parmi les enfants et adolescents en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique** : 51 % pensent qu'une consultation serait nécessaire en cas de difficultés et 57 % déclarent qu'ils consulteraient effectivement si besoin en est. **Il en va de même pour les enfants et adolescents vivant en institution de la protection de l'enfance, qui présentent également des niveaux plus élevés concernant le besoin perçu de consultation** (49 %), tandis que la proportion déclarant qu'ils consulteraient effectivement (53 %) reste proche de celle observée dans l'ensemble de l'échantillon (Tableau 15 en annexe 1).

► **Ces résultats montrent que, globalement, les enfants et adolescents présentant les plus fortes situations de fragilité familiale, sociale et/ou de santé sont également ceux qui identifient un peu plus fréquemment le recours à un professionnel de santé mentale comme une réponse adaptée en cas de difficultés psychiques.**

LES FREINS QUI LIMITENT ENCORE LE PASSAGE DU BESOIN À LA CONSULTATION

En complément de ces résultats, **une attention particulière doit être portée à ceux qui identifient la consultation auprès d'un professionnel de santé mentale comme une possibilité en cas de difficultés psychiques mais ne pensent pas franchir le pas.** Au total, 6,5 % des enfants et des adolescents sont dans cette situation et déclarent qu'ils n'auraient pas l'intention de consulter. Cette proportion atteint 8 % chez les enfants et adolescents présentant un handicap ou une maladie chronique et 9,5 % chez les enfants et adolescents relevant de la protection de l'enfance, soit la proportion la plus élevée parmi les groupes étudiés (Tableaux 14 et 15 en annexe 1).



8 % des enfants et adolescents de l'étude déclarant **un handicap ou une maladie chronique** et **9,5 %** de ceux **vivant en institution de la protection de l'enfance n'auraient pas l'intention de consulter un professionnel** en cas de difficultés psychiques.

Ces résultats interrogent sur les obstacles persistants dans l'accès aux professionnels et sur la nature de ces freins. Trois catégories principales de freins sont ainsi étudiées : les **freins pratiques** (distance, coût, temps d'attente), les **freins psycho-**

62. Ma, K. K. Y., Burn, A. M., & Anderson, J. K. (2023). Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking - a systematic review. Child Adolesc Ment Health. 28(3), 408-424.
63. Özparlak, A., Karakaya, D., & Özer, Z. (2023). The association of mental health literacy with mental well-being and help-seeking in young people: A systematic review and meta-analysis. J Pediatr Nurs. 73, e243-e250.
64. Sheikh, A., Payne-Cook, C., Lisk, S., Carter, B., & Brown, J. S. L. (2025). Why do young men not seek help for affective mental health issues? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men. Eur Child Adolesc Psychiatry. 34(2), 565-583.

sociaux (inutilité perçue d'une consultation, stigmatisation par les pairs) et **le refus parental**.

L'analyse globale montre que les obstacles à la consultation sont très fréquents parmi les enfants et adolescents interrogés. **Au total, 90 % des répondants déclarent rencontrer au moins un frein à la consultation.** Seule une minorité de participants ne rapporte aucun obstacle, ce qui met en évidence l'importance des barrières pouvant limiter l'accès effectif à une aide ou à un accompagnement professionnel de santé mentale. Les freins pratiques apparaissent comme les plus fréquemment rapportés (53 % des répondants). Les freins psychosociaux arrivent en seconde position et sont rapportés par 40 % des répondants. Enfin, 3 % des enfants et adolescents évoquent le refus parental (Tableau 14 en annexe 1).

90 % des participants déclarent rencontrer au moins un **frein à la consultation avec un professionnel** ; des **freins pratiques** sont évoqués par **53 %** et les **freins psychosociaux** par **40 %**.

L'analyse selon l'âge met en évidence des différences importantes dans la nature des obstacles rencontrés. Chez les enfants âgés de 6 à 10 ans, les freins pratiques sont très majoritaires et concernent 80 % des répondants. À l'inverse, cette proportion est nettement plus faible chez les adolescents de 11 à 18 ans, où elle atteint 34 %. **À l'opposé, les freins psychosociaux augmentent avec l'âge : ils concernent 32 % des enfants de 6 à 10 ans, contre 46 % des adolescents de 11 à 18 ans.** L'analyse selon le genre montre en revanche des différences relativement faibles entre les filles et les garçons, même si les freins psychosociaux apparaissent légèrement plus fréquents chez les garçons (42 % contre 39 % chez les filles).

Les propos tenus par les adolescents lors des groupes de discussion confortent ces résultats. Ils identifient le psychologue comme une ressource potentielle, mais le recours n'est pas automatique. **Selon eux, la confiance dépend de la manière dont le professionnel s'adresse au jeune, de sa capacité à établir une relation adaptée et de la possibilité de ne pas se sentir infantilisé ou jugé.** Le fait de ne pas connaître le professionnel consulté peut aussi constituer un frein à la confidence. Le besoin de confidentialité apparaît particulièrement important : lorsque les adolescents craignent que ce qui est confié soit répété, transmis à d'autres adultes ou entraîne des conséquences qu'ils ne maîtrisent pas, ils peuvent renoncer à parler. **La confiance ne repose donc pas seulement sur la disponibilité d'une personne, mais également sur la sécurité perçue de l'échange.**

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Que pensez-vous du fait de parler à un adulte ? À un éducateur ? À un psy ?]

- « Alors je suis totalement d'accord, mais je le ferai pas, j'y arriverai pas. J'attendrai qu'il remarque. »
- « Ils devraient plus se mettre à notre place. Quand tu te mutiles ou que tu fugues, c'est qu'il y a des raisons… Ils se mettent pas dans notre tête. »
- « Ça dépend des personnes. Il y en a, ça marche, d'autres, ça marche pas. »
- « Je lui ai répété trente fois que je voulais pas parler de ma mère. Il a fait un rendez-vous d'une heure où il n'a parlé que de ça. Je n'y suis plus retournée. »
- « Ils entendent, ils écoutent pas. »

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte où l'offre de soins en santé mentale des enfants et des adolescents demeure très inégalement répartie sur le territoire et un quart des départements français ne dispose d'aucun pédopsychiatre. Les difficultés sont particulièrement marquées dans les territoires ruraux et semi-ruraux, où la raréfaction des professionnels et des dispositifs spécialisés peut imposer des déplacements importants pour accéder à une réponse adaptée[65]. Mais ces résultats sont également cohérents avec la littérature internationale sur le sujet mettant en avant le frein que représente la stigmatisation dans le recours aux différentes sources de soutien[66].

Ainsi, le non-recours aux soins ne peut être interprété comme l'expression d'une absence de besoin ou d'un manque d'intérêt pour ce type d'accompagnement.

► Ces résultats soulignent que le principal enjeu n'est pas seulement de développer l'offre de soins ou de sensibiliser les enfants et les adolescents à la santé mentale, mais également de lever les obstacles qui limitent leur accès effectif aux professionnels. Pour les enfants et adolescents les plus réticents à l'idée de consulter, l'enjeu est de pouvoir bénéficier d'un accompagnement qui rende cette démarche possible.

65. Commission des affaires sociales du Sénat. (2025). Santé mentale et psychiatrie : pas de "grande cause" sans grands moyens (Rapport d'information). Sénat.
66. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2022). La Situation des enfants dans le monde 2021. Dans ma tête : Promouvoir, protéger et prendre en charge la santé mentale des enfants, 42-43.

ZOOM SUR… LE SOUTIEN DISPONIBLE ET LE SOUTIEN RESSENTI : MIEUX COMPRENDRE LES BESOINS RÉELS DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

La comparaison entre le soutien déclaré, le soutien perçu et la demande d'aide met en évidence un enjeu essentiel : **disposer de personnes autour de soi ne signifie pas toujours se sentir réellement soutenu.** Si une large majorité d'enfants et d'adolescents identifient des ressources vers lesquelles se tourner en cas de difficulté (qu'il s'agisse de leur famille, de leurs amis ou de professionnels), une partie d'entre eux exprime néanmoins un sentiment d'insuffisance du soutien reçu. Cet écart souligne l'importance de ne pas mesurer uniquement l'existence d'un réseau d'aide, mais aussi la manière dont l'enfant perçoit la disponibilité, l'écoute et la fiabilité de ce réseau. **Certains enfants et adolescents, notamment ceux confrontés à des situations de vulnérabilité familiale, sociale ou de santé/handicap, peuvent ainsi être entourés sans pour autant éprouver un véritable sentiment de sécurité relationnelle.**

Par ailleurs, le fait qu'une majorité d'enfants et d'adolescents envisage favorablement le recours à un professionnel de santé mentale en cas de difficultés psychiques montre que les soutiens du quotidien, bien qu'indispensables, ne répondent pas toujours à l'ensemble des besoins émotionnels et psychologiques. L'écart entre le fait d'envisager la possibilité de consulter et le passage effectif vers une consultation rappelle enfin que l'accès à une consultation en santé mentale dépend aussi de la capacité des enfants et des adolescents à identifier une personne de confiance, à exprimer leurs difficultés et, lorsque la perspective d'une consultation suscite des réticences, à bénéficier d'un accompagnement permettant de rendre cette démarche acceptable et réalisable.

Ces résultats invitent donc à dépasser une logique de simple présence des ressources pour s'assurer que chaque enfant puisse bénéficier d'un soutien accessible, reconnu comme aidant et adapté à ses besoins.

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Pourquoi est-il si difficile de demander de l'aide ?]

► « Quand ton problème, c'est toi avec toi-même, c'est compliqué de se dire : "Je vais aller quelque part pour parler de moi." Si j'en parle, ce n'est plus dans ma tête, c'est réel. »

[Pourquoi garder ses difficultés pour soi ?]

► « Il y en a qui préfèrent le garder pour eux. Ils ont peur du jugement, peur d'avoir honte, ou ils ne veulent pas inquiéter leurs parents. »

03 UN SOUTIEN INSUFFISANT POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI RENCONTRENT DES DIFFICULTÉS EN SANTÉ MENTALE

Les analyses précédentes ont montré que la majorité des enfants et des adolescents disposent de ressources relationnelles et envisagent, lorsque cela apparaît nécessaire, le recours à un professionnel de santé mentale. La question demeure toutefois de savoir si ces ressources sont également présentes chez les enfants et les adolescents qui présentent les difficultés psychiques les plus importantes (difficultés élevées avec retentissement). **Les analyses suivantes portent spécifiquement sur les répondants présentant au moins une difficulté psychique avec retentissement dans leur vie quotidienne.**

DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉ MOINS ENTOURÉS QUE LES AUTRES

Chez les enfants et les adolescents présentant au moins une difficulté avec retentissement, les proches constituent la principale source de soutien déclarée. Près de huit sur dix déclarent pouvoir solliciter leurs proches (78 %), et près des trois quarts mentionnent leur famille (72 %). **Mais ces chiffres sont en deçà de ceux concernant l'ensemble de l'échantillon, enfants et adolescents sans difficulté de santé mentale avec retentissement compris** (respectivement 87 % et 83 %). Les professionnels représentent une part importante, puisque six répondants sur dix déclarent pouvoir solliciter un professionnel (60 %), davantage donc que dans l'échantillon global (52 %) (Tableaux 12 et 16 en annexe 1).

La majorité des enfants et des adolescents présentant des difficultés élevées de santé mentale avec retentissement déclarent pouvoir mobiliser plusieurs ressources : 68 % rapportent au moins deux sources de soutien, alors que seuls 3 % déclarent ne pouvoir compter sur aucune source identifiée. Mais **des écarts sont à nouveau constatés en comparaison des chiffres observés dans l'échantillon global** (respectivement 73 % et 2 %) (Tableaux 12 et 16 en annexe 1). Après ajustement, selon le type de difficulté psychique, **ces enfants et adolescents ont effectivement environ entre 1,7 et 2,6 fois plus de risque de déclarer ne disposer d'aucune source de soutien** (Tableau 18 en annexe 1).

ZOOM SUR… LE SOUTIEN INSUFFISANT

Afin d'identifier les enfants et adolescents dont les ressources relationnelles apparaissent les plus fragiles, un indicateur synthétique de soutien insuffisant a été construit. **Celui-ci regroupe deux situations complémentaires : les enfants et adolescents qui déclarent ne disposer d'aucune personne vers qui se tourner en cas de difficulté et ceux qui rapportent un faible soutien perçu.** L'objectif n'est pas d'identifier des enfants et adolescents totalement isolés, mais de repérer ceux dont les besoins d'écoute, de soutien ou d'accompagnement risquent de ne pas être suffisamment couverts.

Cet indicateur permet d'examiner dans quelle mesure l'insuffisance des ressources relationnelles est associée au recours à l'aide professionnelle, puis aux difficultés psychiques avec retentissement, afin de mieux comprendre quels sont les enfants et adolescents dont les besoins de soutien demeurent les moins couverts.

Les enfants et les adolescents de l'étude déclarant au moins une **difficulté psychique** avec retentissement ont **1,7 à 2,6 fois** **plus de risque de déclarer ne disposer d'aucune source de soutien.**

Enfin, si une majorité d'enfants et d'adolescents présentant des difficultés avec retentissement déclarent réellement bénéficier d'un soutien de leur entourage, cette proportion est, à nouveau, moins élevée que dans l'échantillon global. Ils sont environ 7 sur 10 à indiquer disposer d'un adulte de confiance, pouvoir parler à leurs amis ou à des adultes lorsqu'ils rencontrent un problème et se sentir soutenus par eux contre plus de 8 sur 10, en moyenne, dans l'échantillon global. Les indicateurs synthétiques confirment ces constats. **Moins d'un enfant sur 2, parmi ceux ayant au moins une difficulté avec retentissement, présente un soutien perçu élevé** (47 %, contre 66 % dans l'échantillon global), alors que le faible soutien concerne environ 6 % des répondants contre 8 % dans l'échantillon global (Tableaux 12 et 16 en annexe 1). Après ajustement, l'écart se confirme (Tableau 18 en annexe 1).

Moins d'un enfant et adolescent sur 2 (**47 %**), parmi ceux de l'étude ayant au moins une **difficulté psychique** avec retentissement, présente un **soutien perçu élevé.**

► **Les chiffres qui concernent les enfants et les adolescents présentant des difficultés psychiques avec retentissement mettent systématiquement en avant un désavantage vis-à-vis des ressources mobilisables en cas de difficultés. Ces résultats montrent que la fragilité du soutien relationnel ne s'explique pas uniquement par l'âge, le genre, la situation familiale, le lieu de vie ou le handicap. Elle reste étroitement associée aux difficultés psychiques avec retentissement rencontrées par ces enfants et ces adolescents.**

UN ACCÈS À L'AIDE PROFESSIONNELLE PLUS FRAGILE POUR CES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Parmi les enfants et adolescents dont les réponses données indiquent au moins une difficulté avec retentissement, plus d'**un sur deux considère également qu'une consultation avec un professionnel de santé mentale serait nécessaire** en cas de difficultés émotionnelles, comportementales ou de concentration (55 %), davantage donc que dans l'échantillon global (42 %). En revanche, dans ce même groupe, **cette proportion est similaire voire inférieure quand il est demandé s'ils consulteraient effectivement un professionnel** s'ils rencontraient de telles difficultés (52 %, contre 55 % dans l'échantillon global). **De même, 1 enfant ou adolescent sur 8 dont les réponses à l'étude mettent en avant des difficultés de santé mentale avec retentissement déclare qu'il n'aurait pas l'intention de consulter malgré ces difficultés** (13 %), ce qui est plus élevé que dans l'échantillon global (6 %) (Tableaux 14 et 17 en annexe 1).

13 % des enfants et adolescents ayant participé et déclarant au moins une **difficulté psychique** avec retentissement déclarent qu'ils n'auraient **pas l'intention de consulter** malgré ces difficultés. Ils ont **2 fois** plus de **risque de reconnaître avoir besoin d'une consultation en santé mentale sans déclarer qu'ils consulteraient effectivement.**

Un paradoxe apparaît s'agissant du recours à l'aide professionnelle pour les enfants confrontés à des difficultés psychiques avec retentissement. À caractéristiques comparables, les enfants et adolescents présentant des difficultés psychiques avec retentissement **déclarent plus souvent mobiliser une source de soutien formelle**, comme un professionnel de santé, un professionnel de santé mentale, un adulte de l'école ou un travailleur social. Selon le type de difficulté, ils ont environ 1,3 à 1,7 fois plus de chances de mobiliser une source de soutien formelle. **Mais, en parallèle, ils ont également environ 2 fois**

plus de risque de reconnaître avoir besoin d'une consultation en santé mentale sans déclarer qu'ils consulteraient effectivement (Tableau 18 en annexe 1).

En outre, parmi les enfants et adolescents rapportant des difficultés avec retentissement, les obstacles à la consultation demeurent très fréquents. **Plus de 8 jeunes sur 10 déclarent rencontrer au moins un frein (82 %), quelle que soit la nature des difficultés présentées.** En cohérence avec les résultats observés dans l'échantillon global, les freins pratiques (coût, éloignement, temps d'attente), et notamment la distance géographique, sont les plus souvent rapportés (44 %), légèrement devant les freins psychosociaux (inutilité perçue d'une consultation, stigmatisation par les pairs) (42 %) (Tableau 17 en annexe 1). À nouveau, ces résultats suggèrent que **les obstacles à l'accès aux professionnels de santé mentale ne relèvent pas uniquement de la disposition des enfants et des adolescents à demander de l'aide** : les conditions d'accès aux soins constituent également un frein important.

Ces résultats mettent en évidence un paradoxe important. **Les enfants et adolescents les plus en difficulté se tournent davantage vers les professionnels, mais ils rencontrent aussi plus souvent un écart entre le besoin ressenti et le passage à une consultation effective.** L'enjeu ne consiste donc pas seulement à identifier les professionnels susceptibles de les aider, mais aussi à rendre concrètement possible le recours à ces professionnels. La présence de dispositifs ne garantit pas, à elle seule, qu'ils seront effectivement mobilisés.

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Attendre que les jeunes demandent de l'aide suffit-il ?]

► « On n'est pas assez accompagnés. Il faut faire un pas vers eux, y aller nous-mêmes. Jamais on ne viendra nous aider sans qu'on en parle. »

La présence d'un adulte de confiance, la possibilité de partager ses préoccupations avec sa famille ou d'autres adultes significatifs ainsi que le sentiment d'être soutenu par ses proches et ses pairs apparaissent comme des facteurs protecteurs majeurs. Et les enfants et les adolescents les plus en difficulté psychique avec retentissement ne manquent pas totalement de ressources. **Mais ces résultats montrent que les difficultés psychiques avec retentissement s'accompagnent d'une fragilisation persistante des ressources relationnelles et d'un besoin de consultation en santé mentale qui demeure partiellement non couvert.**

► **Ces résultats invitent à dépasser une approche centrée uniquement sur l'accès aux soins, pour agir également sur les environnements dans lesquels évoluent les enfants et les adolescents et les rendre plus favorables au soutien. Il s'agit alors, pour les politiques publiques et les dispositifs de prévention, de soutenir le développement de réseaux relationnels solides familiaux, amicaux et scolaires comme levier majeur de promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents.**

ZOOM SUR… LE SOUTIEN RELATIONNEL, UN DÉTERMINANT MAJEUR DE LA SANTÉ MENTALE

Les résultats présentés dans ce chapitre mettent en évidence le rôle central du soutien relationnel dans la santé mentale des enfants et des adolescents et sont fortement cohérents avec la littérature scientifique internationale.

Le soutien social est aujourd'hui reconnu comme l'un des principaux facteurs de protection de la santé mentale tout au long de la vie, en particulier durant les périodes sensibles du développement que constituent l'enfance et l'adolescence[67]**.** Les enfants et les adolescents bénéficiant de relations sociales stables, sécurisantes et soutenantes présentent moins fréquemment des symptômes anxieux, dépressifs ou post-traumatiques, ainsi qu'un risque plus faible de difficultés comportementales, de décrochage scolaire et de conduites à risque[68,69]. Au-delà de la présence objective d'un entourage, les travaux montrent également que la qualité perçue des relations, c'est-à-dire le sentiment d'être écouté, compris, valorisé et soutenu, constitue un déterminant essentiel du bien-être psychique. **Le soutien relationnel agirait comme un « amortisseur » des effets du stress en favorisant le sentiment de sécurité, la régulation émotionnelle, la confiance en soi et les capacités d'adaptation.**

Les résultats rejoignent également ceux des précédentes Consultations nationales de l'UNICEF France. Le rapport de la 6e édition de la Consultation nationale paru en 2024 identifie explicitement le soutien comme une composante essentielle de la protection sociale des enfants, soulignant que ne pas pouvoir compter sur sa famille, son entourage ou ses amis constitue une forme de déficit de protection susceptible d'entretenir l'isolement et la détresse psychologique[70]. De même, le rapport de la 5e édition de la Consultation nationale paru en 2021 soulignait déjà l'importance des adultes de confiance dans les établissements scolaires ainsi que le rôle du soutien familial et amical dans les apprentissages, la confiance en soi et le développement global de l'enfant[71]. Concernant la dimension plus spécifique de la santé mentale, cette 5e édition (réalisée durant la pandémie de Covid-19) montre que les enfants et les adolescents disposant d'un soutien relationnel plus important présentent significativement moins de détresse psychologique et qu'un soutien de qualité contribue à réduire l'inquiétude, l'anxiété et la détresse émotionnelle des enfants et adolescents[72].

67. Viner, R. M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. Lancet, 379(9826), 1641–52.
68. Newman, B. M., Newman, P. R., Griffen, S., O'Connor, K., & Spas, J. (2007). The relationship of social support to depressive symptoms during the transition to high school. Adolescence, 42(167), 441–59.
    Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–93.
    Henrich, C. C., & Shahar, G. (2008). Social support buffers the effects of terrorism on adolescent depression: findings from Sderot, Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(9), 1073–6.
69. Matlin, S. L., Molock, S. D., & Tebes, J. K. (2011). Suicidality and depression among African-American adolescents: the role of family and peer support and community connectedness. Am J Orthopsychiatry, 81(1),108–17.
    Thernlund, G. M., & Samuelsson, M. A. K. (1993). Parental social support and child behaviour problems in different populations and socioeconomic groups: A methodological study. Social Science & Medicine, 36(3), 353–60.
    Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K., & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustmen : A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools,* 42(7), 691–706.
70. UNICEF France, Paugam, S., Parizot, I., & Čápová, I. (2024). Enfants et adolescents en souffrance. Privations, déficit de protection et rejet social. *Rapport de la 6e édition de la Consultation nationale des 6-18 ans*, 38-40.
71. UNICEF France, Florin, A., Galharret, J.-M., Mercier, C., Toussaint, E. & Zanna, O. (2021). La jeunesse à bonne école ? *Rapport de la 5e édition de la Consultation nationale des 6-18 ans.*
72. Florin, A., Galharret, J.-M, Mercier, C., Toussaint, E. & Zanna, O. (2022). Inquiétude suscitée par la Covid-19 et soutien perçu par les enfants et les adolescents durant la pandémie en France. Enfance, 4(4), 435-454.

6 – VIOLENCES ET EXPÉRIENCES ADVERSES : DES CONSÉQUENCES LOURDES SUR LA SANTÉ MENTALE DE NOMBREUX ADOLESCENTS



Cette dernière partie du rapport s'intéresse aux expériences de vie adverses déclarées par une sous-population d'adolescents ayant répondu à un module spécifique portant sur les violences, les défauts de protection et les autres formes d'adversité. Bien que ces résultats ne puissent être généralisés à l'ensemble des adolescents ayant participé à l'étude, ils mettent en lumière le poids de ces expériences sur la santé mentale et montrent combien l'accumulation d'adversités est associée à une augmentation des difficultés psychiques.

01 DES SUJETS SENSIBLES PROPOSÉS À UNE SOUS-POPULATION SPÉCIFIQUE

LES PRÉCAUTIONS PRISES ET LES RÉTICENCES FACE AU RECUEIL D'INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES NÉGATIVES DES ADOLESCENTS

L'analyse des expériences adverses de l'enfance doit d'abord être replacée dans son cadre méthodologique. Dans le protocole initial de la 7e édition de la Consultation nationale, le module *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* (ACE-IQ, ou Questionnaire international sur les expériences de vie négatives de l'enfance) devait être proposé à l'ensemble des adolescents âgés de 11 à 18 ans. Les enfants âgés de moins de 11 ans ont été exclus de cet échantillon en raison des thèmes sensibles qui y sont abordés.

Toutefois, lors de la présentation du dispositif à certains partenaires de l'UNICEF France chargés de relayer l'étude et d'accompagner les enfants et les adolescents dans leur participation, de **fortes réserves ont été exprimées concernant l'administration de ces questions** portant directement sur les violences, les humiliations, les difficultés familiales, les négligences ou les violences sexuelles. Les principales inquiétudes des adultes concernaient notamment leur capacité à accueillir d'éventuelles révélations de violences et à y apporter une réponse adaptée, faute de disposer des ressources, des compétences ou des dispositifs nécessaires pour les soutenir et agir en conséquence. Les réactions potentiellement défavorables, voire les désaccords, de certains parents face à ces questions ainsi que le refus possible que leurs enfants participent à l'étude ont aussi été redoutés.

Afin de maintenir la mobilisation des structures dans la démarche et de garantir un nombre de participants important tout en tenant compte de ces préoccupations, **il a été décidé de proposer deux versions du questionnaire** : une version comportant le module ACE-IQ et une version ne le comportant pas. La première version n'était disponible qu'à la demande des

structures partenaires et le choix de la version revenait aux professionnels et structures encadrant la passation auprès d'adolescents, et non aux adolescents eux-mêmes[73]. **Le module ACE-IQ n'a donc finalement été proposé qu'à une partie des adolescents.**

L'ÉCHANTILLON SPÉCIFIQUE DE CE VOLET

Ce choix appelle une double lecture. Il traduit d'abord une prudence éthique et opérationnelle : interroger des adolescents sur des expériences de violence ou d'adversité suppose que la passation soit suffisamment sécurisante, que les adultes encadrant la Consultation nationale disposent de consignes claires, d'outils adaptés et que des relais puissent être mobilisés lorsqu'une situation préoccupante est révélée. Mais cette adaptation du protocole constitue également une limite méthodologique importante. **L'accès au module dépendant du choix des adultes et des structures, les adolescents ayant répondu à ces questions forment une sous-population de l'échantillon général de l'enquête. Les résultats issus du module ACE-IQ ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des adolescents ayant participé à la Consultation nationale.**

Parmi les 12 777 adolescents âgés de 11 à 18 ans ayant participé à la 7e édition de la Consultation nationale, 1 093 réponses à cette partie ont pu être exploitées, soit 8,6 % de l'ensemble des adolescents. Le score cumulatif (voir page 15) ACE-IQ a ensuite été calculé pour les adolescents ayant renseigné des données exploitables pour au moins deux tiers des thèmes abordés dans cette partie du questionnaire. Selon cette règle, un score cumulatif a pu être établi pour 1 064 adolescents, soit 8,3 % de l'ensemble des adolescents participants (Tableau 19 en annexe 1). Les analyses portant sur les différents domaines d'adversité reposent par conséquent sur des effectifs légèrement variables selon la disponibilité des réponses à chaque indicateur, tandis que les analyses fondées sur le score cumulatif concernent les 1 064 adolescents répondant au critère de complétude défini pour ce score.

Le nombre de réponses obtenues aux questions de l'ACE-IQ ne s'explique donc pas principalement par un refus de répondre des adolescents ou par des données manquantes après administration. **Dans plus de neuf cas sur dix, les questions relatives aux expériences adverses n'ont tout simplement pas été proposées en raison des réticences des adultes à interroger les adolescents sur des sujets sensibles.** En outre, l'analyse des réponses à cette partie montre que l'accès à celle-ci n'est pas réparti de manière homogène dans l'échantillon et varie notamment selon l'âge, le territoire et certains indicateurs de situation socioéconomique. Les adolescents suivis en protection de l'enfance sont notamment légèrement surreprésentés dans cet échantillon (Tableaux 19 et 20 en annexe 1). Cette précision est essentielle pour éviter une surinterprétation des résultats. Les niveaux élevés d'adversités observés et analysés dans les parties suivantes peuvent traduire une accumulation réelle de difficultés dans certains groupes d'adolescents, mais ils peuvent également refléter, au moins en partie, les contextes dans lesquels la version du questionnaire comportant la partie ACE-IQ a été davantage administrée[74].

Les résultats doivent donc être lus comme des signaux observés dans une sous-population sélectionnée et non comme des estimations représentatives de l'ensemble des adolescents en France. Néanmoins, cette sous-population est suffisamment importante pour permettre des analyses fines et faire émerger des tendances robustes en son sein. **Ces résultats constituent ainsi une source d'information précieuse pour mieux documenter l'exposition des adolescents aux expériences adverses et identifier les situations appelant une attention particulière.**

CE QUE TRADUISENT LES RÉTICENCES DES ADULTES

Le module ACE-IQ est un outil largement utilisé dans les recherches nationales et internationales sur les expériences adverses de l'enfance, et son utilisation s'inscrit dans un cadre méthodologique et éthique documenté et validé par un comité d'éthique de la recherche. La diffusion plus restreinte du questionnaire contenant la partie ACE-IQ, par rapport à celle du questionnaire principal de la Consultation nationale, constitue ainsi un résultat en soi.

Elle met en évidence une certaine réticence des adultes et des structures à soumettre un questionnaire sur les violences, les humiliations, les négligences ou les violences sexuelles, même lorsque ces questions sont nécessaires pour comprendre la santé mentale des adolescents. **Cette réticence ne semble pas venir d'abord des adolescents eux-mêmes, puisqu'ils n'avaient pas à choisir entre les deux versions du questionnaire, mais du cadre de la passation défini par les adultes les accompagnant.** Certains professionnels et structures partenaires ont pu ne pas se sentir suffisamment préparés, outillés ou disponibles pour aborder ces sujets sensibles et ont ainsi préféré ne pas soumettre ces questions à leur public, malgré les outils d'accompagnement proposés par l'UNICEF France dans le cadre de la Consultation nationale.

Ce point est particulièrement important dans une approche fondée sur les droits de l'enfant. **Le droit d'être protégé suppose aussi que les expériences de violence, d'insécurité ou de défaut de protection puissent être nommées. Protéger les enfants et les adolescents de ces expériences implique nécessairement de savoir s'ils y sont confrontés**

73. La partie ACE-IQ n'était pas disponible dans la version en ligne du questionnaire, qui était accessible à tous les enfants et les adolescents, sans l'intermédiaire de structure partenaire.
74. Les enfants et adolescents vivant dans les Outre-mer ou en institution de la protection de l'enfance sont, par exemple, plus représentés dans ce sous-échantillon que dans l'échantillon global de répondants à la 7e édition de la Consultation nationale.

et donc de collecter des informations sur les situations qu'ils rencontrent. Il ne s'agit pas de généraliser sans précaution des questionnaires sensibles, mais de reconnaître que le recueil de la parole sur les expériences de vie négatives nécessite des adultes formés, des consignes claires, une confidentialité expliquée et des relais identifiés lorsque la situation le nécessite. **Le module ACE-IQ rappelle ainsi que la santé mentale des adolescents ne peut pas être séparée de la capacité et de la volonté des institutions et des adultes à entendre ce qui est difficile à dire.** À cet égard, les freins rencontrés dans la passation de ces questions soulignent plus largement l'importance de mieux accompagner les adultes et les professionnels dans le recueil de la parole des enfants et des adolescents sur les violences qu'ils subissent, y compris dans le cadre d'une étude.

02 DES EXPÉRIENCES DE VIE ADVERSES FRÉQUENTES ET DIVERSIFIÉES

Dans la sous-population des adolescents auxquels la partie du questionnaire ACE-IQ a été administrée, les adversités déclarées sont fréquentes et diversifiées. Elles ne renvoient pas à une seule catégorie de difficultés, mais à plusieurs dimensions de la vie des adolescents : victimisation entre pairs, humiliations ou violences dans le foyer, défauts de protection, environnement familial fragilisé par des troubles psychiques ou des addictions, et violences sexuelles[75]. Il est important de noter que ces chiffres peuvent varier des données obtenues sur ces sujets dans le cadre d'autres études ; ils sont en effet le reflet de la réalité vécue par les adolescents ayant répondu à cette étude et à ces questions spécifiques (ACE-IQ) et ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population adolescente française.

LA PRÉDOMINANCE DES VIOLENCES ENTRE PAIRS

La victimisation entre pairs, c'est-à-dire le fait de se considérer ou d'être considéré comme victime de violences (quelle que soit la nature de cette ou ces violences) de la part de ses pairs occupe une place importante. Parmi les adolescents ayant répondu à cette partie du questionnaire, 54 % déclarent en effet avoir déjà été moqués, intimidés, rabaissés ou frappés (Tableau 21 en annexe 1). Parmi ceux ayant précisé la forme principale de victimisation, 40 % mentionnent des moqueries liées à leur apparence physique ou une mise à l'écart ou le fait d'avoir été ignorés. Par ailleurs, 20 % des répondants à ces questions déclarent avoir déjà subi des violences physiques de la part de leurs pairs (Tableau 22 en annexe 1).



54 % des adolescents ayant répondu aux questions sur les adversités (8,6 %) déclarent avoir déjà été **moqués, intimidés, rabaissés ou frappés par leurs pairs.**

Ces résultats montrent que les expériences d'humiliation, d'exclusion et d'intimidation constituent une dimension importante des adversités déclarées par les adolescents.

LE FOYER : UN ENVIRONNEMENT PARFOIS SOURCE D'ADVERSITÉS

Les violences verbales, les humiliations et les violences physiques dans le foyer constituent une autre catégorie majeure d'adversités. **Parmi les répondants aux questions de l'ACE-IQ, 46 % déclarent qu'un parent, un tuteur ou une personne avec qui ils vivent leur a déjà crié dessus, les a insultés ou humiliés** (Tableau 21 en annexe 1). D'autres rapportent avoir vu ou entendu un adulte du foyer subir ce type de violences, ou avoir eux-mêmes reçu des coups, une gifle, une fessée ou avoir été battus (Tableau 22 en annexe 1). Ces réponses invitent à nuancer l'idée selon laquelle le domicile serait toujours vécu comme un espace protecteur. Dans l'ensemble de l'échantillon de répondants à la Consultation nationale, beaucoup d'enfants et d'adolescents déclarent se sentir en sécurité chez eux. Dans la sous-population ayant répondu aux questions de l'ACE-IQ, **certains adolescents décrivent cependant le foyer comme un lieu d'humiliation, de peur ou d'exposition à la violence, témoignant ainsi de l'hétérogénéité des situations familiales.**



46 % des adolescents ayant répondu aux questions sur les adversités (8,6 %) déclarent qu'un parent, **un tuteur ou une personne avec qui ils vivent leur a déjà crié dessus, les a insultés ou humiliés.**

D'autres données renseignent sur des défauts de protection ou des environnements familiaux fragilisés. Parmi les répondants à ces questions, 10 % déclarent qu'il est déjà arrivé que les adultes avec qui ils vivent ne les envoient pas à l'école alors qu'ils pouvaient y aller. Par ailleurs, 16 % indiquent avoir vécu avec une personne souffrant de dépression ou d'une autre maladie mentale, ou ayant tenté de se suicider. Ces différentes expériences ne produisent pas nécessairement les mêmes effets, mais elles peuvent contribuer à un sentiment d'insécurité, d'imprévisibilité ou de solitude au sein du foyer (Tableau 21 en annexe 1)[76].

DE NOMBREUX ADOLESCENTS VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

Les violences sexuelles doivent, elles, être présentées séparément des autres types de violences subies et avec prudence. Parmi les répondants aux questions de l'ACE-IQ, **12 % des adolescents déclarent avoir subi des touchers ou des**

75. Les pourcentages présentés sont calculés parmi les répondants valides à chaque item et non parmi l'ensemble des adolescents ayant participé à la Consultation nationale.
76. McLaughlin, K. A., & al. (2021). The Value of Dimensional Models of Early Experience: Thinking Clearly About Concepts and Categories, Perspect Psychol Sci., 16, 1463-1472.
Schäfer, J. L, & al. (2023). Threat and deprivation are associated with distinct aspects of cognition, emotional processing, and psychopathology in children and adolescents, *Developmental Science*, 26.

caresses sexuels non consentis (de la part de personnes mineures ou majeures) ; 8 % indiquent qu'on leur a demandé de toucher le corps de quelqu'un de manière sexuelle sans leur accord ; 8 % déclarent qu'une personne a essayé d'avoir un rapport sexuel avec eux sans leur accord ; et 7 % qu'une personne les a forcés à avoir un rapport sexuel. Enfin, 3 % déclarent avoir eu des relations sexuelles contre une rémunération, un avantage matériel ou la promesse d'en obtenir (Tableaux 21 et 22 en annexe 1).



12 % des adolescents ayant répondu aux questions sur les adversités (8,6 %) affirment avoir **subi des touchers ou des caresses sexuels non consentis** et **7 %** qu'une personne les a **forcés à avoir un rapport sexuel.**

► **Ces résultats accablants signalent des atteintes graves et répandues au corps, au consentement, à la sécurité et aux droits fondamentaux des adolescents (et notamment ceux définis dans les articles 19, 34 et 36 de la Convention internationale des droits de l'enfant). Leur fréquence déclarée souligne ainsi qu'au-delà des risques répétés que cela représente pour la santé et le bien-être des adolescents, ce sont des situations fréquentes dans lesquelles leurs droits ne sont pas pleinement garantis.**

DES EXPÉRIENCES EN PARTIE DÉTERMINÉES PAR LE GENRE

Les résultats mettent également en évidence des différences selon le genre. Ces écarts doivent être interprétés avec prudence, car ils concernent une sous-population spécifique ayant répondu à l'enquête, et non un échantillon représentatif.

Dans cette sous-population, **les filles déclarent plus fréquemment avoir été mises à l'écart ou ignorées (50 % contre 28 % chez les garçons), avoir subi des moqueries liées à leur apparence (49 % contre 30 %) et des humiliations intrafamiliales (52 % contre 39 %). Elles rapportent également plus souvent plusieurs formes de violences sexuelles**, notamment des touchers ou caresses sexuels non consentis (15 % contre 8 %), une demande de toucher le corps d'autrui de manière sexuelle sans leur accord (10 % contre 5 %), une tentative de rapport sexuel non consenti (11 % contre 4 %) et un rapport sexuel forcé (8 % contre 4 %). Bien que moins marqué, on constate aussi un écart pour la victimisation entre pairs, considérée globalement, tout indicateur confondu (57 % chez les filles contre 51 % chez les garçons) (Tableau 22 en annexe 1).



53 % des adolescentes ayant répondu aux questions sur les adversités (8,6 %) déclarent des **moqueries sur leur apparence**, **52 %** des **humiliations intrafamiliales**, **15 %** des **touchers sexuels non consentis** et **11 %** des **rapports sexuels forcés**.

Les écarts sont plus limités concernant la violence physique exercée par un adulte du foyer (40 % des filles contre 38 % chez les garçons). Les garçons déclarent en revanche plus fréquemment des violences physiques directes entre pairs (26 % contre 17 % chez les filles) mais aussi davantage avoir eu des relations sexuelles contre rémunération ou avantage (2 % chez les filles contre 3 % chez les garçons) (Tableau 22 en annexe 1).

La comparaison selon l'âge n'est pas présentée ici, les analyses disponibles ne permettant pas de distinguer de manière suffisamment robuste les adversités déclarées distinctement entre les adolescents de 11-14 ans d'un côté et ceux de 15-18 ans de l'autre. Néanmoins, la littérature existante démontre que les formes d'exposition et les manières de les déclarer peuvent varier selon le genre et, potentiellement, selon l'âge[77].

03 UNE CHARGE CUMULATIVE D'ADVERSITÉS RÉPANDUE

COMPRENDRE LA CHARGE CUMULATIVE : AU-DELÀ DE LA SIMPLE ADDITION D'ÉVÉNEMENTS

Le calcul d'un score ACE-IQ cumulatif permet de repérer le nombre d'adversités déclarées par un adolescent. Il ne doit toutefois pas être compris comme une simple addition mécanique d'événements équivalents. Toutes les expériences adverses n'ont pas la même gravité, la même durée, la même fréquence, ni le même contexte relationnel. Une moquerie répétée, une mise à l'écart durable, une violence intrafamiliale, une négligence ou une violence sexuelle ne renvoient pas aux mêmes réalités. **Le score cumulatif ne remplace donc pas l'analyse qualitative des expériences ; il permet d'identifier une charge globale d'exposition.**

Parler de charge cumulative signifie que plusieurs formes d'insécurités et d'expériences négatives peuvent se superposer dans la vie d'un adolescent. Un même enfant peut avoir été confronté à des humiliations à l'école, à des tensions ou violences dans le foyer, à un défaut de protection, à un environnement familial fragilisé et à un manque de soutien lorsqu'il avait besoin d'aide. Cette accumulation d'expériences adverses constitue un phénomène largement documenté et associé à

77. Bajos, N., Marsicano, E., & Pousson, J.-E. (2023). Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu, *Population et Sociétés* (INED), 612. France Enfance Protégé / 119 (2025). Étude statistique de l'activité du 119 – Année 2024, 34-36.

une augmentation graduelle du risque de nombreuses difficultés de santé physique et mentale[78]. **Ce cumul peut peser sur la santé mentale non seulement parce que les événements sont nombreux, mais parce qu'ils touchent plusieurs dimensions essentielles du développement** : le sentiment de sécurité, la confiance envers les adultes, la possibilité de demander de l'aide, la stabilité du quotidien, l'estime de soi et les relations avec les pairs.

DE NOMBREUX ADOLESCENTS CONCERNÉS PAR DE MULTIPLES EXPÉRIENCES DE VIE ADVERSES

Parmi les 1 064 adolescents dont les réponses aux questions de l'ACE-IQ ont été analysables, 18 % ne rapportent aucun domaine d'adversité, tandis que 32 %, soit près d'un sur trois, présentent un score de quatre ou plus. Des variations s'observent selon le genre, l'âge et les situations : les filles sont plus concernées que les garçons (36 % contre 26 %), de même que les adolescents les plus âgés et les adolescents relevant de la protection de l'enfance sont davantage confrontés à des cumuls d'expériences de vie négatives (Tableau 23 en annexe 1). **Ce résultat donne à voir une réalité essentielle : pour certains adolescents, plusieurs formes de vulnérabilité se renforcent mutuellement.**

32 % des adolescents ayant répondu aux questions sur les adversités (8,6 %) déclarent avoir été confrontés à **4 domaines ou plus d'adversités.**

La charge cumulative peut agir par différents mécanismes. Les adversités répétées peuvent installer un état de stress durable, une anticipation de la menace, un retrait social, une honte persistante, des troubles du sommeil, de l'alimentation, des difficultés attentionnelles ou un sentiment d'imprévisibilité de l'environnement. Elles peuvent aussi affaiblir la confiance dans les adultes et rendre plus difficile le recours à l'aide[79]. Ces mécanismes ne signifient pas que les adolescents seraient déterminés par leurs expériences passées.

► **Ils montrent plutôt que la santé mentale dépend étroitement des conditions de protection, de soutien et de reconnaissance mises à disposition par les adultes autour d'eux.**

ZOOM SUR… LES ENFANTS ET ADOLESCENTS ACCUEILLIS EN PROTECTION DE L'ENFANCE PARTICULIÈREMENT EXPOSÉS AUX DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE

Les enfants et adolescents accueillis en protection de l'enfance constituent une population particulièrement exposée aux difficultés de santé mentale. Les taux de troubles observés chez les enfants et adolescents relevant de la protection de l'enfance sont nettement supérieurs à ceux observés en population générale : on estime à 49 % la prévalence d'au moins un trouble mental[80,81]. Les difficultés décrites sont diverses : troubles anxieux et dépressifs, troubles du comportement, symptômes post-traumatiques, difficultés attentionnelles et troubles de l'attachement. Les recherches conduites en France convergent avec ces constats : elles mettent en évidence des besoins somatiques et psychiques importants chez les enfants et adolescents confiés et soulignent l'intérêt de recueillir directement leur point de vue sur leur santé[82,83].

Cette vulnérabilité ne peut toutefois être comprise indépendamment des expériences adverses, des séparations et des ruptures qui jalonnent fréquemment les parcours. Les travaux existants invitent à replacer les manifestations de souffrance dans l'histoire développementale et relationnelle de l'enfant, ainsi que dans les conditions de son accueil et la continuité de ses liens[84,85].

CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

Groupes de discussion avec des adolescents vivant en institution de la protection de l'enfance

► « Et surtout, mes amis, c'est mon seul lien social qui me reste. »

► « Ils devraient plus se mettre à notre place. Quand tu te mutiles ou que tu fugues, c'est qu'il y a des raisons. »

78. Felitti, V. J., & al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-58.
Hughes, K., & al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Public Health*, 2 (8), e356-e366.
79. Ibid.
80. Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2022). A systematic review of mental health disorders of children in foster care. Trauma, Violence, & Abuse, 23(1), 255-264.
81. Bronsard, G., Alessandrini, M., Fond, G., Loundou, A., Auquier, P., Tordjman, S., & Boyer, L. (2016). The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System: A Systematic Review and Meta-Analysis. Medicine, 95(7), e2622.
82. Toussaint, E., Florin, A., & Galharret, J.-M. (2023). Le point de vue des enfants en foyer et famille d'accueil sur leur santé : étude comparative. Santé Publique, 35(6), 17-25.
83. Toussaint, E., & Salmon, J. (2023). La souffrance psychique chez les enfants placés. Le Carnet Psy, 263, 31-34.
84. Toussaint, E., & Salmon, J. (2023). La souffrance psychique chez les enfants placés. Le Carnet Psy, 263, 31-34.
85. Toussaint, E., & Tandonnet, L. (2026). Psychotraumatisme en protection de l'enfance : quand l'attachement est traumatisé. Perspectives Psy, 65(1), 25–33.



04 LE RÔLE CLÉ DES ENVIRONNEMENTS DE VIE DES ADOLESCENTS SUR LEUR SANTÉ MENTALE

LE CUMUL D'ADVERSITÉS EST FORTEMENT ASSOCIÉ AUX DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE

Les analyses mettent en évidence une association : **plus le nombre d'adversités augmente, plus la probabilité qu'un adolescent présente au moins une difficulté émotionnelle, comportementale ou attentionnelle ayant des conséquences dans sa vie quotidienne est élevée.** Cette relation graduée s'inscrit dans la continuité de l'étude fondatrice du professeur Vincent Felitti qui mettait déjà en évidence une relation « dose-réponse », c'est-à-dire un lien entre l'intensité des expériences adverses et l'intensité des conséquences qui en découlent, entre le nombre de catégories d'expériences adverses rencontrées durant l'enfance et de nombreux problèmes de santé à l'âge adulte[86]. Les travaux ultérieurs ont largement confirmé l'importance de cette accumulation, notamment pour la santé mentale[87,88].

En effet, parmi les adolescents présentant au moins une difficulté psychique élevée avec retentissement, 67 % déclarent quatre domaines d'adversité ou plus, contre 26 % parmi ceux ne présentant pas de difficulté avec retentissement. **Les analyses menées ici mettent en lumière que chaque domaine d'adversité supplémentaire est associé à une augmentation d'environ 54 % du risque de présenter au moins une difficulté psychique élevée** avec retentissement, indépendamment de l'âge, du genre, du lieu de vie et de la présence éventuelle d'un handicap ou d'une maladie chronique (Tableau 24 en annexe 1). Autrement dit, quelles que soient les autres caractéristiques auxquelles répondent ces adolescents, c'est bien l'exposition à des événements de vie défavorables qui joue un rôle majeur et délétère sur leur santé mentale.

Parmi les adolescents présentant au moins une **difficulté psychique** élevée avec retentissement et ayant répondu aux questions sur les adversités (8,6 %), **67 %** déclarent **quatre domaines d'adversité ou plus. Chaque domaine d'adversité supplémentaire rencontré** augmente de **54 %** le **risque** de présenter au moins une **difficulté psychique** élevée avec retentissement.

UNE APPROCHE NÉCESSAIREMENT HOLISTIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS

Ces résultats ne signifient pas que les adversités produisent automatiquement des difficultés psychiques, ni que les adolescents ayant vécu plusieurs adversités connaîtront nécessairement des problèmes durables. **Ils montrent cependant que les difficultés psychiques ne peuvent pas être comprises uniquement comme des fragilités individuelles. Elles sont aussi associées aux environnements dans lesquels les adolescents grandissent et aux expériences d'insécurité, de rejet, d'humiliation, de violence ou de défaut de protection auxquelles ils ont pu être exposés.** Cette lecture est

86. Felitti, V. J., & al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-58.
87. Hughes, K., & al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Public Health,* 2 (8), e356-e366.
88. Felitti, V. J., & al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medecine,* 14 (4), 245-58.

cohérente avec les recherches contemporaines qui considèrent que la nature et l'accumulation des expériences adverses influencent différentes dimensions du développement émotionnel et cognitif des enfants et des adolescents[89]. La concentration des adversités chez les adolescents présentant des difficultés avec retentissement montre que celles-ci ont des conséquences concrètes. **Elles peuvent affecter les apprentissages, les relations avec les autres, les loisirs, la vie familiale ou la possibilité de se sentir en sécurité dans les différents espaces du quotidien.**

À cet égard, les participants aux groupes de discussion relient également la santé mentale à l'exposition à des situations adverses telles que la violence, la maltraitance, le racisme et d'autres formes de discrimination. Ces expériences produisent selon eux un sentiment d'insécurité et peuvent renforcer l'isolement, la méfiance ou la perception d'être moins protégé que les autres.



CE QUE DISENT LES ADOLESCENTS

[Qu'est-ce qui rend les jeunes malheureux ?]

- « C'est la maltraitance, le racisme… »
- « C'est plus les jeunes de la couleur noire qui sont confrontés à ça, la maltraitance, le racisme. »

► Les analyses par vulnérabilités montrent que la santé mentale est fortement associée aux conditions concrètes de vie et plaident pour une approche intégrée de la santé mentale, articulant droits de l'enfant, prévention des violences, soutien relationnel, protection sociale et accès aux soins. Il est toutefois important de noter que le cumul d'adversités constitue un indicateur d'alerte et non un outil diagnostique.

Cet indicateur ne doit pas conduire à enfermer les adolescents dans une catégorie de vulnérabilité, mais à mieux repérer les situations dans lesquelles plusieurs besoins de protection, de soutien relationnel et d'accompagnement peuvent se conjuguer. La littérature montre notamment que la présence d'un soutien adulte stable peut constituer une ressource importante dans les trajectoires exposées aux adversités[90].

En parallèle, seuls 8,6 % des adolescents de 11 à 18 ans ayant participé à cette Consultation nationale ont répondu à cette partie de l'étude. La diffusion restreinte de ces questions montre que l'acceptabilité institutionnelle et la capacité à organiser une réponse sécurisée constituent elles-mêmes des enjeux de méthode et de protection. Il s'agit donc de construire des conditions de questionnement sûres. Ce constat dépasse la 7e Consultation nationale elle-même. Dans les accompagnements quotidiens, les adultes peuvent hésiter à interroger les enfants et les adolescents sur ce qu'ils vivent par peur de provoquer une détresse, de recevoir une révélation ou de ne pas savoir comment agir.

► Pourtant, l'absence de question ne protège pas de l'adversité ; elle peut seulement la rendre moins visible. Une politique de santé mentale fondée sur les droits de l'enfant doit donc soutenir la capacité des professionnels à demander, écouter, croire, protéger et orienter.

89. McLaughlin, K. A., & al. (2021). The Value of Dimensional Models of Early Experience: Thinking Clearly About Concepts and Categories, Perspect Psychol Sci., 16 (6), 1463-1472.
Schäfer, J. L., & al. (2023), Threat and deprivation are associated with distinct aspects of cognition, emotional processing, and psychopathology in children and adolescents, *Developmental Science*, 26 (1).
90. Hughes, K., & al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis, Lancet Public Health, 2 (8), e356-e366.

ÉTUDE PILOTE MENÉE AUPRÈS D'ENFANTS DE 3 À 5 ANS

7 – UNE MÉTHODOLOGIE À HAUTEUR D'ENFANT

01 INTERROGER LES ENFANTS ÂGÉS DE 3 À 5 ANS : OUI, MAIS COMMENT ?

L'un des principaux défis de cette étude a consisté à concevoir une méthodologie adaptée aux enfants de 3 à 5 ans. **Recueillir leur parole suppose en effet de créer un cadre suffisamment sécurisant pour qu'ils se sentent libres de s'exprimer, tout en utilisant des outils adaptés à leurs compétences cognitives et langagières.** Une attention particulière a également été portée à la formulation des questions afin de favoriser l'expression des enfants sans orienter leurs réponses.

LA CRÉATION D'UN CADRE SÉCURISANT

Une phase de familiarisation avec les chercheurs a d'abord été organisée dans chaque classe afin de mettre les enfants en confiance. **Cette rencontre avait pour objectif de leur expliquer les raisons de la présence des chercheurs et de les préparer progressivement à aborder la thématique des émotions.** À cette occasion, l'album de littérature jeunesse *La couleur des émotions*, d'Anna Llenas, a été lu à l'ensemble des élèves en présence de leur enseignant. Cet album a été retenu car il aborde les principales émotions – la joie, la tristesse, la colère et la peur – que les jeunes enfants sont en mesure d'identifier et de comprendre, en s'appuyant sur un vocabulaire simple et des illustrations adaptées à leur âge. La lecture constituait ainsi un support commun pour introduire le thème des émotions et favoriser les échanges lors des groupes de discussion et des entretiens qui suivaient.

Des peluches représentant les différentes émotions évoquées dans l'histoire ont également été utilisées lors de cette phase de familiarisation comme support de préparation aux groupes de discussion. Les chercheurs se sont appuyés sur ces supports pour interroger successivement les enfants sur les situations dans lesquelles ils éprouvent de la joie, de la tristesse, de la colère ou de la peur. **Ce support ludique et concret visait à faciliter l'identification et la verbalisation des émotions en proposant aux enfants un médiateur adapté à leur niveau de développement.** À cet âge, les compétences langagières et la compréhension des émotions étant encore en cours d'acquisition, ces médiateurs peuvent aider les enfants à reconnaître, nommer et évoquer plus facilement leurs expériences émotionnelles. **Ils contribuent également à instaurer un climat rassurant et engageant, favorable à l'expression de leur point de vue, tout en limitant le caractère potentiellement intimidant de questions directement posées par des chercheurs qu'ils ne connaissent pas encore.** Ils visaient également à réduire progressivement la nouveauté de la situation afin que les enfants puissent consacrer leur attention aux échanges plutôt qu'au contexte de recherche et à assurer une base commune d'identification et de compréhension des émotions.

LES GROUPES DE DISCUSSION

Le choix a ensuite été fait de privilégier des groupes de discussion, car ils facilitent souvent la prise de parole chez les jeunes enfants. Chaque discussion s'est déroulée dans une salle distincte de la classe, dans un environnement calme et familier. Les séances, animées systématiquement par deux des trois chercheurs, ont duré entre 45 minutes et une heure. Au total, 16 groupes de discussion ont été organisés : 10 en France hexagonale et 6 en Guadeloupe. Chaque groupe de discussion réunissait deux des trois chercheurs et quatre élèves d'une même classe. Le choix de constituer des groupes de quatre enfants visait à favoriser la participation de chacun et à limiter les effets liés aux différences d'aisance dans la prise de parole afin de permettre une expression équilibrée de l'ensemble des participants. Les groupes ont été constitués avec l'appui des enseignants, en tenant compte des affinités entre enfants et de leur niveau en matière de compétences langagières.

Au début de chaque rencontre, les enfants ont reçu des explications adaptées à leur âge, formulées dans des termes compréhensibles et rappelant les objectifs de l'étude et le déroulement des échanges. Les chercheurs leur ont expliqué qu'ils pouvaient ne pas répondre à certaines questions ou interrompre leur participation à tout moment s'ils le souhaitaient. Le caractère confidentiel des échanges leur a également été expliqué, tout en précisant que les chercheurs pourraient solliciter d'autres adultes si un enfant révélait une situation dans laquelle sa sécurité ou son bien-être semblaient menacés.

Les discussions reposaient sur des questions ouvertes centrées sur la maison et l'école. Les enfants étaient invités à raconter des situations dans lesquelles ils avaient ressenti de la joie, de la peur, de la tristesse ou de la colère, puis à identifier les personnes vers lesquelles ils se tournaient dans ces moments-là. Les questions étaient formulées dans un langage simple et pouvaient être reformulées ou répétées lorsque cela était nécessaire afin de faciliter la compréhension et l'expression des enfants, tout en veillant à ne jamais suggérer de réponses (voir annexe 4). Les peluches mentionnées plus haut ont pu jouer un rôle de médiation en facilitant la reformulation des questions par les chercheurs et la prise de parole des enfants ainsi qu'en favorisant le partage d'expériences et le réengagement de ces derniers dans la discussion.

Dans l'ensemble, les échanges se sont déroulés dans de bonnes conditions. La présence de deux chercheurs a permis de répondre aux fluctuations d'attention, fréquentes à ces âges, et de prendre en charge ceux qui se dispersaient tout en préservant

la continuité des échanges avec le reste du groupe. Malgré des écarts ponctuels par rapport au thème initial, le cadre des discussions a pu être maintenu et les participants ont répondu aux questions avec beaucoup d'implication et d'enthousiasme. **Ces observations constituent ainsi un premier indicateur encourageant concernant la faisabilité d'un recueil collectif de la parole d'enfants de 3 à 5 ans sur des questions relatives à leurs émotions et à leur bien-être.**

Lorsque des situations impliquant des comportements violents, notamment de la part d'adultes, étaient évoquées, les chercheurs veillaient à recueillir avec attention les propos des enfants. Il leur était ensuite rappelé qu'il est interdit de faire du mal à un enfant et qu'ils pouvaient, s'ils le souhaitaient, en reparler avec les chercheurs lors de l'entretien individuel prévu dans le cadre de l'étude. Dans ces situations, les chercheurs n'ont pas seulement cherché à recueillir des informations sur les faits évoqués : ils ont accordé une attention particulière au ressenti et au vécu exprimés par les enfants et ont manifesté aux enfants leur écoute et la prise en considération de leur parole, tout en respectant leur rythme et leur volonté de poursuivre ou non la discussion.

Les propos des enfants ont été analysés à l'aide d'un logiciel d'analyse lexicale, permettant d'identifier des thématiques à partir des mots et expressions qu'ils utilisaient. Les analyses des groupes de discussion réalisées en France hexagonale et en Guadeloupe ont été réalisées séparément, avant que certains résultats ne soient regroupés dans un second temps afin de faciliter la lecture et la compréhension du présent rapport. **Ces thématiques n'ont pas été définies a priori par les chercheurs ; elles reflètent les propos des enfants.** Elles permettent de mieux comprendre la manière dont les enfants évoquent et donnent du sens à leurs expériences quotidiennes. **Elles montrent également que les émotions ne sont jamais exprimées de manière isolée et s'inscrivent dans des situations concrètes vécues et dans le cadre des relations que les enfants entretiennent avec les adultes et les autres enfants.** Elles mettent enfin en évidence les personnes vers lesquelles les enfants se tournent lorsqu'ils ont besoin de soutien, de réconfort ou d'aide face à leurs émotions.



© Philippe Compagnone, 2009

Cette analyse a permis d'identifier **quatre grandes thématiques**, présentées ci-dessous selon leur importance dans le discours, de la plus représentée à la moins représentée.

- **Thématique 1 : L'école : entre joie, inquiétudes et recherche de soutien**
- **Thématique 2 : Un quotidien marqué par les plaisirs et les peurs**
- **Thématique 3 : Les proches qui comptent : parents, fratrie, grands-parents et autres figures de réconfort**
- **Thématique 4 : Les violences des adultes de la famille et de l'école, ambivalence des liens et conflits dans la fratrie**

LES ENTRETIENS INDIVIDUELS

Les groupes de discussion permettent d'explorer les expériences des enfants, tandis que les entretiens individuels qui les ont complétés facilitent l'identification précise des figures de soutien en limitant l'influence du groupe. Le recours à cette technique a été privilégié afin de permettre à chaque enfant de s'exprimer librement sur ses figures de soutien, sans être influencé par les réponses de ses pairs ni exposé au regard du groupe. Pour ce faire, une version adaptée du *Systemic Analysis of Group Affiliation* a été utilisée[91]. Cette méthode a été retenue car elle propose un support visuel et concret adapté aux jeunes enfants, dont les capacités de verbalisation et de représentation abstraite sont encore en cours de développement. Elle permet ainsi de recueillir de manière structurée leurs représentations des personnes qui occupent une place importante dans leur environnement relationnel et auxquelles ils peuvent avoir recours lorsqu'ils rencontrent une difficulté.

Chaque entretien débutait en demandant à l'enfant de choisir une poupée le représentant parmi un ensemble de figurines mises à sa disposition. Il était ensuite invité à placer cette poupée au centre d'un damier circulaire. Les chercheurs demandaient alors à l'enfant de positionner successivement les personnes vers lesquelles il se tourne lorsqu'il ressent de la tristesse, de la colère et de la peur, d'abord à la maison puis à l'école. Les enfants étaient invités à placer les personnes qu'ils sollicitent en premier au plus près d'eux, puis à disposer plus

91. Compagnone, P. (2009). Présentation d'un outil systémique : le Saga. *Le Journal des psychologues, 265*(2), 42-46.

ZOOM SUR… LES FIGURES DE SOUTIEN

Une figure de soutien est une personne que l'enfant identifie comme pouvant lui apporter aide, réconfort ou sécurité au quotidien. Dans cette étude, ce terme est privilégié à celui de figure d'attachement, issu de la théorie développée par Bowlby[92,93,94]. Dans ce cadre théorique, les figures d'attachement désignent les personnes avec lesquelles l'enfant développe des liens affectifs privilégiés, dont la qualité joue un rôle essentiel dans son sentiment de sécurité et son développement socio-émotionnel. L'attachement renvoie ainsi aux attentes que l'enfant construit progressivement quant à la disponibilité d'autrui en cas de besoin, à partir de ses expériences relationnelles précoces. Les figures de soutien ainsi définies peuvent appartenir au cercle familial (parents, grands-parents, fratrie, cousins…), mais aussi à l'environnement scolaire ou social de l'enfant.

Il est important de souligner qu'être identifié comme figure de soutien ne signifie pas que l'aide soit effectivement disponible : il s'agit avant tout d'une personne que l'enfant perçoit comme une ressource. Dans les récits recueillis, les personnes ainsi identifiées sont associées à la possibilité d'être rassuré, apaisé et accompagné face aux difficultés du quotidien, sans pour autant systématiquement, et de manière paradoxale, répondre effectivement à ce besoin de soutien.

loin celles auxquelles ils s'adressent par la suite. **La position des poupées permettait ainsi de représenter visuellement l'organisation du réseau de soutien mobilisé par l'enfant en cas de difficultés émotionnelles.** Si nécessaire, les chercheurs pouvaient demander à l'enfant de préciser à qui correspondaient les figurines placées sur le damier afin de s'assurer de la bonne interprétation des placements réalisés.

Au total, 59 enfants ont ainsi pu être rencontrés, dont 36 en France hexagonale et 23 en Guadeloupe (cinq des enfants, sur les 64 ayant participé aux groupes de discussion, étaient absents le jour des passations). Là encore, la plupart des enfants ont participé avec intérêt à l'activité proposée et sont restés attentifs tout au long de la séance. Si quelques-uns se sont montrés plus réticents ou ont rencontré des difficultés à rester engagés dans la tâche pendant toute sa durée, les chercheurs ont pris le temps de les remobiliser et de les aider à reprendre le cours de l'échange. Ces ajustements se sont révélés suffisants pour permettre la réalisation de tous les entretiens.

02 LES DIFFÉRENTS PARTICIPANTS À CETTE ÉTUDE

LES ÉCOLES

Après l'obtention des autorisations nécessaires auprès du rectorat d'académie pour le compte du ministère de l'Éducation nationale, la recherche d'établissements susceptibles de participer à l'étude a été engagée. Le recrutement s'est révélé plus difficile qu'anticipé, en raison des appréhensions, des interrogations ou des inquiétudes que peuvent susciter les questions relatives aux émotions et à la santé mentale dans le contexte scolaire, à la fois au sein des équipes éducatives et dans les familles. Plusieurs directrices et directeurs d'école sollicités, puis des parents, ont ainsi exprimé des réticences. **Au terme de cette phase de recrutement, trois écoles ont accepté de participer à l'étude, dont deux situées en France hexagonale et une en Guadeloupe.**

Compte tenu de son caractère exploratoire, cette étude pilote repose sur un échantillon restreint de participants, destiné à évaluer la faisabilité du recueil direct de la parole des enfants de 3 à 5 ans. Des informations ont été collectées auprès des équipes pédagogiques et des parents pour comprendre les environnements familiaux et éducatifs dans lesquels évoluent les enfants interrogés et identifier les éventuels biais pouvant conditionner leurs réponses. Ces éléments ont été utilisés à titre informatif et n'ont pas été intégrés dans l'analyse des résultats présentée ci-après.

LES ÉQUIPES PÉDAGOGIQUES

Une fois les établissements engagés dans le projet, l'étude a bénéficié d'un accueil très favorable des équipes pédagogiques, qui se sont fortement investies dans sa mise en œuvre, dans le recrutement des enfants, l'information des familles et l'organisation des temps de recueil. Leur collaboration a également permis aux chercheurs de disposer des informations nécessaires au bon déroulement de l'étude et de créer les conditions favorables à la participation des enfants.

En France hexagonale, l'étude a été menée dans un établissement public de Loire-Atlantique classé en réseau d'éducation prioritaire (REP) et dans une école privée située dans une

92. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1).* Basic Books.
93. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger (Vol. 2).* Basic Books.
94. Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3).* Basic Books.

commune périurbaine du Maine-et-Loire. Pour ce qui est de la Guadeloupe, il s'agissait d'un établissement public situé en Basse-Terre. L'inclusion d'une école située en Guadeloupe répondait à la volonté de diversifier les contextes et territoires de recueil. **Il s'agissait d'intégrer des établissements aux caractéristiques scolaires variées (REP, hors REP et privé) afin de prendre en compte une diversité de contextes sociaux et éducatifs.** L'objectif n'était toutefois pas la représentativité statistique, mais la documentation de la faisabilité et de la richesse d'un recueil direct de la parole des jeunes enfants dans différents environnements.

Au total, 12 enseignants étaient concernés par l'étude. D'après le questionnaire qu'ils ont complété (voir annexe 6), tous déclarent aborder la thématique des émotions avec leurs élèves : trois indiquent le faire quotidiennement, deux au moins une fois par semaine et sept de manière plus occasionnelle. Ils s'appuient sur différents supports pédagogiques : albums de littérature jeunesse, discussions collectives, jeux… Huit enseignants ont par ailleurs déclaré utiliser en classe l'album *La couleur des émotions* d'Anna Llenas. Ces informations sont présentées uniquement pour contextualiser les réponses des enfants recueillies dans le cadre de cette étude. Elles invitent également à interpréter les résultats avec prudence, dans la mesure où cette sensibilisation préalable aux émotions a pu faciliter l'identification, la verbalisation ou la mise en récit des expériences émotionnelles par les enfants.

LES ENFANTS ET LEURS FAMILLES

Le recrutement des enfants a été assuré par les enseignants, qui ont transmis aux parents une lettre d'information présentant les objectifs, le déroulement et les modalités de participation à l'étude, accompagnée d'un formulaire d'autorisation parentale. Une partie importante des parents ont refusé la participation de leurs enfants. La réalisation d'enquêtes auprès d'enfants, et plus spécifiquement au sujet de la santé mentale, peut être perçue par les adultes comme une incursion dans la vie privée des enfants et de leur famille ou comme une intrusion, une évaluation de l'éducation donnée par les parents à leurs enfants, malgré l'explication des finalités de l'étude et de son caractère anonyme et confidentiel. Ce type de démarche peut aussi faire craindre aux adultes la suite donnée à d'éventuels propos alertant sur des faits préoccupants, tant dans la procédure à mettre en place que dans les conséquences que cela peut avoir, quand bien même cela serait au bénéfice de l'enfant concerné. **Au total, 64 enfants âgés de 3 à 5 ans, scolarisés en petite, moyenne et grande section de maternelle, ont participé à l'étude.** Une attention particulière a été portée au respect de leur droit à consentir librement à leur participation, conformément aux principes de la Convention internationale des droits de l'enfant. Ainsi, seuls les enfants ayant explicitement exprimé leur accord et dont les parents avaient donné leur autorisation ont été interrogés.

En France hexagonale, l'échantillon était composé de 40 enfants. Les informations familiales issues d'un questionnaire destiné aux parents (voir annexe 7) étaient disponibles pour 38 d'entre eux. Parmi ces enfants, 35 vivaient avec leurs deux parents (91 %), un seul vivait en garde alternée (3 %) et deux vivaient exclusivement avec leur mère (6 %). Par ailleurs, 33 mères (89 %) et 36 pères (97 %) déclaraient exercer une activité professionnelle au moment du recueil des données. Les fratries comptaient entre un et cinq enfants, soit une moyenne de 2,29 enfants par famille. En Guadeloupe, les informations familiales ont pu être recueillies pour 23 enfants sur 24. Parmi eux, 10 vivaient avec leurs deux parents (43 %), un enfant vivait dans une famille recomposée (5 %) et 12 vivaient exclusivement avec leur mère (52 %). Concernant la situation professionnelle des parents, 15 mères (65 %) et 16 pères (70 %) déclaraient exercer une activité professionnelle. Enfin, les fratries étaient composées d'un à 9 enfants (2,5 en moyenne).

Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, ces caractéristiques doivent être considérées comme descriptives et ne sauraient être interprétées comme représentatives des populations concernées. La répartition des enfants selon le territoire, le type d'établissement et le niveau scolaire est présentée dans le tableau 1.

Territoire	Type d'établissement	Niveau scolaire*	Effectif	Total
Hexagone	École publique REP	PSM	7	20
		MSM	5	
		GSM	8	
	École privée	PSM	4	20
		MSM	8	
		GSM	8	
Guadeloupe	École publique	PSM	8	24
		MSM	8	
		GSM	8	

Tableau 2 : répartition des enfants selon le territoire, le type d'établissement et le niveau scolaire

*PSM = petite section de maternelle ; MSM = moyenne section de maternelle ; GSM = grande section de maternelle

03 LE CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

À partir d'observations menées auprès d'enfants séparés de leurs parents au début des années 50, le médecin et psychanalyste Bowlby montre que ces expériences peuvent avoir des répercussions négatives et durables sur leurs émotions, leurs relations avec les autres et leur développement socio-affectif[95]. Ces observations sont à l'origine de la théorie de l'attachement, développée quelques années plus tard[96]. Les recherches menées depuis confirment largement ces premières observations. **Elles montrent que la santé mentale se construit dès les premières années de vie et dépend en grande partie des expériences vécues par les enfants et de la qualité des relations qu'ils entretiennent avec les personnes qui prennent soin d'eux[97].**

La plupart des spécialistes considèrent en effet aujourd'hui que les enfants développent, dès le plus jeune âge, un réseau de relations d'attachement[98,99,100]. Lorsqu'ils offrent une base de sécurité, les adultes de confiance permettent à l'enfant d'explorer son environnement, de développer son autonomie et de réaliser de nouveaux apprentissages. Ainsi, parents, fratrie, grands-parents, professionnels de la petite enfance, enseignants et pairs peuvent constituer des figures de soutien vers lesquelles les enfants se tournent lorsqu'ils ont besoin d'aide, de réconfort ou d'encouragement. Ces relations soutiennent également le développement de la régulation émotionnelle[101,102]. Lorsqu'un enfant éprouve des émotions telles que la tristesse, l'inquiétude, la colère ou, au contraire, la joie et la fierté, les personnes qui prennent soin de lui contribuent à donner du sens à ces expériences émotionnelles. Par leurs réactions et leurs échanges avec l'enfant, elles peuvent l'aider à comprendre ce qu'il ressent, à s'apaiser ou à partager ses expériences, qu'elles soient positives ou négatives. **Ainsi, la possibilité pour les jeunes enfants de s'appuyer sur des figures de soutien disponibles et sécurisantes, de même que la qualité du soutien dont ils bénéficient pour comprendre, réguler leurs émotions et trouver des réponses à leurs difficultés apparaissent comme des dimensions essentielles de leur santé mentale.**

Entre 3 et 5 ans, les enfants développent des compétences émotionnelles et sociales qui leur permettent de comprendre ce qu'ils ressentent, d'exprimer leurs émotions, de demander de l'aide et de nouer des relations harmonieuses avec les personnes de leur entourage. **Celles-ci s'inscrivent dans un ensemble plus large appelé compétences psychosociales, définies comme les ressources cognitives, émotionnelles et sociales dont disposent les individus pour faire face aux défis du quotidien, développer des relations positives avec les autres et prendre des décisions favorables à leur bien-être[103].** Ces compétences se développent dans les interactions avec les personnes de l'entourage, au travers des expériences quotidiennes telles que les soins, le jeu, les situations de séparation et de retrouvailles ou encore les activités proposées à l'école. Elles peuvent également faire l'objet d'apprentissages et continuent d'évoluer tout au long de la vie.

Ces différentes approches convergent vers une même idée : le développement de la santé mentale des jeunes enfants repose à la fois sur la qualité de leurs relations avec leur entourage, sur le développement progressif de leurs compétences psychosociales et sur la reconnaissance de leur capacité à exprimer leur point de vue.

95. Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3(3), 355–533.
96. Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 1-23.
97. Dougherty, L. R., Leppert, K. A., Merwin, S. M., Smith, V. C., Bufferd, S. J., & Kushner, M.R. (2015). Advances and directions in preschool mental health research. *Child Development Perspectives, 9*(1), 14–19.
98. Bacro, F., Forslund, T., & Granqvist, P. (2021). Children's multiple attachment relationships and representations in different life contexts. In T. Forslund & R. Duschinsky (Eds). *Attachment theory and research: A reader*, 228-239.
99. Forslund, T., & Duschinsky, R. (2022). Attachment goes to court: Child protection and custody issues. *Attachment and Human Development*, 24(1), 1-52.
100. Miljkovitch, R. (2024). Évolution du concept d'attachement : Du trait au réseau d'attachements multiples. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 72(5), 237–245.
101. Cassidy J. (1994). Emotion regulation : influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228–249.
102. Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K.A. (2019). Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion, 19*(6), 1103–1126.
103. Lamboy, B. (2021). Les compétences psychosociales : Bien-être, prévention, éducation. Presses universitaires de Grenoble.

ZOOM SUR… CE QUE SONT LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

Dans le champ de la santé, les compétences émotionnelles sont définies comme « un ensemble de capacités psychologiques impliquant des processus et états affectifs qui permettent de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de renforcer le pouvoir d'agir »[104]. Elles constituent l'un des trois grands domaines des compétences psychosociales, aux côtés des dimensions cognitives et sociales. **Concrètement, elles renvoient à la capacité de comprendre ce que l'on ressent, d'exprimer ses émotions de manière adaptée et de les réguler.** Elles impliquent notamment de pouvoir reconnaître et nommer ses émotions, mettre des mots sur ses ressentis et identifier les situations qui les provoquent. Elles permettent également de faire face aux émotions difficiles comme la peur, la tristesse ou la colère, en développant progressivement des stratégies pour les réguler, mais aussi de reconnaître, partager et renforcer les émotions agréables comme la joie.

Ces aptitudes se développent progressivement dès les premières années de vie grâce aux interactions avec les adultes et les autres enfants. Les parents, les professionnels de la petite enfance, les enseignants ou encore les pairs jouent un rôle essentiel dans cet apprentissage. En aidant l'enfant à comprendre ce qu'il ressent, à mettre des mots sur ses émotions et à trouver du réconfort lorsqu'il est en difficulté, ils contribuent au développement de sa régulation émotionnelle et, plus largement, à sa santé mentale. **Cette fonction de soutien suppose toutefois que les adultes disposent eux-mêmes de compétences émotionnelles leur permettant d'identifier, d'accueillir et d'accompagner les émotions de l'enfant. Le développement des compétences psychosociales des jeunes enfants est ainsi favorisé par les compétences émotionnelles des adultes qui les accompagnent au quotidien.** C'est dans cette perspective que cette étude s'est intéressée aux situations dans lesquelles les enfants ressentent de la joie, de la peur, de la tristesse ou de la colère, ainsi qu'aux personnes vers lesquelles ils se tournent dans ces moments-là.

104. Santé publique France (2022). Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques.

8 – L'ÉCOLE : ENTRE JOIE, INQUIÉTUDES ET RECHERCHE DE SOUTIEN

Cette première thématique, la plus représentative du discours des enfants interrogés, concerne la vie à l'école, les relations avec les camarades et les émotions ressenties dans ce contexte. Les enfants évoquent aussi le fait d'y manger, d'y travailler ou simplement de s'y rendre. Une grande partie des propos porte sur des émotions positives liées aux relations entre enfants, beaucoup disent être heureux lorsqu'ils sont avec leurs camarades. Les pairs sont associés à de nombreuses expériences positives de socialisation et apparaissent fréquemment comme des figures de soutien. L'école est alors décrite comme un lieu de jeux, de partage et de plaisir d'être ensemble, ce qui en fait ici un **lieu central de la vie émotionnelle et relationnelle des enfants.**

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « À l'école, je suis contente. »
- « Je suis joyeuse quand je suis avec mes copains à l'école. »
- « Ça me rend joyeux de faire des dessins avec les copains. »
- « Je suis contente quand je retrouve mes copains le matin à l'école. »

Toutefois, l'expérience scolaire n'est pas vécue de la même manière par tous les enfants et les propos recueillis montrent que les émotions associées à l'école peuvent varier fortement d'un élève à l'autre. Certains évoquent des émotions plus difficiles, disent être heureux lorsqu'il n'y a pas école, ne pas ressentir de joie dans le contexte scolaire ou y ressentir de la peur. Plusieurs énoncés renvoient à des situations de tristesse ou de conflit, les relations entre enfants pouvant également être source de souffrance.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Je ressens de la joie quand il n'y a pas d'école. »
- « J'ai jamais de joie à l'école. »
- « On ne ressent jamais de joie dans la classe. »
- « Je ne veux pas aller à l'école quand je me réveille. »

Dans les situations difficiles, les enfants indiquent qu'ils se tournent vers les adultes de l'école pour être aidés ou rassurés. **L'enseignant et l'ATSEM/ASEM sont fréquemment cités comme des figures de soutien[105].** Ces témoignages montrent que l'école constitue un lieu où les enfants recherchent du soutien lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Quand j'ai peur, je vais le dire à la maîtresse. »
- « J'en parle à la maîtresse et à l'ATSEM. »
- « Je vais faire un câlin à ma maîtresse et à l'ATSEM. »

Ces résultats suggèrent également que **l'école constitue, pour les enfants interrogés, un lieu d'apprentissages, de socialisation et d'expériences émotionnelles variées.** Dès la maternelle, les relations avec les pairs jouent un rôle important dans le bien-être des enfants. Les émotions positives apparaissent largement associées aux moments partagés avec les camarades, tandis que les situations dans lesquelles les enfants se sentent exclus des jeux soulignent l'importance des relations sociales dès le plus jeune âge. Les adultes de l'école apparaissent ici également comme des figures de soutien vers lesquelles les enfants se tournent lorsqu'ils éprouvent de la peur ou de l'inquiétude.

► Dans cette étude, l'école apparaît ainsi comme un contexte majeur du développement socio-émotionnel, où les relations entre pairs favorisent le bien-être, tandis que les liens sécurisants avec les adultes contribuent au sentiment de sécurité qui favorise l'exploration de l'environnement.

105. ATSEM : agent territorial spécialisé des écoles maternelles / ASEM : agent spécialisé des écoles maternelles, le plus souvent dans les écoles privées sous contrat

9 – UN QUOTIDIEN MARQUÉ PAR LES PLAISIRS ET LES PEURS



01 L'IMPORTANCE DES JEUX

L'univers du jeu, qu'il soit pratiqué seul ou avec d'autres, dans différents espaces tels que le parc ou la cour de récréation, constitue la deuxième thématique évoquée par les enfants. Les enfants expriment ainsi fréquemment leur attachement aux activités partagées avec leurs proches ou leurs camarades. Les échanges mettent en évidence le plaisir de jouer, les liens affectifs qui se construisent à travers les activités ludiques et l'importance des interactions avec les pairs et les adultes. Ces formulations soulignent l'importance des relations sociales dans leur vécu quotidien.

Certains enfants peuvent évoquer, a contrario, des situations de solitude ou d'exclusion sur ces questions. **Le jeu apparaît dès lors non seulement comme une activité ludique, mais également comme un espace d'apprentissage et d'expérimentation des relations sociales, parfois teinté de négatif.**

Ces éléments montrent que, pour ces enfants, le jeu contribue largement au bien-être des jeunes enfants **et apparaît comme une dimension importante de leur santé mentale au sens large. Il constitue un espace privilégié d'expression émotionnelle et reflète leur capacité à entrer en relation, à éprouver du plaisir partagé et à faire face aux expériences sociales, positives comme négatives.**

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « J'aime bien quand on joue avec ma maman. »
- « Je n'aime pas jouer tout seul. »
- « Quand elle a une amie, elle ne joue plus avec moi. »
- « Maman ne veut jamais aller au parc pour jouer. »

02 LES PEURS DE TOUS LES JOURS

Cette deuxième thématique renvoie aux situations du quotidien, notamment au moment du coucher et de la nuit, ainsi qu'aux situations où les enfants se font mal, comme lorsqu'ils tombent ou se blessent. Celles-ci relèvent de peurs développementales, fréquentes à cet âge.

Le moment du coucher est souvent associé à des émotions fortes, l'obscurité est très fréquemment décrite par les enfants comme un élément inquiétant. Ils évoquent aussi des bruits ou des sensations difficiles à identifier et certains parlent également de peurs liées à des personnages imaginaires. Au global, est évoquée une grande diversité d'objets de peur du quotidien, qui s'ancrent aussi bien dans des réalités concrètes que dans des représentations imaginaires : les adultes (« les grands »), les monstres, le noir, la peur de tomber, les dragons, les loups...

Ces récits peuvent être compris comme une manière de mettre des mots et des images sur des émotions difficiles à exprimer autrement.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Quand la lumière s'éteint, j'ai peur. »
- « Je n'aime pas quand il fait noir dans ma chambre. »
- « Quand j'entends un bruit de crocodile, je cours et je me cache sous le lit de papa et maman. »
- « J'ai vu une sorcière dans ma chambre. »

Cependant, certains enfants décrivent également des manières de faire face à ces peurs à travers le jeu, qui leur permettent de les maîtriser ou de les transformer. **Cette dimension illustre la place du jeu dans l'élaboration et la régulation des émotions chez le jeune enfant.** À cet égard, la peur n'est toutefois pas uniquement décrite comme une émotion ressentie et les enfants insistent parfois, au contraire, sur son absence. Ces affirmations peuvent être interprétées comme une manière de se présenter comme courageux mais aussi de se distancier d'une émotion perçue comme désagréable. Les enfants évoquent également le fait de se cacher, parfois pour jouer, mais aussi pour se dissimuler, se soustraire ou se protéger face à des situations perçues comme menaçantes. **Les stratégies d'isolement apparaissent comme des réponses fréquentes chez ces enfants confrontés, parfois seuls, à des situations génératrices d'insécurité.**

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Je n'ai jamais peur. »
- « Je n'ai pas peur du noir, même pas. »
- « Après, je vais me cacher dans les draps et ma mamie ne peut plus me voir. »

Les enfants évoquent également les chutes ou les blessures, souvent associées à la douleur mais aussi à la tristesse ou aux pleurs. Les parents occupent, pour eux, une place très importante dans ces situations : ils sont cités comme des figures rassurantes et protectrices et leur présence est un repère essentiel pour aider les enfants à se sentir en sécurité.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Je suis tombé et j'ai pleuré. »
- « Je me suis fait mal, j'étais triste. »
- « J'appelle ma maman quand je me fais mal. »

Ces résultats sont cohérents avec les connaissances sur le développement socio-émotionnel du jeune enfant. À cet âge, les peurs liées au noir, aux bruits, aux personnages imaginaires ou encore aux situations de douleur et de blessure, et les sentiments d'insécurité et de vulnérabilité liés, constituent des expériences fréquentes, qui contribuent au développement progressif de la compréhension et de la régulation des émotions.

► Dans ce contexte, la présence des parents peut permettre à ces enfants de retrouver un sentiment de sécurité et d'apaisement. Il est important de souligner que les enfants, bien qu'en bas âge, associent d'eux-mêmes des situations et des personnes précises à des émotions spécifiques.

10 – LES PROCHES QUI COMPTENT : PARENTS, FRATRIE, GRANDS-PARENTS ET AUTRES FIGURES DE RÉCONFORT

Cette troisième thématique renvoie à la famille, qui constitue un univers central du quotidien des enfants. Elle est fréquemment abordée par les enfants et est généralement associée à des émotions positives et à des moments de plaisir partagé.

Les enfants évoquent principalement les personnes qui constituent pour eux des figures de soutien. **Les parents restent des figures centrales dans le quotidien des enfants interrogés,** souvent sollicités et à l'origine d'émotions positives, mais les grands-parents reviennent aussi fréquemment dans leurs récits et sont surtout associés à des moments de réconfort et de plaisir. La fratrie occupe également une place significative, les relations avec les frères et sœurs alternant entre moments de jeu et conflits. Les cousins et cousines apparaissent également dans les échanges et ces relations sont surtout liées au jeu et aux moments de rencontre. Enfin, les enfants évoquent aussi régulièrement leurs animaux de compagnie.

La mère apparaît comme une figure particulièrement centrale dans les récits des enfants en Guadeloupe. Elle est fréquemment décrite comme la personne à laquelle ils s'adressent pour demander de l'aide, partager une activité ou exprimer leurs envies. Ce statut particulier des mères dans les discours recueillis en Guadeloupe fait écho aux travaux de Stéphanie Mulot sur la matrifocalité, qui mettent en évidence leur place centrale dans l'organisation des rôles familiaux, ainsi que dans les responsabilités quotidiennes de soin, d'éducation et de soutien aux enfants[106]. Dans ce contexte, les mères occupent fréquemment une position structurante dans les récits et les expériences rapportées par les enfants.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « J'en parle à papa et maman. »
- « Je vais voir ma maman. »
- « Quand j'ai peur, j'appelle papi et mamie. »
- « Je vais voir papi et mamie quand je suis joyeux. »

Le doudou apparaît également comme une source importante de réconfort, notamment au moment du coucher ou pendant la nuit. Recherché dans les moments d'inquiétude ou de détresse, il semble constituer pour certains enfants une source de réconfort et d'apaisement alternative, afin de contribuer à apaiser les émotions négatives. Le fait que certains enfants se tournent vers leur doudou dans des moments où ils ressentent des émotions négatives met toutefois en évidence une possible difficulté à accéder ou à recevoir du soutien de la part des adultes, alors même que ces derniers ont la responsabilité d'assurer la protection, le réconfort et la sécurité affective des enfants.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « On en parle à doudou. »
- « Je voudrais un doudou qui parle. »

Dans l'ensemble, cette thématique montre que les jeunes enfants interagissent, vivent des expériences importantes et s'appuient sur un réseau composé de leurs parents, de leurs grands-parents, de leur fratrie et d'autres personnes significatives de leur entourage. Celui-ci apparaît comme une ressource importante pour les enfants, en leur apportant moments de vie, émotions diverses, réconfort, sécurité et soutien dans les situations du quotidien.

► Ces résultats sont cohérents avec les travaux présentés en introduction et qui montrent que, si les parents demeurent les principales figures d'attachement au cours des premières années de vie, les jeunes enfants peuvent également développer des liens privilégiés avec d'autres adultes ou enfants significatifs de leur entourage. La diversité de ces relations participe à l'expérience de situations et d'émotions variées, au sentiment de sécurité de l'enfant et favorise sa régulation émotionnelle ainsi que sa capacité à faire face aux situations du quotidien.

106. Mulot, S. (2013). La matrifocalité caribéenne n'est pas un mirage créole. *L'Homme*, 207-208, 159-192.

11 – LES VIOLENCES DES ADULTES DE LA FAMILLE ET DE L'ÉCOLE, AMBIVALENCE DES LIENS ET CONFLITS DANS LA FRATRIE



Cette dernière thématique regroupe plusieurs sous-thématiques, à savoir : les situations dans lesquelles les enfants rapportent des comportements violents de la part de leurs parents, les conflits entre frères et sœurs, ainsi que les tensions liées aux règles et aux frustrations du quotidien, vécues notamment au sein de la famille. Les situations relatées sont fortement associées à des émotions négatives comme la colère, la tristesse ou la peur.

01 LES VIOLENCES COMMISES PAR LES ADULTES DE LA FAMILLE

Premièrement, **les enfants mentionnent de manière récurrente des comportements violents dont ils disent faire l'objet au sein de leur environnement familial. Ces situations apparaissent spontanément dans leurs récits lorsqu'ils décrivent des expériences associées à la tristesse, à la colère ou à la peur, sans que les chercheurs n'aient demandé aux enfants s'ils étaient confrontés ou subissaient des faits de violence.** Les échanges ont été conduits à partir de questions ouvertes, sans orientation vers l'évocation de violences ou de difficultés familiales : ce sont donc les enfants eux-mêmes qui associent ces émotions à des situations vécues dans leur environnement familial. Les éléments relatés ont par ailleurs conduit les chercheurs, en concertation avec l'UNICEF France, à procéder à une gestion particulière, développée plus bas, en vue de garantir la protection des enfants concernés.

Dans son ensemble, cette thématique met également en lumière **la coexistence de fonctions protectrices et de pratiques violentes au sein des relations familiales pour certains des enfants interrogés.** Les parents apparaissent en effet comme une source de soutien, de réconfort et d'affection, mais aussi comme une figure associée à des comportements coercitifs. Les enfants évoquent des violences physiques de la part de leur mère, de leur père ou de leur grand-mère. Ces propos suggèrent que, pour certains enfants ayant participé à l'étude, la peur évoquée précédemment ne relève pas uniquement de l'imaginaire ou des inquiétudes ordinaires de l'enfance, mais peut s'inscrire dans **des expériences familiales marquées par des situations de violence ou de conflit intense.**

Face à ces situations, les enfants décrivent des réactions de retrait (isolement, fuite, mise à distance), par exemple en allant dans leur chambre, en se cachant dans le lit d'un parent ou en pleurant

seuls, pouvant correspondre à des stratégies mises en place pour s'éloigner de situations ou d'émotions vécues comme difficiles, particulièrement quand ils s'y retrouvent confrontés seuls.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Quand papa me tape, je suis très triste. »
- « Ma mère me tape avec un gros ballon qui fait mal à la tête. »
- « Et, ma mamie, elle me tape avec la ceinture. »
- « Moi aussi ma maman me tape avec la ceinture et ma maman elle me tape avec la cuillère en bois et la ceinture. »
- « Quand papa me tape, je pleure très fort. »

Ces résultats font par ailleurs écho aux données issues d'enquêtes réalisées auprès des parents, notamment celles du baromètre sur les violences dites « éducatives ordinaires » publié par la Fondation pour l'Enfance[107]. Ces situations apparaissent particulièrement préoccupantes au regard des connaissances actuelles sur le développement de l'enfant, en plus d'être interdites par la loi. **Lorsque les adultes censés protéger l'enfant deviennent également une source de peur ou de détresse, le sentiment de sécurité peut être fragilisé.** Les travaux portant sur l'attachement des enfants montrent que les stratégies habituellement mobilisées par l'enfant pour rechercher du réconfort et de la sécurité peuvent alors en être affectées, ce qui risque d'avoir **des répercussions sur ses relations aux autres ainsi que sur ses capacités de régulation émotionnelle, essentielles à la santé mentale.**

ZOOM SUR… LES VIOLENCES ET LA FRAGILISATION DES REPÈRES AFFECTIFS DE L'ENFANT

Les situations de violence évoquées par certains enfants ayant participé à cette étude, principalement au sein de la famille et plus rarement à l'école, prennent une dimension particulière lorsqu'elles concernent les adultes qui occupent une place centrale dans leur quotidien. Parents, enseignants ou autres professionnels constituent habituellement les personnes vers lesquelles les jeunes enfants se tournent lorsqu'ils éprouvent de la peur, de la tristesse ou de l'inquiétude, en recherchant auprès d'eux protection, réconfort et sécurité.

L'un des résultats marquants de cette étude est que **certains enfants identifient comme figures de soutien des adultes qu'ils décrivent également dans des situations de violence.** Cette observation met en évidence la complexité des relations qu'entretiennent les jeunes enfants avec les adultes dont ils dépendent au quotidien. Dans ces cas-là, les figures de soutien identifiées ne correspondent pas nécessairement aux personnes qui répondent de manière adaptée à leurs besoins émotionnels. Elles désignent avant tout les adultes dont ils dépendent quotidiennement pour être accompagnés, protégés et pris en charge. Ainsi, même lorsqu'il est confronté à des comportements violents, un jeune enfant peut continuer à rechercher une proximité avec ces adultes, car ces mêmes adultes demeurent ses principales sources de sécurité. **L'identification d'une personne comme figure de soutien ne constitue donc pas, à elle seule, un indicateur de la qualité ou du caractère sécurisant de la relation.**

Cette ambivalence est également liée au développement cognitif et socio-émotionnel des jeunes enfants. Ils ne disposent pas toujours des repères nécessaires pour reconnaître certains comportements comme des violences ou les ont intégrés comme légitimes, les adultes étant à la fois des figures d'autorité et supposées vectrices de vérité. Lorsque les punitions physiques ou d'autres pratiques éducatives violentes s'inscrivent dans son quotidien, elles peuvent alors lui apparaître comme normales. Plusieurs enfants rencontrés au cours de cette étude expliquent ainsi les coups reçus par les « bêtises » qu'ils pensent avoir commises, laissant penser qu'ils attribuent la responsabilité de ces situations à leur propre comportement plutôt qu'à celui de l'adulte. À cette difficulté peut s'ajouter un **conflit de loyauté :** un jeune enfant peut simultanément aimer son parent, rechercher sa protection, craindre certains de ses comportements et souhaiter préserver la relation qui les unit. Ces émotions contradictoires peuvent coexister sans qu'il soit en mesure de les comprendre ou de les résoudre.

Les travaux sur l'attachement permettent d'éclairer ces observations. Lorsque la personne vers laquelle l'enfant se tourne habituellement pour être réconforté devient également une source de peur ou d'insécurité, celui-ci peut développer **un attachement désorganisé, caractérisé par l'absence de stratégie stable et cohérente pour rechercher protection et réconfort. De telles expériences peuvent fragiliser progressivement son sentiment de sécurité, ses capacités de régulation émotionnelle et, plus largement, son développement socio-émotionnel.**

107. Fondation pour l'Enfance (2026). Baromètre des violences éducatives ordinaires.

02 LES RÈGLES ET LES BÊTISES : SOURCES DE FRUSTRATION ET DE LÉGITIMATION DE LA VIOLENCE

Un autre registre abordé concerne les tensions liées à l'autorité et aux règles familiales. Le terme « bêtise » revient fréquemment dans les propos recueillis et renvoie à des situations qui provoquent des conflits avec les parents. Ces situations, liées aux règles et aux réactions parentales face aux comportements des enfants, sont souvent associées à des émotions négatives comme la tristesse ou la frustration. Par ailleurs, certaines situations relèvent de frustrations liées à des envies non satisfaites, par exemple autour des bonbons : les enfants expriment alors leur colère ou leur déception.

► **La frustration apparaît ainsi comme une expérience fréquente à cet âge et il apparaît que ces jeunes enfants rencontrent encore des difficultés à réguler leurs émotions face aux interdits ou aux désirs non satisfaits. Dans ce contexte, l'accompagnement des adultes joue un rôle important pour aider les enfants à comprendre les limites posées, à traverser les frustrations et à développer progressivement leurs capacités de régulation émotionnelle ainsi que des relations plus apaisées.**

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Je tapais des pieds. »
- « Je suis fâchée, je voulais un bonbon. »

Ceci étant, les enfants établissent parfois un lien entre les actes de violence qu'ils subissent et les comportements qu'ils considèrent comme des « bêtises ». Ces verbatims suggèrent que **certains enfants ont intégré l'idée que des pratiques éducatives reposant sur la violence physique peuvent être légitimement associées à certains de leurs comportements qu'ils jugent eux-mêmes inappropriés.** Or, **ces pratiques portent préjudice à leur santé et à leur développement et constituent une atteinte aux droits de l'enfant,** en particulier à son droit d'être protégé contre toute forme de violence (article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant).

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Quand je fais des bêtises à la maison, maman m'a tapé les fesses. »
- « Quand je fais des bêtises, elle me tape. »
- « Ma maman me tape très fort fort fort fort, des fois, maman me pince la bouche, c'est vrai quand je fais des bêtises, il ne faut pas faire de bêtises. »
- « Mon père est fâché parce que ma petite sœur a fait des bêtise. »

03 LES VIOLENCES COMMISES PAR LES ADULTES DE L'ÉCOLE

En Guadeloupe, contrairement aux données issues de la France hexagonale, **certains enfants rapportent des situations qu'ils décrivent comme des violences impliquant des enseignants ou des ATSEM de leur école.** Certaines pratiques d'isolement liées à la discipline scolaire sont évoquées et 3 des 24 enfants rencontrés en Guadeloupe rapportent un acte de violence physique impliquant des adultes de l'école. **Si ces résultats ne permettent pas de tirer de conclusions sur la fréquence réelle de ces situations, compte tenu de la taille de l'échantillon et des objectifs de l'étude, ils renseignent néanmoins sur les vécus parfois violents** et les ressentis négatifs que vivent certains enfants interrogés lorsqu'ils sont à l'école. Pour rappel, les châtiments corporels et les violences à l'école sont strictement interdits par le code de l'éducation et l'interdiction générale des violences faites aux mineurs.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Quand la maîtresse me dit qu'il faut aller dans le coin. »
- « Quand l'ATSEM et la maîtresse me tapent, ça me fait mal. »
- « Quand maîtresse me tape. »
- « Quand maîtresse me tape, je pleure. »

04 LES CONFLITS AU SEIN DE LA FRATRIE

Les propos que rapportent les enfants sur les conflits dans leurs relations avec leur fratrie peuvent aussi être analysés dans cette thématique, bien que se situant sur un plan distinct et à un niveau de gravité inférieur aux violences commises par les parents et évoquées ci-dessus. Les conflits entre frères et sœurs, fréquents au cours du développement, sont ici associés à des émotions intenses et peuvent constituer une source importante de tensions au quotidien. Ils se distinguent toutefois des violences exercées par les parents, dans la mesure où ils relèvent de relations entre enfants et peuvent également contribuer, lorsqu'ils sont accompagnés par les adultes, aux apprentissages sociaux et émotionnels.

CE QUE DISENT LES ENFANTS

- « Quand ma petite sœur me tire les cheveux, ça me rend en colère. »
- « Quand ma sœur me mord. »

► **Sans pouvoir généraliser ce constat à l'ensemble des enfants de la population française, ces observations rappellent que les violences demeurent une réalité dans le quotidien de certains jeunes enfants, quels que soient les territoires étudiés.**

ZOOM SUR… LES TEMPS PÉRISCOLAIRES

Il convient par ailleurs de noter que, tant en Guadeloupe qu'en France hexagonale, aucun enfant n'a spontanément rapporté de situation qu'il identifie comme une violence physique ou sexuelle impliquant des animateurs ou d'autres professionnels intervenant dans le cadre des activités périscolaires. Dans un contexte marqué par la médiatisation de plusieurs affaires récentes de violences commises en milieu scolaire et périscolaire, cette absence doit être interprétée avec prudence et ne peut être considérée comme un indicateur de l'absence de telles situations, compte tenu du faible échantillon d'enfants interrogés.

Bien que cette étude ne permette pas d'en estimer la fréquence, le fait que plusieurs enfants évoquent spontanément des situations de violence souligne leur présence dans le vécu quotidien de certains participants. Comme indiqué précédemment, les travaux sur l'attachement montrent que lorsque les figures censées protéger l'enfant constituent également une source de peur, les stratégies qu'il mobilise pour rechercher du réconfort et de la sécurité peuvent être fragilisées, affectant plus largement le développement de ses capacités de régulation émotionnelle.

Ces expériences représentent des facteurs de risque importants pour le développement socio-émotionnel et la santé mentale des jeunes enfants, soulignant la nécessité d'un repérage précoce et d'une prise en charge adaptée des situations de violence.

► **Plus largement, ces résultats montrent aussi que les enfants peuvent évoquer spontanément ces expériences lorsqu'un cadre d'expression adapté leur est proposé, ce qui renforce l'intérêt de recueillir directement leur parole. Ils soulignent également la nécessité de proposer des espaces d'écoute sécurisés en dehors du cadre familial, afin de permettre le repérage de situations de violence parfois invisibilisées et de garantir la prise en compte effective du vécu des jeunes enfants et leur protection, même lorsque leur parole paraît, de prime abord, ambivalente. Ces résultats rappellent également que, dans certains cas, le fait de désigner un adulte comme figure de soutien ne signifie pas nécessairement que la relation est protectrice ou exempte de violences.**

ZOOM SUR… LES VIOLENCES SEXUELLES

Les résultats de l'étude montrent que les enfants de 3 à 5 ans sont capables de verbaliser certaines formes de violences physiques, notamment lorsqu'elles sont associées à des actions concrètes et accessibles dans leur vocabulaire (par exemple, « taper », « pincer », « faire mal »). En revanche, la verbalisation apparaît plus limitée pour d'autres formes de violences, notamment celles impliquant l'intimité, car elles peuvent être plus difficiles à verbaliser, à mettre en mots ou à évoquer spontanément à cet âge. Ce sont alors d'autres signaux, notamment comportementaux et relationnels, qui peuvent permettre d'identifier ces violences subies. Ainsi, l'absence d'évocation de violences sexuelles dans ce contexte spécifique ne peut être interprétée comme l'absence d'exposition éventuelle à ces situations, cette limite renvoyant aux conditions méthodologiques et aux objectifs du recueil de la parole dans le cadre de cette étude.

FOCUS : ENJEUX DE REPÉRAGE ET DE PROTECTION DES ENFANTS RAPPORTANT DES VIOLENCES

Les violences rapportées par les enfants rencontrés en France hexagonale et en Guadeloupe, lorsqu'elles impliquent des adultes de leur entourage proche – en particulier les parents, et dans une moindre mesure certains professionnels de l'école en Guadeloupe –, constituent des situations particulièrement préoccupantes au regard des enjeux de protection de l'enfance. Leur évocation spontanée par des enfants âgés de 3 à 5 ans souligne l'importance et l'urgence de recueillir directement leur parole, mais interroge également les conditions spécifiques permettant de repérer, d'accompagner et de protéger les enfants confrontés à de telles situations.

La fréquence de certaines évocations tout comme la gravité de plusieurs propos recueillis ont particulièrement alerté les chercheurs ainsi que les responsables de la présente étude à l'UNICEF France. Une réflexion a rapidement été engagée afin de déterminer la conduite à tenir face à ces situations. Lorsque des faits de violence ont été évoqués au cours des groupes de discussion, les informations ont systématiquement été transmises à l'enseignant et à la direction de l'établissement. Lors des entretiens individuels, les chercheurs sont revenus également sur les propos tenus par l'enfant afin de lui offrir la possibilité de les préciser ou d'en parler davantage. Ces situations ont nécessité une réflexion approfondie de la part des équipes quant à l'opportunité de transmettre **une information préoccupante à la cellule départementale en charge de la protection des mineurs.**

En France hexagonale, les éléments recueillis au cours de l'étude auprès de 40 enfants ont conduit à une vigilance renforcée concernant 4 enfants et à la transmission d'une information préoccupante. En concertation avec le directeur de l'école, les chercheurs ont organisé des temps d'échange avec les enseignants concernés afin de les accompagner dans la prise en compte de ces situations et de répondre à leurs questionnements. En Guadeloupe, l'application du protocole de santé mentale mis en place par l'académie a abouti à la mise sous surveillance active de onze enfants, au déclenchement d'une alerte pour deux d'entre eux et à la transmission d'une information préoccupante pour un autre cas. L'ampleur des situations rapportées ainsi que le nombre d'enfants concernés – 14 des 24 enfants rencontrés – ont conduit les chercheurs à solliciter une rencontre avec l'inspectrice chargée de l'école maternelle ainsi qu'avec la directrice de la Protection maternelle et infantile (PMI) afin de partager leurs inquiétudes et de réfléchir aux actions susceptibles de renforcer le repérage de ces situations.

Les échanges ont notamment porté sur l'intérêt de développer des actions de sensibilisation et de prévention à destination des enfants, des parents et des professionnels. Dans cette perspective, l'un des chercheurs est retourné dans l'ensemble des classes ayant participé à l'étude afin **d'animer une séance de sensibilisation aux violences à partir de l'album jeunesse *Interdit de me faire mal* de Mai Lan Chapiron. Une action destinée aux parents est également prévue lors de la prochaine rentrée scolaire.**

Les échanges menés à cette occasion ont mis en lumière **les difficultés rencontrées par certains professionnels** lorsqu'ils envisagent d'engager une telle démarche. Les réticences exprimées ne portaient pas sur la crédibilité de la parole des enfants ni sur la nécessité de les protéger, mais davantage sur les conséquences personnelles et professionnelles anticipées. La levée de l'anonymat des rédacteurs est apparue comme une source majeure d'inquiétude, certains professionnels évoquant la crainte d'une dégradation de leurs relations avec les familles, de tensions au sein de leur environnement de travail ou encore d'être personnellement mis en cause à la suite d'un signalement.

Ces éléments conduisent à s'interroger sur les conditions concrètes de mise en œuvre des dispositifs de protection de l'enfance. Si l'utilité des informations préoccupantes dans le repérage et la protection des enfants ne fait aucun doute, les résultats de l'étude suggèrent que les inquiétudes ressenties par certains professionnels peuvent parfois freiner leur engagement dans ces démarches. Ils invitent ainsi à **réfléchir aux moyens de mieux accompagner, soutenir et sécuriser les professionnels confrontés à ces situations.** Ces résultats soulignent également la nécessité de dépasser une lecture uniquement organisationnelle ou procédurale des réticences exprimées par certains professionnels à transmettre une information préoccupante. Ces réticences s'inscrivent en effet dans un contexte plus large et marqué par les représentations sociales des enfants comme objets davantage que comme sujets et par **la difficulté persistante à remettre en question certaines pratiques éducatives encore considérées comme ordinaires,** les exposant particulièrement aux violences. Tant que **certaines formes de violence demeurent perçues comme relevant de l'éducation ou de la sphère privée et de choix individuels,** elles resteront difficilement identifiées et signalées.

Cette persistance des représentations rappelle que les évolutions législatives, aussi importantes soient-elles, ne suffisent visiblement pas à elles seules à transformer les pratiques. À cet égard, l'interdiction des châtiments corporels inscrite dans la loi en 2019 constitue une avancée majeure dans la reconnaissance du droit des enfants à être protégés contre toute forme de violence. Toutefois, **l'effectivité de ce droit suppose également une évolution durable des normes sociales et des représentations vis-à-vis des enfants et de leur éducation.** Une approche fondée sur les droits de l'enfant implique ainsi non seulement d'interdire juridiquement les violences, mais aussi de faire évoluer les représentations qui continuent à banaliser certaines formes de violence éducative.

Ces éléments soulignent l'importance et l'urgence de recueillir directement la parole des jeunes enfants, qui permet non seulement de mieux comprendre leur vécu, mais également de repérer des situations de vulnérabilité ou de violence susceptibles de demeurer invisibles. Ils rappellent également que **la protection effective des enfants repose à la fois sur des dispositifs institutionnels adaptés, sur un accompagnement renforcé des professionnels et sur une évolution durable des représentations sociales des violences éducatives.** Elle suppose enfin la **pleine reconnaissance du droit de chaque enfant à grandir à l'abri de toute forme de violence.**

12 – DES RÉSEAUX DE SOUTIEN RICHES ET COMPOSITES, ESSENTIELS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ENFANTS

Pour rappel, les entretiens individuels réalisés dans le cadre de cette étude avaient pour objectif de recueillir les représentations d'enfants âgés de 3 à 5 ans concernant leurs réseaux de soutien en les invitant à identifier les personnes vers lesquelles ils se tournent, et dans quelle mesure, lorsqu'ils ressentent de la tristesse, de la peur ou de la colère (voir tableau 2). Cette démarche visait à mieux comprendre, à partir de leur propre point de vue, quelles sont les principales figures de soutien qu'ils peuvent mobiliser dans leurs environnements familial et scolaire.

01 DES FIGURES DE SOUTIEN MULTIPLES AU SEIN DE LA FAMILLE

Toutes émotions confondues, les enfants vivant en France hexagonale identifient au sein de leur famille 2,87 personnes en moyenne vers lesquelles ils peuvent se tourner et, en Guadeloupe, cette moyenne s'élève à 4,07 personnes. Ces résultats, détaillés dans le tableau 2, révèlent **la diversité des membres de la famille susceptibles d'être mobilisés en cas de difficulté émotionnelle** (parents, fratrie, grands-parents, oncles, tantes…) et suggèrent que les enfants guadeloupéens disposent d'un réseau de soutien plus étendu au sein de leur environnement familial qu'en France hexagonale.

Ces résultats montrent aussi que, dans les deux territoires, **les parents constituent de loin les principales figures de soutien mobilisées par les enfants ayant participé à l'étude** lorsqu'ils rencontrent une difficulté émotionnelle. La mère, qui arrive en première position, est citée par 94 % des enfants en France hexagonale et 87 % en Guadeloupe. Cette part moins élevée en Guadeloupe suggère que l'organisation parfois matrifocale dans les familles du territoire concerne davantage l'organisation du quotidien et la réponse aux besoins divers des enfants que leur soutien, identifié ou effectif. Le père apparaît également comme une figure de soutien importante, dans la mesure où il est mentionné par 89 % des enfants en France hexagonale et 74 % en Guadeloupe. Sur ce territoire, ce dernier résultat pourrait paraître surprenant quand 52 % des enfants interrogés vivent uniquement avec leur mère. La place occupée par les pères parmi les figures de soutien identifiées suggère que ceux-ci conservent une place significative dans la vie affective des enfants interrogés, même lorsqu'ils ne résident pas au sein du foyer. **Ce résultat souligne que le rôle de soutien paternel ne se réduit pas à la présence quotidienne auprès de l'enfant et que les liens affectifs peuvent demeurer importants au-delà du lieu de résidence.**

Les grands-mères apparaissent également comme une source importante de soutien émotionnel, surtout en Guadeloupe où elles sont citées par près des trois quarts des enfants (74 %), contre 47 % en France hexagonale. Les frères et sœurs, eux

Territoire	Contexte	Émotion	Nombre minimum de figures	Nombre maximum de figures	Moyenne	Médiane
Hexagone	Famille	Tristesse	0	7	3,08	3
		Colère	0	7	2,83	3
		Peur	0	7	2,69	3
	École	Tristesse	0	6	2,00	2
		Colère	0	6	2,11	2
		Peur	0	7	1,69	2
Guadeloupe	Famille	Tristesse	0	9	4,48	5
		Colère	0	7	4,00	5
		Peur	0	10	3,74	4
	École	Tristesse	0	5	1,83	2
		Colère	0	5	1,61	1
		Peur	0	6	2,04	2

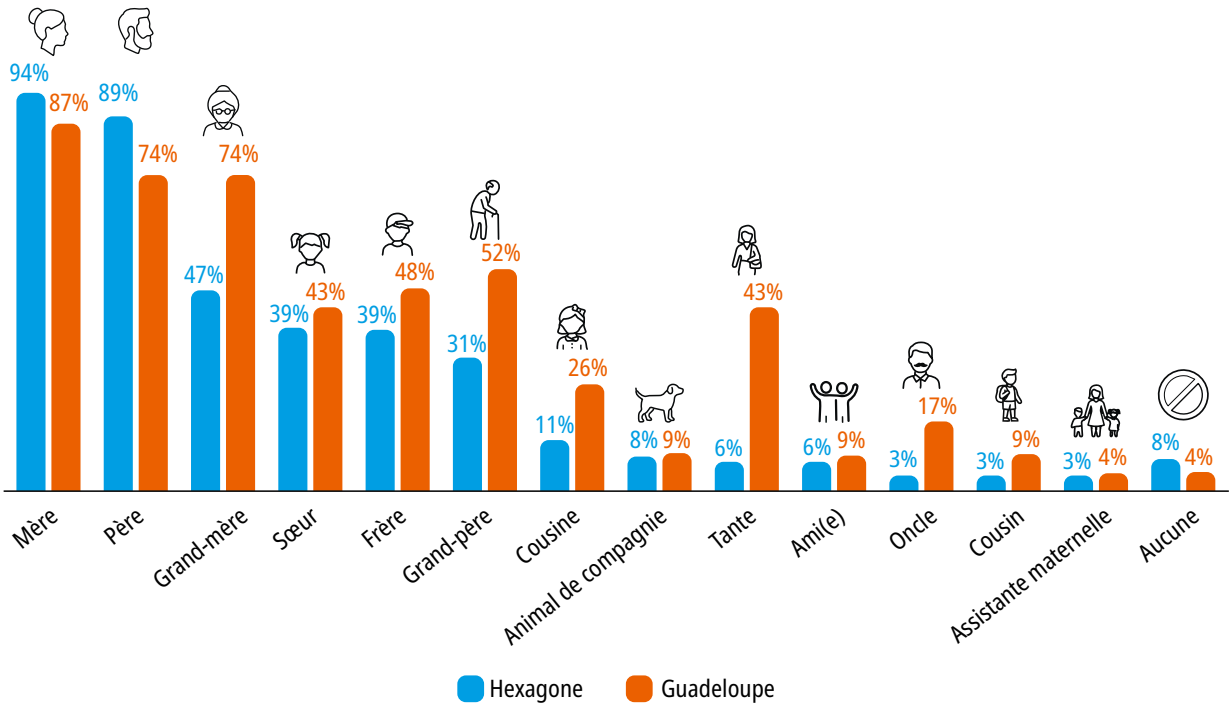
Tableau 2 : Nombre de figures de soutien citées au sein de l'environnement familial et dans le contexte scolaire selon l'émotion

aussi, sont fréquemment identifiés comme des personnes ressources dans les deux territoires. Les grands-pères sont également davantage mentionnés en Guadeloupe (52 %) qu'en France hexagonale (31 %), comme les cousines, les tantes et les oncles, qui apparaissent plus présents dans les réseaux de soutien guadeloupéens. L'évocation très fréquente des tantes et le pourcentage élevé qu'elles représentent dans les discours des enfants (43 %) peut s'expliquer en partie par l'usage fréquent du terme « tatie » en Guadeloupe.

Cette appellation dépasse souvent le cadre de la parenté biologique et peut désigner des femmes proches de la famille, investies d'un rôle de confiance, de soutien ou de protection auprès de l'enfant. À l'inverse, les animaux de compagnie sont cités dans des proportions comparables dans les deux territoires (environ 9 %).

Enfin, **très peu d'enfants déclarent ne pouvoir compter sur aucune personne de leur entourage en cas de difficulté émotionnelle lorsqu'ils sont à la maison** (8 % en France hexagonale et 4 % en Guadeloupe). Bien que minoritaire, cette situation est réelle pour un certain nombre d'enfants et mérite une attention particulière, car elle peut témoigner d'une **difficulté à identifier des ressources de soutien disponibles dans l'environnement proche de l'enfant ou d'un sentiment de moindre accessibilité, voire d'une indisponibilité avérée de ces figures dans les moments où il en a besoin.**

► **Dans l'ensemble, ces résultats confirment l'importance de la famille comme source de soutien émotionnel pour les jeunes enfants, et particulièrement en Guadeloupe où les réseaux familiaux mobilisés sont plus étendus et davantage diversifiés que ceux observés en France hexagonale. Les chiffres élevés conduisent à formuler l'hypothèse que, globalement, les enfants interrogés grandissent, pour la majorité d'entre eux, dans des conditions favorables au développement de leurs compétences psychosociales, de leur santé mentale, de leur développement et, plus globalement, de leurs droits.**

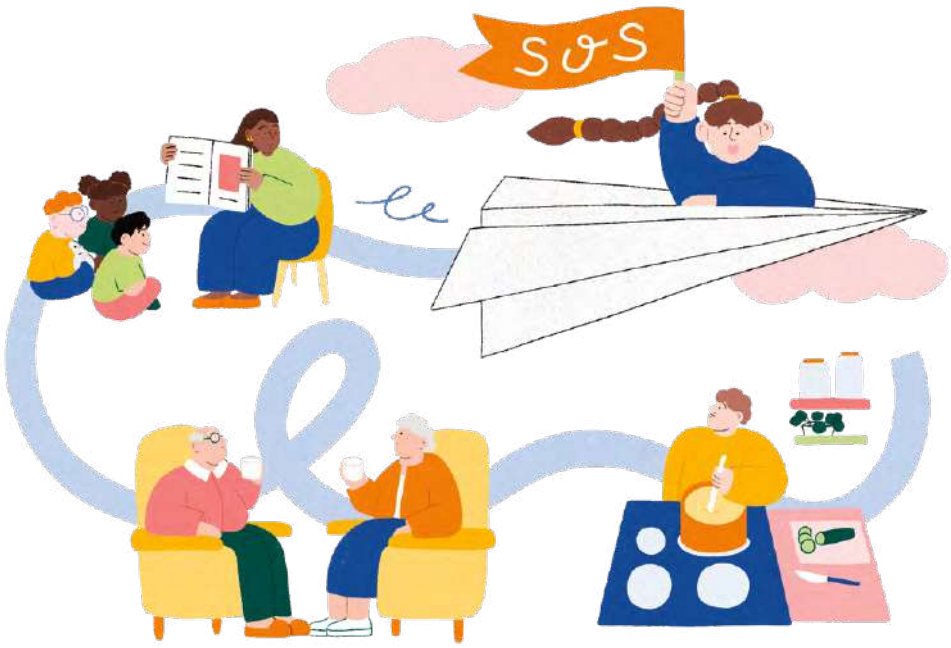


Graphique 1 : Les figures de soutien identifiées par les enfants de 3 à 5 ans au sein de leur environnement familial

02 L'ÉCOLE : UN ESPACE RELATIONNEL CONCENTRANT DIVERSES FIGURES DE SOUTIEN

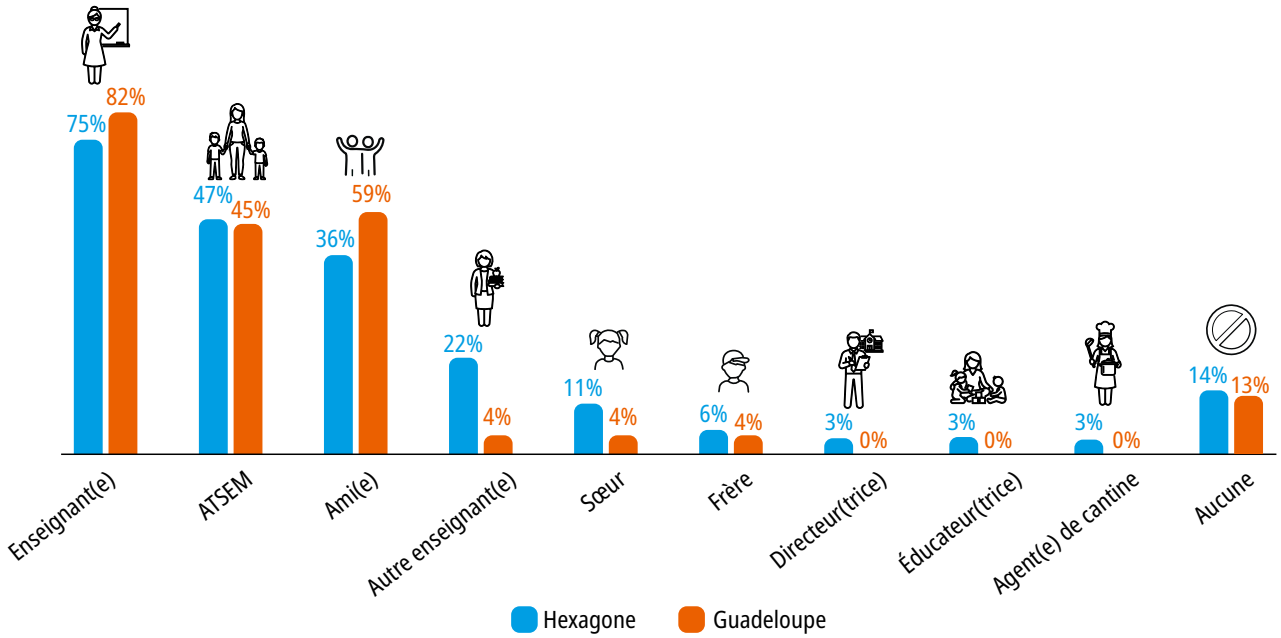
Dans le contexte scolaire, toutes émotions confondues, les enfants vivant en France hexagonale identifient 2 personnes en moyenne vers lesquelles se tourner, et 1,83 en Guadeloupe. Les résultats détaillés par émotion sont présentés dans le tableau 3. Quel que soit le territoire considéré, le nombre de personnes identifiées à l'école est donc relativement proche.

À l'école, **les principales figures de soutien identifiées par les enfants sont les enseignants,** qui occupent une place largement dominante dans les deux territoires, cités par 75 % des enfants en France hexagonale contre 82 % en Guadeloupe. Même si mentionnées dans une mesure nettement moindre, **les ATSEM/ASEM apparaissent également comme des personnes ressources importantes** pour près de la moitié des enfants (47 % en France hexagonale et 45 % en Guadeloupe). Les pairs occupent aussi une place non négligeable dans les réseaux de soutien mobilisés dans le contexte scolaire, témoignant de l'importance des relations paritaires dans la gestion des émotions au quotidien, mais de manière différenciée selon les territoires.



Les amis sont cités à hauteur de 36 % en France hexagonale et par 59 % des enfants en Guadeloupe. Certains enfants mentionnent également leurs frères et sœurs lorsqu'ils sont scolarisés au sein du même établissement, ainsi que d'autres enseignants. Ces derniers sont davantage cités en France hexagonale (22 %) qu'en Guadeloupe (4 %). Plus rarement, les enfants identifient comme personnes ressources le directeur de l'école, les éducatrices ou encore les agents de cantine.

Il est également intéressant de noter que seuls 14 % des enfants en France hexagonale et 13 % en Guadeloupe ne citent aucune personne vers laquelle se tourner à l'école en cas de difficulté émotionnelle, contre 8 % et 4 %, respectivement, au sein de l'environnement familial. Ainsi, malgré des réseaux de soutien plus restreints, la majorité des enfants identifie au moins une figure susceptible de leur apporter aide, réconfort ou protection dans le contexte scolaire. Ces résultats confirment que **l'école ne constitue pas seulement un lieu d'apprentissage, mais également un espace relationnel important dans lequel les enfants peuvent mobiliser différentes ressources, dans des mesures variables, face à leurs émotions. Si les enfants citent ici davantage de personnes ressources dans leur environnement familial que dans le contexte scolaire, le rôle central joué par les enseignants et les ATSEM/ASEM dans le soutien émotionnel des jeunes enfants, ainsi que la contribution des pairs au sentiment de sécurité et de bien-être à l'école, sont à souligner** et mettent en évidence la complémentarité des ressources relationnelles mobilisées par les enfants dans leurs différents milieux de vie.



Graphique 2 : Les figures de soutien identifiées par les enfants de 3 à 5 ans dans le contexte scolaire

ZOOM SUR… CE QUE DISENT LES ENFANTS DU SOUTIEN

Comme évoqué précédemment, le fait qu'un enfant identifie une personne vers laquelle il pense pouvoir se tourner peut être interprété comme l'expression d'attentes positives, construites au fil de ses expériences relationnelles, associées à la perception de cette personne comme étant disponible et rassurante.

Toutefois, les données recueillies dans le cadre de cette étude ne permettent pas d'évaluer la qualité des réponses données aux enfants en matière de soutien. **L'objectif de cette étude est d'explorer la capacité des enfants à identifier et solliciter une ressource de soutien, et non pas d'évaluer la qualité des liens** d'attachement, ni d'apprécier l'effectivité du soutien dont ont besoin les enfants.

Les situations de violence rapportées par certains enfants dans cette étude rappellent d'ailleurs qu'un enfant peut désigner un adulte comme une personne vers laquelle il se tourne spontanément tout en étant confronté, par ailleurs, à des comportements violents de la part de cette même personne. Cette apparente contradiction ne signifie pas que l'enfant ne perçoit pas la violence ou même l'ambivalence de la relation, mais s'explique en partie par la dépendance particulière du jeune enfant à l'égard des adultes qui l'entourent, de par les soins et l'accompagnement qu'ils peuvent prodiguer en parallèle des violences.

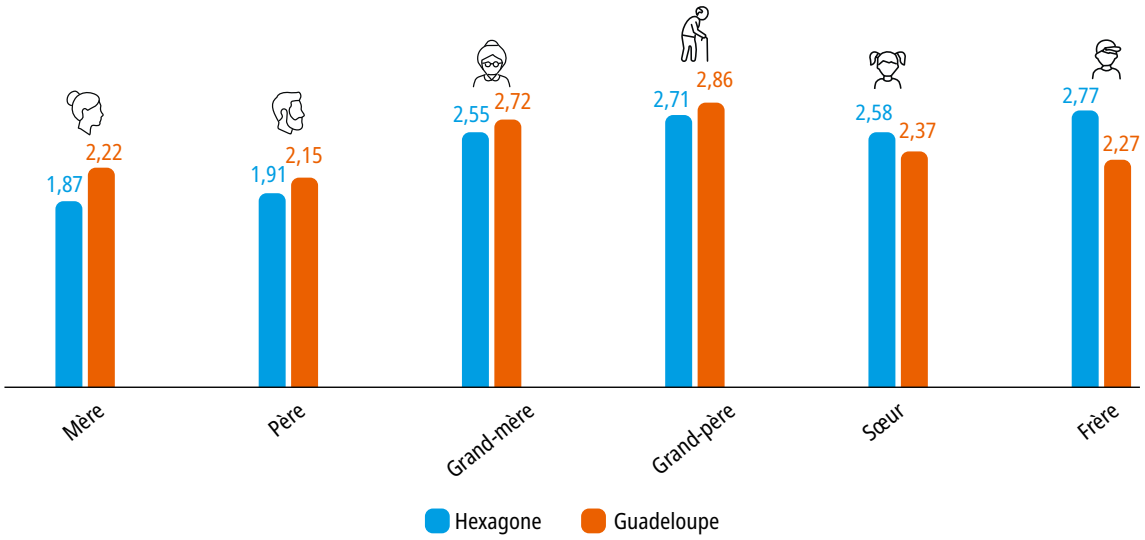
Les recherches futures devront donc approfondir la manière dont ces figures sont effectivement mobilisées par les enfants, les réponses apportées lorsqu'un soutien est demandé, ainsi que les conditions nécessaires pour que chaque enfant puisse disposer de l'aide, de la protection et de la sécurité affective dont il a besoin lorsqu'il rencontre une difficulté.

03 LES PARENTS, LES FIGURES DE SOUTIEN IDENTIFIÉES LES PLUS PROCHES DES ENFANTS

Enfin, l'analyse des indices de proximité recueillis lors des entretiens individuels permet de mieux comprendre la place occupée par les différentes figures de soutien dans le réseau relationnel des enfants. **Cet indice est calculé à partir du positionnement des personnes identifiées par l'enfant sur le damier : plus la figure de soutien est placée près de l'enfant, plus sa valeur est faible et indique qu'elle est perçue comme une personne vers laquelle il pourrait se tourner en priorité** lorsqu'il ressent de la peur, de la tristesse, de la colère ou lorsqu'il a besoin d'aide et de réconfort.

Dans les deux territoires, **les parents apparaissent comme les figures les plus proches des enfants interrogés,** en cohérence avec la fréquence à laquelle ils sont cités par les enfants lorsqu'est abordée la question des soutiens. Les indices les plus faibles concernent en effet la mère (1,87 en France hexagonale et 2,22 en Guadeloupe) et le père (1,91 et 2,15 respectivement). Ces résultats confirment que, lorsqu'ils sont confrontés à une émotion difficile, les enfants se tournent prioritairement vers leurs parents pour obtenir de l'aide, du réconfort ou du soutien, quand bien même ils ne vivent pas avec eux. En effet, l'indice concernant les pères en Guadeloupe est faible alors que les enfants interrogés vivent en grande partie uniquement avec leurs mères. Bien qu'ils apparaissent fréquemment dans les réseaux de soutien, les grands-parents sont positionnés en moyenne plus loin que les parents sur le damier. Les grands-mères obtiennent ainsi des indices moyens de 2,55 en France hexagonale et de 2,72 en Guadeloupe, tandis que les grands-pères présentent les scores les plus élevés (2,71 et 2,86 respectivement), indiquant qu'ils sont davantage sollicités dans un second temps. La fratrie occupe une position intermédiaire. En France hexagonale, les sœurs (2,58) et surtout les frères (2,77) apparaissent relativement éloignés des enfants, tandis qu'en Guadeloupe leurs indices sont légèrement plus faibles (2,37 et 2,27), suggérant une plus grande proximité dans les situations de soutien émotionnel.

► **Dans l'ensemble, ces résultats montrent que, malgré l'importance de la famille élargie dans les réseaux de soutien des enfants, les parents demeurent les figures centrales vers lesquelles ils se tournent en priorité lorsqu'ils éprouvent de la peur, de la tristesse ou de la colère. Ils confirment ainsi le rôle des parents dans la régulation émotionnelle des jeunes enfants, tout en soulignant la contribution complémentaire des grands-parents et de la fratrie au sein de leur réseau de soutien.**



Graphique 3 : Indices moyens de proximité avec les principales sources de soutien identifiées au sein de l'environnement familial

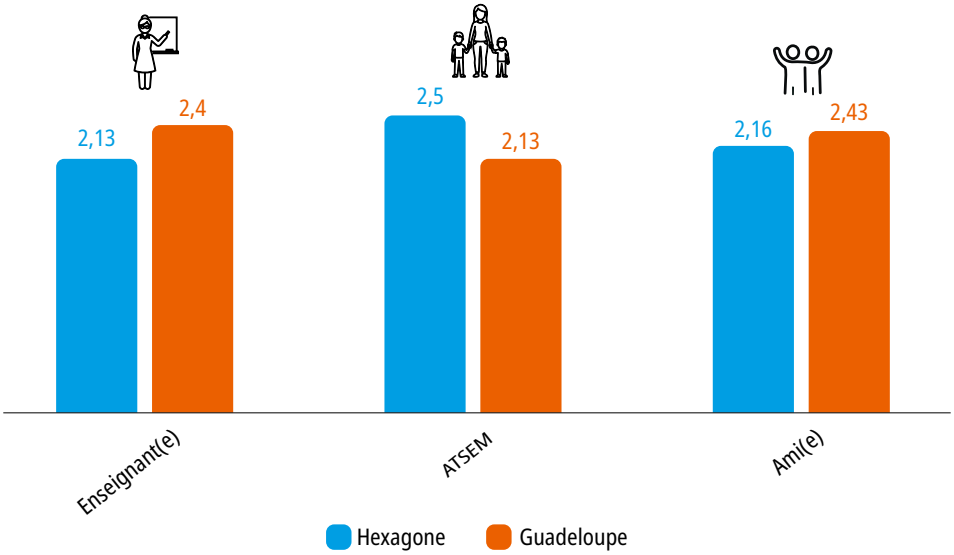
Note : Plus l'indice est faible, plus la personne est identifiée comme une figure de soutien proche.

04 LA PLACE DE PREMIER PLAN DES ENSEIGNANTS DANS LE CONTEXTE SCOLAIRE

L'analyse des indices de proximité des principales figures de soutien à l'école permet de mieux comprendre vers qui les enfants déclarent se tourner en priorité lorsqu'ils éprouvent des difficultés émotionnelles. **Comme précédemment, plus l'indice est faible, plus la personne est placée près de l'enfant sur le damier et plus elle est susceptible d'être sollicitée en premier.**

En France hexagonale, en cohérence avec la fréquence à laquelle ils sont évoqués par les enfants parmi les figures de soutien, **les enseignants apparaissent comme les figures les plus proches des enfants** (2,13), juste devant les amis (2,16). Les ATSEM/ASEM présentent un indice légèrement plus élevé (2,50), suggérant qu'elles sont davantage mobilisées dans un second temps. En Guadeloupe, les enseignants et les ATSEM obtiennent en revanche des indices identiques (2,13), témoignant d'une proximité comparable avec les enfants. Les amis apparaissent quant à eux légèrement plus éloignés (2,43). Ces résultats montrent que les adultes de l'école revêtent une grande importance dans les réseaux de soutien mobilisés par les enfants face à leurs émotions. Ils viennent compléter les données précédentes qui indiquaient que les enseignants et les ATSEM/ASEM sont les personnes les plus fréquemment citées dans le contexte scolaire. Ils suggèrent également certaines différences entre les territoires, sans pour autant pouvoir les généraliser au-delà de cette étude : en France hexagonale, les amis semblent occuper une place relativement proche de celle des enseignants tandis qu'en Guadeloupe les figures adultes apparaissent davantage privilégiées lorsqu'il s'agit de rechercher du réconfort ou de l'aide.

► **Dans l'ensemble, ces résultats confirment que l'école constitue un environnement relationnel majeur pour les enfants de 3 à 5 ans. Au-delà de leur rôle éducatif, les enseignants et les ATSEM/ASEM apparaissent dans cette étude comme de véritables figures de soutien vers lesquelles les enfants se tournent lorsqu'ils ressentent de la peur, de la tristesse ou de la colère.**



Graphique 4 : Indices moyens de proximité avec les principales sources de soutien identifiées dans le contexte scolaire

ZOOM SUR… LES RELATIONS AVEC LES ENSEIGNANTS

Les résultats de cette étude tendent à montrer que les enseignants constituent les principales figures de soutien des enfants de 3 à 5 ans ayant participé à cette étude lorsqu'ils sont à l'école. Les spécialistes s'accordent aujourd'hui pour considérer que les besoins de sécurité et de proximité avec des adultes proches persistent tout au long de l'enfance, même si leurs manifestations évoluent avec l'âge. Les jeunes enfants ont besoin de pouvoir compter sur des adultes disponibles et bienveillants lorsqu'ils se sentent en difficulté, inquiets ou vulnérables.

Or, **ces besoins ne s'arrêtent pas lorsque les enfants franchissent la porte de l'école.** Avec le développement du langage, de la mémoire et des capacités de représentation, les enfants deviennent progressivement capables de se sentir en sécurité même lorsque leurs figures d'attachement ne sont pas physiquement présentes. La proximité recherchée devient alors moins physique et davantage psychologique. Dans ce contexte, les adultes qui prennent soin d'eux au quotidien, notamment les enseignants, peuvent jouer un rôle essentiel de soutien, de réassurance et dans le développement des capacités de régulation émotionnelle. Cette idée est cohérente avec de nombreux travaux montrant que **la qualité de la relation enseignant-élève constitue un facteur important du bien-être, de l'adaptation scolaire et de la santé mentale des jeunes enfants.** Plusieurs études indiquent notamment qu'une relation chaleureuse et sécurisante avec l'enseignant favorise l'engagement dans les apprentissages, les relations avec les pairs et le développement des compétences sociales et émotionnelles[108].

Les résultats de la présente étude vont dans ce sens. Que ce soit dans les groupes de discussion ou lors des entretiens individuels, les enfants identifient très fréquemment leur enseignant comme la première personne vers laquelle ils se tournent lorsqu'ils sont tristes, en colère ou ont peur à l'école. Aux yeux des enfants, ils semblent remplir une fonction importante de protection, de réassurance et de corégulation émotionnelle qui rappelle, dans le contexte scolaire, certaines fonctions assurées par les parents au sein de l'environnement familial.

Les résultats obtenus en France hexagonale montrent également que de nombreux enfants mentionnent d'autres enseignants que celui de leur classe, notamment lorsqu'ils évoquent les temps de récréation. Cette observation suggère que **les enfants sont capables d'identifier plusieurs adultes de confiance au sein de leur école et d'adapter leurs sollicitations en fonction de leur disponibilité, des situations rencontrées ou des affinités.** Elle pourrait effectivement également témoigner des liens de proximité construits au fil des années avec différents enseignants rencontrés au cours de leur scolarité. Ces résultats rappellent encore une fois que l'école ne constitue pas seulement un lieu d'apprentissage. Elle représente également un espace relationnel dans lequel les enfants peuvent trouver de l'aide, du réconfort et du soutien lorsqu'ils traversent des expériences émotionnelles difficiles. En ce sens, **les enseignants, les ATSEM et le corps éducatif dans son ensemble jouent un rôle essentiel dans le développement des compétences psychosociales des jeunes enfants et contribuent pleinement à la promotion de leur santé mentale.**

108. García-Rodríguez, L., Iriarte Redín, C., & Reparaz Abaitua, C. (2023). Teacher-student attachment relationship, variables associated, and measurement: A systematic review. *Educational Research Review, 38,* 100488.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette 7e édition de la Consultation nationale de l'UNICEF France apporte un éclairage majeur sur la santé mentale des enfants à partir de leur propre point de vue. Pour la première fois, cette démarche a permis de recueillir la parole d'enfants dès l'âge de 3 ans, offrant ainsi un regard sur l'ensemble de l'enfance, depuis les premières années de maternelle jusqu'à la fin de l'adolescence. Les résultats invitent à faire de leur parole une source d'enseignements à part entière sur leur santé mentale et sur les conditions dans lesquelles elle doit être préservée. Les principaux résultats de cette étude sont structurés en 8 points, présentés ci-dessous.

01 LES DIFFICULTÉS PSYCHIQUES PÈSENT SUR LE QUOTIDIEN DE NOMBREUX ENFANTS ET ADOLESCENTS.

Les résultats démontrent que les jeunes enfants sont capables de reconnaître et d'exprimer leurs émotions, de relier celles-ci à des expériences concrètes de leur quotidien et d'identifier les personnes vers lesquelles ils se tournent lorsqu'ils ont besoin d'aide, de réconfort ou de protection. Ils montrent aussi que, chez les enfants et adolescents de 6 à 18 ans interrogés, les difficultés psychiques ne constituent pas une réalité marginale. **Pour une part importante d'entre eux, leurs émotions, leurs comportements ou leur capacité d'attention représentent des obstacles à leur fonctionnement quotidien et des freins à leur bien-être.** Les enfants et les adolescents évoquent des expériences de tristesse, de stress, d'anxiété, un sentiment d'incompréhension et, parfois, de solitude, qui peuvent affecter leur qualité de vie. **Ces constats rappellent que la santé mentale doit être considérée comme une dimension centrale du développement des enfants**, au même titre que leur santé physique, leur éducation ou leur protection, et qu'elle nécessite une attention particulière tout au long de leur vie.

02 LE RESPECT DES DROITS, CONDITION *SINE QUA NON* DE LA SANTÉ MENTALE.

Les résultats mettent en évidence le rôle majeur que jouent dans la santé mentale l'environnement familial, mais aussi scolaire, le sentiment de sécurité, les conditions matérielles d'existence, le cadre de vie ou encore la possibilité de s'exprimer et d'être entendu. À nouveau, les difficultés observées apparaissent souvent comme le reflet de contextes de vie plus larges, dans lesquels les droits des enfants et des adolescents ne sont pas respectés, ou pas suffisamment. **La santé mentale constitue un révélateur de ces environnements plus ou moins respectueux et protecteurs des droits.**

Le sujet du numérique, de ses usages par les adolescents et de ses conséquences sur leur santé mentale n'a pas été exploré dans le cadre de cette étude, afin de privilégier l'exploration d'autres dimensions pouvant être déterminantes sur le bien-être des enfants et des adolescents. En parallèle, de manière générale, lors des groupes de discussion, ce sujet n'a pas été évoqué spontanément par les adolescents comme un facteur impactant positivement ou négativement leur santé mentale – contrairement au rythme scolaire, aux conditions de vie ou à l'accès au soutien, par exemple.

03 LA SANTÉ MENTALE, MIROIR DES INÉGALITÉS VÉCUES PAR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS.

Les difficultés psychiques rapportées par les enfants et les adolescents ne les concernent pas tous de la même manière. Ceux qui sont confrontés à des difficultés socio-économiques, à un handicap ou à une maladie chronique, à des discriminations, à des violences ou à d'autres expériences adverses apparaissent plus exposés. **Ces résultats mettent en évidence que le mal-être ne relève pas seulement de vulnérabilités individuelles. Il est également le produit d'inégalités sociales, relationnelles et environnementales qui affectent de manière différenciée les conditions dans lesquelles les enfants grandissent.** Ces constats rappellent que la santé mentale des enfants et des adolescents ne peut être considérée comme un acquis mais comme une dimension essentielle de leur développement, nécessitant que certaines conditions qui leur sont favorables soient réunies.

04 VIOLENCES ET EXPÉRIENCES ADVERSES : DES CONSÉQUENCES LOURDES ET DURABLES SUR LA SANTÉ MENTALE DE NOMBREUX ENFANTS ET ADOLESCENTS.

Quel que soit l'âge, des enfants et des adolescents sont confrontés à des situations qui fragilisent profondément leur bien-être, qu'il s'agisse de violences, de conflits, de discriminations, d'isolement ou d'autres formes d'adversités. Ces expériences apparaissent non comme des réalités secondaires mais comme des éléments structurants dans la compréhension du mal-être des enfants et des adolescents. **Elles rappellent également que, malgré les cadres législatifs et juridiques en vigueur, les violences faites aux enfants demeurent très, et trop, répandues.** Cette étude confirme ainsi que la protection contre les violences constitue une condition indispensable à la préservation de la santé mentale, en plus de relever d'une obligation juridique, morale, éducative et sociale.

05 LE SOUTIEN : PREMIER REMPART CONTRE LE MAL-ÊTRE, POURTANT INÉGALEMENT ACCESSIBLE.

À tous les âges, les enfants et les adolescents décrivent l'importance des liens qu'ils entretiennent avec les personnes qui les entourent. À mesure qu'ils grandissent, l'importance de pouvoir compter sur des adultes disponibles, à l'écoute et bienveillants demeure centrale. Les parents, plus largement les membres de la famille, les professionnels de l'éducation et de l'enfance, mais aussi les pairs, constituent des ressources précieuses pour appréhender et être en capacité de surmonter les difficultés auxquelles chacun fait face. **Cependant, l'étude met en lumière le fait que ceux qui ont le plus besoin de soutien, en raison de leurs difficultés psychiques ou d'autres vulnérabilités, sont aussi ceux qui en disposent le moins. Ces résultats rappellent que la santé mentale ne se développe pas de manière isolée : elle prend racine dans la qualité des liens que les enfants peuvent nouer avec leur entourage.**

06 LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS SAVENT IDENTIFIER LES DÉTERMINANTS DE LEUR SANTÉ MENTALE.

Les échanges menés dans le cadre de la Consultation nationale montrent que les enfants et les adolescents ne réduisent pas leur bien-être ou leur mal-être à des dimensions individuelles. De manière différenciée selon l'âge, ils évoquent spontanément les relations, l'école, les violences, les discriminations, les contraintes économiques, le fait de se sentir reconnu et entendu ou encore le soutien dont ils bénéficient lorsqu'ils parlent de leur santé mentale et de ce qui l'influence. Les adolescents, en particulier, développent une lecture complexe et largement relationnelle, sociale et structurelle de ce qui façonne leur santé mentale. Ces éléments confirment la nécessité d'appréhender la santé mentale au-delà du seul cadre du soin et de ne pas traiter les difficultés uniquement une fois qu'elles surviennent.

07 COMPRENDRE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, C'EST D'ABORD LES ÉCOUTER.

L'étude pilote menée auprès des 3-5 ans constitue à cet égard l'une des principales contributions de cette édition de la Consultation nationale. **Elle démontre qu'il est possible de recueillir la parole des jeunes enfants sur leurs émotions, leurs relations et leurs expériences, à condition de mobiliser des méthodes adaptées à leur âge.** Les résultats mettent aussi en avant que le recueil de cette parole est nécessaire pour comprendre leur vécu et répondre à leurs besoins. L'étude consacrée aux enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans renforce ce constat : **solliciter, écouter et prendre en compte leur avis sur les sujets qui les concernent est une condition sine qua non pour assurer leur bien-être et, plus largement, respecter pleinement leurs droits.**

08 LES SUJETS SENSIBLES RESTENT DIFFICILES À ABORDER, QUAND BIEN MÊME ILS SONT ESSENTIELS À LA COMPRÉHENSION ET À LA PROTECTION DES ENFANTS.

Les résultats de cette étude montrent enfin que, s'il est possible de recueillir la parole des enfants et des adolescents sur des expériences difficiles, telles que les violences ou les autres formes d'adversités, des obstacles demeurent. **Des réticences persistantes de certains adultes et institutions à aborder ces sujets ont ainsi été mises en lumière, réticences qui sont souvent le reflet d'un manque de temps, de moyens, de formation ou de ressources pour accueillir d'éventuelles révélations et y apporter une réponse adaptée.** Pourtant, protéger les enfants et les adolescents des situations et garantir leurs droits nécessite de poser des questions, d'écouter les réponses, et de donner, en retour, réponses et accompagnement. Tout l'enjeu réside donc dans le fait de donner aux adultes les moyens de recueillir la parole des enfants et des adolescents, y compris sur les sujets les plus difficiles, dans des conditions sécurisées, éthiques et adaptées.

Pris ensemble, ces résultats dessinent une vision précise et complexe de la santé mentale des enfants et des adolescents. Ils montrent que celle-ci ne dépend pas uniquement des ressources individuelles des enfants ni du seul recours aux soins. **Elle repose également sur les environnements dans lesquels ils évoluent, sur leur protection contre les violences et autres formes d'adversités, sur la qualité des relations sur lesquelles ils peuvent compter, sur leur accès à des soutiens adaptés et sur la possibilité qui leur est donnée d'être entendus. Autrement dit, la santé mentale des enfants et des adolescents est indissociable du respect de leurs droits et implique de créer les conditions permettant à chaque enfant de grandir dans un environnement protecteur, soutenant et propice à son développement.** Les résultats mettent en lumière des défaillances, voire des manquements, dans le soutien et la protection dont devraient bénéficier les enfants et adolescents. Face à cela, la responsabilité est collective : familles, professionnels de l'enfance et de l'éducation, services publics, collectivités… Nous sommes tous concernés par la construction de réponses plus justes, plus adaptées et plus respectueuses des droits de l'enfant et de leur santé mentale. Et cela commence par les écouter et prendre en compte réellement leur parole.

REGARDS D'EXPERTS SUR LE SOUTIEN ET LA PROTECTION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

CRÉER LES CONDITIONS FAVORABLES À LEUR SANTÉ MENTALE

Les constats qui se dégagent des résultats de la 7e édition de la Consultation nationale de l'UNICEF France confirment le rôle essentiel que jouent les adultes, et plus globalement les institutions, dans la santé mentale des enfants et des adolescents. La responsabilité des adultes pour le respect effectif des droits de l'enfant est stipulée dans un ensemble de **textes juridiques, nationaux et internationaux, comme la Convention internationale des droits de l'enfant.** En dépit de ces obligations, le présent rapport met en lumière des défaillances, voire des manquements, dans le soutien et la protection dont bénéficient les enfants et adolescents.

Cette observation interroge : **sur quels leviers agir pour que les adultes, et plus largement les institutions et les structures qui accompagnent les enfants et les adolescents, puissent répondre aux besoins de soutien et de protection de ces derniers ?**

Pour répondre à cette question, **sept professionnels et experts de la santé mentale et de la protection des enfants et des adolescents,** issus de disciplines complémentaires (pédopsychiatrie, pédiatrie et médecine de la douleur, éducation, accompagnement des personnes vulnérables, lutte contre les violences, y compris sexuelles, faites aux enfants…), ont été auditionnés. Leurs regards croisés ont permis d'identifier des orientations et pistes d'action concrètes à suivre pour créer des environnements favorables à la santé mentale des enfants et des adolescents, synthétisées ci-après.

- **Céline Greco**, cheffe du service de médecine de la douleur et médecine palliative de l'hôpital Necker-Enfants, présidente de l'association IM'PACTE et présidente du comité scientifique permanent pour la refondation de la protection de l'enfance.
- **Christophe Marsollier**, inspecteur général de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) et chercheur associé au laboratoire B.O.N.H.E.U.R.S. de l'Université de Cergy.
- **Marie-Rose Moro**, pédopsychiatre, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université Paris Cité et cheffe de service de la Maison de Solenn (Maison des adolescents de l'hôpital Cochin [AP-HP]).
- **Charlène Quetron**, responsable de la mission Accueil des familles chez Emmaüs France, et **Marion Gonçalves**, chargée de développement du projet « Naître et grandir » chez Emmaüs Solidarité.
- **Denis Roth-Fichet**, secrétaire général de la Ciivise, et **Laura Canitrot**, cheffe de projet juridique à la Ciivise.

01 RECONNAÎTRE L'ENFANT COMME SUJET DE DROIT : UN CHANGEMENT DE REGARD NÉCESSAIRE

« De façon globale, il y a un manque de considération de l'enfant en tant que tel. » **Marion Gonçalves**

« Les bébés sont vus comme des futurs adultes à dresser, héritage de la patria potestas romaine et d'une logique de propriété parentale. (…) C'est mon enfant, donc je l'éduque comme je l'entends. (…) On en revient à la vision que l'on a de l'enfant : des enfants comme des objets d'éducation, plutôt que comme des sujets de droit. » **Céline Greco**

« L'accompagnement de l'enfant en tant que tel n'a pas été pensé dans beaucoup de structures d'hébergement. (…) L'enfant y est perçu comme une extension ou une « excroissance » de ses parents, ce qui occulte ses propres besoins. » **Charlène Quetron**

02 DE LA DÉFIANCE À LA PRISE EN COMPTE : SAVOIR ÉCOUTER LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

« Mais c'est aussi parce que ce sont des enfants que l'on se dit : "Si ça se trouve, il dit n'importe quoi." » **Céline Greco**

« Dans le cas des procédures, par exemple, les enfants ne sont pas écoutés. L'enfant est encore trop souvent considéré comme menteur, sa parole est minimisée ou n'est pas prise en compte. » **Denis Roth-Fichet et Laura Canitrot**

« Les enfants en difficulté qui s'en sortent sont ceux qui ont eu la possibilité d'être entourés par des personnes qui se sont intéressées sincèrement à ce qu'ils vivent et qui ne les abandonnent pas. (...) La résilience des enfants se nourrit de leur perception d'une intention véritable des adultes de les aider et de leur discours de vérité à leur endroit, qui se traduit par la qualité de leur engagement. (...) Le soutien peut parfois aussi prendre la forme de la compassion, c'est-à-dire la capacité des adultes à témoigner plus que de l'empathie, à montrer en acte qu'on est touché, à apporter une réponse au mal-être personnel sous une forme d'engagement personnel. » **Christophe Marsollier**

03 LE RECUEIL RIGOUREUX DE LA PAROLE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS : DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À TRANSFORMER

« Mais on ne sait pas toujours comment répondre parce qu'on n'est pas forcément habitué ni outillé à recueillir la parole des enfants. (...) On a peur de ne pas être assez outillés et la grande question est : "Qu'est-ce qu'on fait de ce que les enfants nous disent ?" » **Marion Gonçalves**

« Les professionnels se sentent démunis. Éthiquement, moralement, cela pose la question de dénoncer [un parent]. Parfois, il y a un soutien de la direction, parfois il n'y en a pas. Et sans soutien, il y a une grande détresse de la part des équipes. Il y a des professionnels qui sont mal à l'aise, pas outillés ou qui ne se sentent pas assez accompagnés sur des sujets comme la violence, le harcèlement, les problématiques intrafamiliales. » **Charlène Quetron**

« Parfois, ils [les enfants] n'ont pas été crus et donc pas protégés, et parfois, ils ont été crus, mais pas protégés. Enfin, il y a toujours un moment où il y a un maillon qui ne marche pas. C'est pour ça qu'on insiste sur le fait qu'il faut une culture de l'écoute et de la protection à tous les niveaux et sur la formation de tous les professionnels, que ce soit dans le milieu de l'Éducation nationale, les médecins, les institutions par lesquelles ils passent, pour que tout le monde ait cette culture de l'écoute. (...) Il faut aussi utiliser des protocoles bien spécifiques, comme le protocole NICHD, qui permet d'avoir la meilleure écoute possible et que l'enfant s'exprime le plus librement possible. » **Denis Roth-Fichet et Laura Canitrot**

« Dans certains services, il y a une réponse, mais dans d'autres, il n'y a pas de réponse [aux difficultés psychiques ou aux adversités rencontrées par les enfants]. (...) Il n'y a pas de professionnels formés, pas de réponse, et ils ferment les yeux, ils ferment les oreilles, ils n'ont rien vu, rien entendu, comme s'il ne s'était rien passé. (...) Il y a les gens formés, dont c'est le métier et qui sont engagés là-dedans, et ceux qui, par peur ou par méconnaissance de l'ampleur du phénomène, vont se retrancher derrière le "ce n'est pas à moi de m'en occuper" ou le "j'ai pas du tout le temps de gérer ça". » **Céline Greco**

« On constate que des progrès ont été faits, notamment avec l'ouverture des salles Mélanie et des UAPED. (...) Il faut interconnecter car chaque profession peut avoir sa formation, mais à partir du moment où elle ne communique pas avec les autres sur le sujet, on peut avoir des loupés. L'interconnexion entre les professionnels, c'est un peu le cœur du sujet, c'est la clé. Dans l'affaire Lyhanna, par exemple, certains savaient mais ne l'ont pas dit aux bonnes personnes. » **Denis Roth-Fichet et Laura Canitrot**

04 PARENTALITÉ : REPENSER LA PREMIÈRE LIGNE DE PROTECTION.

« On n'accompagne plus les parents dans leur parentalité en fait. (...) En France, on manque de guidance parentale, on fait sortir les femmes trop tôt de la maternité, on ne donne plus de conseils. (...) Donc il faudrait, je pense, commencer à faire un peu de prévention [auprès des parents]. (...) Si les parents trouvaient des réponses institutionnelles, ils s'en saisiraient plutôt que d'aller chercher des réponses sur les réseaux sociaux. » **Céline Greco**

« D'abord, il y a des inégalités sociales extrêmement fortes qui rendent les situations des enfants très différentes. Plus on est dans une classe sociale défavorisée, plus on a de souffrance psychologique et moins on a accès aux soins, les études récentes l'ont encore montré : par manque d'information des parents mais aussi parce que ces familles ne sont pas bien accueillies dans le système de soins (...). » **Marie-Rose Moro**

« La précarité peut accentuer le fait d'être moins disponible pour son enfant parce qu'on a aussi d'autres sujets du type "Qu'est-ce qu'on va manger ce soir ?", des choses qui sont très pragmatiques. (...) Dans les familles qui ont connu l'exil et qui sont dans des situations de traumatisme en arrivant en France, ce traumatisme ne permet parfois pas d'assumer la fonction parentale "correctement". » **Charlène Quetron**

« C'est là qu'il faut les aider : ce sont ces parents qui n'ont pas les moyens d'aider leurs enfants et que par ailleurs nos institutions parfois vulnérabilisent. C'est-à-dire qu'au lieu de renforcer leur capacité à protéger les enfants, souvent, elles les mettent en difficulté (...) Il y a une manière de considérer les familles en France, en particulier les plus vulnérables, qui est très négative et qui ne prend pas en compte que c'est la situation qui vulnérabilise l'enfant, pas les parents, la plupart du temps. » **Marie-Rose Moro**

05 REPENSER LES MOYENS ET FINALITÉS DES INSTITUTIONS ET DES STRUCTURES EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

« On compte seulement 500 pédopsychiatres en France, c'est vraiment très peu et dans certains territoires, il n'y en a aucun, zéro. » **Marie-Rose Moro**

« Par manque de moyens, ces structures [CMPP…] ont évolué vers les urgences, ou alors on fait attendre 2 ans, 3 ans, ce qui n'a aucun sens pour un enfant et donc ce qu'il faut, c'est un renforcement des structures de base. (…) Il faut prendre conscience collectivement de l'importance de la santé mentale de nos enfants. (…) Il y a plein de possibilités, mais les moyens sont ridiculement bas. (…) Investir dans la santé mentale de nos enfants, c'est important pour aujourd'hui, c'est important pour qu'ils soient heureux, pour que les enfants se développent. » **Marie-Rose Moro**

« En médecine, on n'a quasiment aucune formation initiale sur les violences. (…) Est-ce qu'il ne faudrait pas se dire qu'étant donné que 15 % d'enfants sont victimes de violence, il s'agirait d'axer la formation là-dessus ? » **Céline Greco**

« Un changement est aussi attendu sur les grands enjeux de l'école. L'école doit être pensée qualitativement comme un lieu où l'on est à même de formuler des exigences dans le respect total des besoins et des droits fondamentaux des enfants. (…) Quand on développe les compétences psychosociales des enseignants, on les rend plus capables de formuler des exigences acceptables par les enfants, en raison d'une meilleure maitrise de la bienveillance. Beaucoup de personnes ont tendance à croire que la bienveillance a affaibli le pouvoir de l'école et conduit à en rabattre sur le niveau d'exigence, mais c'est tout le contraire. (…) Il faut que la formation [des professionnels] place le bien-être et les conditions qui le favorisent au premier plan. » **Christophe Marsollier**

« Un travail doit aussi être mené sur l'éthique du leadership (…) Il y a, dans certaines équipes, une souffrance des personnels qui retentit sur leur capacité à se mettre à disposition des élèves, à mener un accompagnement différencié avec eux et à bien prendre en charge leurs difficultés. Comment donner le meilleur de soi quand on est soi-même malmené par une hiérarchie ou que l'on n'a pas suffisamment confiance ? » **Christophe Marsollier**

LES RECOMMANDATIONS DES ADOLESCENTS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES GÉNÉRATIONS

Plus de 150 recommandations ont été développées directement par les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de cette Consultation nationale sur la base de leurs échanges. La synthèse de ces propositions est présentée ci-dessous. Leurs témoignages et recommandations appellent des **transformations en profondeur de leurs environnements et conditions de vie au service de leur santé mentale et, plus largement, de leurs droits.**

ÉCOUTER ET PRENDRE EN COMPTE LA PAROLE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS POUR MIEUX LES AIDER

Recommandation 1 : Renforcer les liens et la confiance entre enfants, adolescents et adultes

« Ce qui donne envie de parler à un adulte, c'est quand tu sens que la personne va t'écouter. »
« Si t'en parles à un ami, il peut essayer de te remonter le moral, mais il ne pourra rien faire. Avec un adulte, il pourra faire quelque chose, mais personne ne veut se confier à un adulte. »
(Extraits de groupes de discussion)

Les adolescents rapportent un manque d'écoute et de prise en compte de leur parole de la part des adultes qui les entourent (à l'école, dans leur famille…). Certains évoquent une injonction à « être fort », en particulier pour les garçons, qui les conduirait à taire leurs difficultés et à s'isoler. Or, se sentir écouté et considéré favorise la confiance en soi et la confiance accordée aux adultes.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale recommandent de créer des espaces pérennes de dialogue avec des adultes au sein des différents environnements dans lesquels ils évoluent (établissements scolaires, lieux de loisirs…) pour aborder les sujets qui les concernent ;
- Ils préconisent également la sensibilisation des adultes et la formation des professionnels de l'enfance et de la jeunesse à la prise en compte de la parole des enfants et des adolescents et aux enjeux de santé mentale de ces derniers ;
- Est aussi recommandé d'encourager les adultes entourant les enfants et les adolescents à « aller vers » ces derniers pour recueillir leur parole sur leur santé mentale et agir en conséquence.

Recommandation 2 : Associer davantage les adolescents aux décisions qui les concernent

Les adolescents déplorent leur faible participation aux décisions qui les concernent, dans les différents environnements et par les différents adultes qui les accompagnent au quotidien. Est notamment mise en cause l'image négative que peuvent avoir les adultes de la jeunesse.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale exhortent au renforcement de leur participation à la vie citoyenne, aux politiques publiques et, plus globalement, aux décisions qui les concernent et impactent leur vie et leur santé mentale, tant dans la sphère publique que privée ;
- Ils appellent également à un changement de paradigme de sorte que les adultes (y compris les parents) portent un autre regard sur les enfants et les adolescents et valorisent et prennent en compte davantage leur parole sur les sujets qui les concernent.

FAIRE DE LA SANTÉ MENTALE UNE PRIORITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Recommandation 3 : Réorganiser et alléger le rythme et la charge scolaires

« Aujourd'hui, on met énormément de pression… ça nous prend énormément de temps… En fait, on ne peut pas passer de bons moments. »
« Faut tout le temps qu'on arrive à avoir telle note, si on a moins, c'est qu'on n'y arrive pas, on est nul. »
(Extraits de groupes de discussion)

Le constat le plus fréquemment formulé par les adolescents porte sur la charge et le rythme scolaires. Les participants déplorent des journées trop chargées, un travail à la maison souvent très conséquent, des temps libres insuffisants pour se reposer et s'adonner à des activités extrascolaires, une pression liée aux résultats importante et délétère...

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale recommandent de mieux adapter le rythme et la charge scolaire à leurs besoins et leurs capacités ;
- Ils recommandent ainsi d'optimiser l'organisation des journées de cours, notamment par la diminution du nombre d'heures ou de jours d'enseignement, et d'alléger la charge de travail à la maison ;
- La refonte des modes d'évaluation est aussi préconisée, dans une optique de valorisation des connaissances et des compétences, plus que de réussite et de compétition entre eux ;
- Ils appellent aussi à un meilleur accès (temps disponibles, coûts adaptés, offre développée) aux activités extrascolaires pour tous les enfants et les adolescents, afin de favoriser un meilleur équilibre entre leurs différents temps de vie.

Recommandation 4 : Renforcer les dispositifs de prévention, de soutien et d'accompagnement psychologique au sein des établissements scolaires

Les adolescents évoquent également un manque de soutien psychologique à l'école, en raison de l'absence ou de l'indisponibilité des médecins, infirmiers et assistants scolaires, mais aussi d'un manque d'écoute des équipes pédagogiques sur les sujets indépendants des enseignements. Cela a pour conséquence l'absence de détection ou le repérage souvent trop tardif des difficultés des élèves, accrus par des dispositifs de prévention insuffisants sur les questions de santé.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale recommandent d'amplifier les dispositifs de soutien psychologique dans les établissements scolaires, notamment par le renforcement du nombre et de la disponibilité des médecins, infirmiers et assistants scolaires ;
- Ils préconisent également la formation des professionnels de l'éducation aux enjeux de santé mentale chez les enfants et les adolescents, afin de favoriser l'écoute, le repérage et l'accompagnement ou la réorientation ;
- Est aussi recommandé le développement de démarches « d'aller-vers » afin de favoriser le repérage précoce des enfants et adolescents en difficulté.

FAVORISER DES ENVIRONNEMENTS PROTECTEURS DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Recommandation 5 : Renforcer la prévention et la lutte contre le harcèlement et les violences



« Si tu le dis à la maîtresse, l'autre va savoir que c'est toi qui l'as dit, et à la récréation il peut venir te taper. »
(Extrait de groupes de discussion)

Les violences, physiques ou verbales, ainsi que le harcèlement (scolaire et en ligne), sous toutes ses formes, sont présentés par les adolescents comme fréquents et sources directes d'insécurité et de repli sur soi. Plus encore, le manque de reconnaissance de leurs vécus et de soutien de la part des adultes de leur entourage est déploré.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale recommandent la sensibilisation et la formation des adultes entourant les enfants et les adolescents aux questions de violences et de harcèlement entre pairs, pour mieux repérer et agir en cohérence ;
- Ils appellent à une meilleure prise en considération de leurs vécus et à une plus grande participation aux décisions prises par les adultes dans la résolution de ces situations ;
- Au-delà des dispositifs de prévention, les adolescents demandent le renforcement de la protection et du soutien donnés par les adultes aux victimes.

Recommandation 6 : Garantir des conditions de vie décentes et non délétères pour la santé mentale des enfants et des adolescents.

« Être bien, c'est aussi quand les gens autour de nous vont bien. »
« Quand on va bien, c'est quand on est épanoui, heureux. Si on n'a pas d'endroit pour se sentir bien, pour se sentir écouté, on ne va pas pouvoir se sentir bien mentalement. »
(Extraits de groupes de discussion)

Les adolescents mettent également en avant les conditions de vie de certains d'entre eux qui mettent en péril leur santé mentale et ont un impact négatif sur leurs droits et leurs besoins fondamentaux (scolarité, sociabilité, loisirs…). Les difficultés, voire l'absence de logement et d'intimité, les problèmes administratifs, la précarité (notamment financière) des familles… sont des facteurs de stress, de préoccupation, voire de détresse profonde pour certains enfants et adolescents concernés.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale appellent à garantir à tous les enfants et adolescents un logement, des ressources économiques et matérielles suffisantes pour répondre à leurs droits et besoins fondamentaux ;
- Ils demandent également l'amélioration et le renforcement de l'accompagnement des familles dans ces situations.

DÉVELOPPER LE RECOURS ET L'ACCÈS AUX SOUTIENS FORMELS

Recommandation 7 : Déstigmatiser les difficultés de santé mentale et le recours à une aide professionnelle

« J'ai peur que les autres le sachent et se moquent de moi. »
« Mes parents ne sont pas d'accord pour que j'y aille. »
« Il y en a qui préfèrent le garder pour eux. Ils ont peur du jugement, peur d'avoir honte, ou ils ne veulent pas inquiéter leurs parents. »
(Extraits de groupes de discussion)

Les adolescents décrivent une stigmatisation persistante du recours à un accompagnement psychologique par les pairs, dans leur famille, dans la société plus généralement. Ils dénoncent plus largement un manque d'information sur la santé mentale.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale recommandent le développement de campagnes de sensibilisation grand public pour lutter contre les idées reçues sur la santé mentale et favoriser le recours à une aide professionnelle.

Recommandation 8 : Lever les freins d'accès aux soins psychologiques

« On n'est pas assez accompagnés. Il faut faire un pas vers eux, y aller nous-mêmes. Jamais on ne viendra nous aider sans qu'on en parle. »
(Extraits de groupes de discussion)

Les adolescents pointent des difficultés d'accès (géographiques, financières…) à certaines formes de soutien psychologique, notamment les consultations avec un professionnel de santé mentale. Plus globalement, ils évoquent un manque d'information sur les dispositifs existants qui freine le recours à un soutien extérieur souvent nécessaire.

- Les adolescents ayant participé aux groupes de discussion de la Consultation nationale recommandent le renforcement de l'offre en matière de soutien et de soins psychologiques pour mieux couvrir l'ensemble des territoires, ainsi qu'une meilleure prise en charge, voire la gratuité, des consultations avec des professionnels de santé mentale (au-delà des psychiatres) ;
- Ils préconisent également une meilleure information sur les dispositifs d'aide à leur disposition, notamment ceux qui sont gratuits et accessibles de manière autonome.

LES RECOMMANDATIONS DE L'UNICEF FRANCE

PROMOUVOIR ET SOUTENIR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Recommandation 1 : Élaborer une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents

Cette stratégie est indispensable pour favoriser une coordination interministérielle robuste – au-delà de la seule perspective médicale – sur les enjeux de promotion, de prévention, d'accès et de qualité des soins de santé mentale aussi bien que sur les déterminants sociaux, environnementaux et éducatifs. Cette stratégie pourrait comprendre :

- **Le développement de données désagrégées et mises à jour régulièrement** sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (données épidémiologiques d'incidence, de prévalence, de traitements spécifiques à la pédopsychiatrie, croisement avec les autres déterminants de santé), dans la suite des travaux initiés par l'UNICEF France via l'Observatoire des droits de l'enfant.
- **L'adoption d'« Objectifs nationaux de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent »**, avec un calendrier précis et des indicateurs permettant une évaluation de la politique d'organisation des soins de pédopsychiatrie et une déclinaison de ces objectifs dans les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) pour garantir l'effectivité du plan pluriannuel susmentionné.
- **Un plan pluriannuel ambitieux de consolidation de l'offre de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent,** fondé sur :
  - Des financements pérennes à la hauteur des besoins ;
  - Une gradation de la réponse ;
  - Une meilleure formation des professionnels médicaux aux enjeux de santé mentale des enfants (notamment les personnels de médecine scolaire ou de PMI, les médecins généralistes et les pédiatres) ;
  - La répartition des besoins en fonction de leur gravité et de leur urgence sur une chaîne renforcée d'acteurs (prévention, soins "généralistes", soins spécialisés, structures de proximité, urgences…), pour alléger certains des acteurs aujourd'hui embolisés (CMP, CMPP, pédopsychiatre, urgences) et garantir une meilleure coordination entre les acteurs sanitaires, et avec les acteurs médico-sociaux, éducatifs et sociaux.
- **Le renforcement pluriannuel de l'offre de soins**, en prévoyant des financements pérennes à la hauteur des besoins en soins psychiques, sur la base de ce que les professionnels de santé proposent (augmentation de 1,5 milliard d'euros annuels supplémentaires en dix ans, pour la pédopsychiatrie)[109].
- **Le désengorgement des CMP et CMPP**, notamment via le renforcement de la place du médecin généraliste ou du pédiatre (dont la formation serait renforcée sur ces enjeux) comme premier "filtre" pour des troubles de santé mentale non invalidants et ne nécessitant pas une prise en charge en CMP ou CMPP ; cela implique que l'ensemble des dispositifs soient complémentaires et que leur rôle et articulations soient lisibles.
- **Le renforcement des CMP et CMPP** via un accroissement significatif de leurs moyens humains et financiers, le développement d'équipes pluridisciplinaires complètes, la création d'antennes dans les territoires sous-dotés, le déploiement d'équipes mobiles et la confirmation de leur rôle de diagnostic, d'accompagnement des familles, de coordination des parcours et d'appui aux professionnels de première ligne.
- **Le soutien durable aux Maisons des adolescents, le déploiement de leurs antennes, ainsi qu'aux Points accueil écoute jeunes et autres espaces de prévention** accessibles, gratuits et non stigmatisants, pour faire de ces dispositifs de prévention, de repérage précoce, d'orientation et d'accompagnement des familles des piliers de la politique de santé mentale des enfants et des adolescents, pleinement intégrés aux réseaux locaux (écoles, PMI, protection de l'enfance, collectivités et professionnels de santé).

109. Budget de la pédopsychiatrie. (2023). Question au Gouvernement n°581.

- **Le renforcement de l'attractivité des métiers de la santé mentale, et notamment de la santé mentale de l'enfant** en augmentant les capacités de formation en pédopsychiatrie, en sensibilisant davantage à ces enjeux lors de la formation des médecins et dans les professions associées, en revalorisant les carrières et en développant la recherche.
- **La nomination d'un délégué interministériel à la santé mentale, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie**, qui serait également en charge des questions d'accompagnement.

Recommandation 2 : Réduire les inégalités socio-géographiques d'accès aux soins

Le rapport souligne que les enfants issus des milieux les plus défavorisés sont davantage exposés aux troubles psychiques, alors même qu'ils rencontrent les plus grandes difficultés d'accès aux soins et aux accompagnements adaptés. Les politiques publiques de santé mentale doivent ainsi intégrer systématiquement des critères de vulnérabilité sociale afin de mieux identifier les publics les plus exposés.

L'UNICEF France recommande donc de :

- **Cibler en premier lieu les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les zones rurales isolées et certains territoires ultramarins** dans l'offre de soutien psychologique et pédopsychiatrique pour réduire les inégalités d'accès aux soins, agir précocement sur les déterminants sociaux de la souffrance psychique et garantir à tous les enfants et adolescents un accompagnement adapté.
- **Adapter les réponses de santé mentale pour les enfants pris en charge par l'ASE et la PJJ à leurs besoins :** renforcer les moyens dédiés à la santé mentale dans les structures de protection de l'enfance et de la justice des mineurs, garantir l'effectivité des suivis et des bilans de santé incluant un volet systématique de santé mentale, former davantage les professionnels éducatifs au repérage et à l'accompagnement des troubles psychiques, assurer une continuité de l'accompagnement lors des passages aux urgences ou lors des hospitalisations.
- **Faire évoluer le dispositif « Mon soutien psy »** pour qu'il bénéficie réellement aux enfants les plus vulnérables et soit une solution de premier recours pour les troubles de santé mentale en renforçant l'offre de professionnels, en permettant le renouvellement des parcours lorsque nécessaire, en supprimant l'avance de frais et en garantissant aux enfants et aux adolescents un accès effectif à un accompagnement psychologique, quel que soit l'avis de leur entourage ; **évaluer spécifiquement son impact** sur les enfants et les adolescents, en associant les enfants et les adolescents eux-mêmes, vérifier et évaluer les compétences de professionnels référencés.

Recommandation 3 : Renforcer les dispositifs d'« aller-vers » à destination des enfants et des adolescents les plus éloignés du système de prévention, d'accompagnement et de soin

Le rapport souligne que de nombreux enfants et adolescents en situation de souffrance psychique et/ou confrontés à des difficultés sociales, familiales ou relevant de la protection de l'enfance demeurent éloignés des dispositifs de soutien et de soin du fait de multiples obstacles. L'UNICEF France recommande le développement d'**une stratégie d'« aller-vers »**, qui apparaît dès lors indispensable pour intervenir précocement, prévenir l'aggravation des troubles et réduire les inégalités d'accès aux aides :

- **Développer des supports d'information et de sensibilisation à la santé mentale, adaptés** à l'âge, au niveau de compréhension, aux pratiques et aux usages des enfants et adolescents, **et coconstruits avec les jeunes eux-mêmes** afin de favoriser leur appropriation.
- **Rendre l'offre de soutien, d'accompagnement et de soin plus lisible** (campagnes d'information régulières, cartographies locales actualisées, outils d'orientation simples…) à destination des enfants, des familles et des professionnels ; rendre ces informations plus accessibles (par exemple, remise d'une cartographie des structures de secteur pouvant accompagner les enfants et les adolescents en cas de détresse lors de l'inscription scolaire).
- **Développer des permanences d'écoute**, par des personnels qualifiés, dans les établissements scolaires, missions locales, centres sociaux, équipements sportifs, maisons de quartier et lieux fréquentés par les enfants et adolescents, afin de favoriser des prises de contact précoces, informelles et non stigmatisantes.
- **Soutenir le déploiement des fonctions de médiation en santé**, notamment auprès des enfants et des adolescents les plus éloignés des institutions, afin d'accompagner l'accès aux droits, la compréhension des parcours de soin et le maintien du lien avec les dispositifs d'accompagnement. L'expérience de certains jeunes patients ou parents "experts" pourraient utilement contribuer à une démarche de pair à pair.

- **Renforcer les équipes mobiles de pédopsychiatrie**, les équipes pluridisciplinaires (soutien psychologique...) de proximité et les dispositifs territoriaux de première écoute, particulièrement dans les territoires confrontés à une faible densité de professionnels ou à de fortes vulnérabilités sociales ; rattacher systématiquement les équipes d'« aller-vers » à un service de pédopsychiatrie identifié, dans une logique de « ramener vers » visant à assurer une bonne continuité des soins.
- **Prévoir des modalités de premier contact accessibles confidentielles et lisibles**, permettant aux adolescents de solliciter un conseil ou une aide sans obstacle (administratif, familial ou social), via le financement et le déploiement **des dispositifs d'écoute et de prévention du suicide**, notamment le 3114 et Nightline.
  - Étudier la faisabilité d'un **numéro unique** permettant d'orienter les enfants et adolescents vers les plateformes correspondant au sujet de leur appel.
  - Les **tchats** peuvent également constituer des modalités de premier contact adaptés et appréciés des adolescents.

DÉVELOPPER DES ENVIRONNEMENTS PROTECTEURS ET FAVORABLES À LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Recommandation 4 : Former les professionnels de l'enfance au repérage précoce des situations de mal-être, au psycho-développement de l'enfant et aux compétences psychosociales

L'étude montre tout l'intérêt de créer un environnement favorable à la santé mentale des enfants et des adolescents afin de limiter les facteurs de risque. Cela nécessite de renforcer les compétences des « adultes de proximité » parmi les professionnels de l'enfance pour évaluer de manière précoce les facteurs de risque, leur caractère cumulatif, et orienter les enfants et les adolescents concernés vers les réponses existantes. En outre, le développement des compétences psychosociales (CPS) est mentionné dans le programme de l'École maternelle, mais ne constitue pas un véritable objectif d'apprentissage, en dépit des recommandations de Santé publique France, des orientations internationales en matière de promotion de la santé mentale et de l'instruction interministérielle du 19 août 2022. Plus encore, malgré les avancées portées par la stratégie nationale de développement des compétences psychosociales (2022-2037), l'offre de formation varie selon les plans académiques de formation, et donc les territoires[110]. L'UNICEF France recommande ainsi de :

- **Intégrer systématiquement dans la formation initiale et continue des professionnels de l'enfance, de l'éducation, du social et de la santé des modules** consacrés au développement psychoaffectif de l'enfant, aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale, aux compétences psychosociales, au repérage des signaux faibles de souffrance psychique ainsi qu'aux conséquences des violences, des négligences et des ruptures de parcours sur le développement de l'enfant, dans une approche globale et pluridisciplinaire, mais aussi aux ressources disponibles dans les territoires, aux modalités d'orientation et aux dispositifs de prévention, pour la mise en place efficace d'une réponse adaptée.
- **Construire ces formations sur l'utilisation de référentiels communs d'analyse permettant de graduer les réponses** selon leur niveau de criticité, leur impact sur le développement de l'enfant et leur risque d'évolution, tout en tenant compte du contexte de vie de l'enfant et de la singularité des situations pour une orientation plus précoce, plus pertinente et plus efficace de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille vers le niveau de réponse le plus adapté.
- **Élaborer un cadre théorique et politique clair concernant les CPS à l'École**, conformément aux recommandations de l'IGESR[111], avec la **mise en place d'une mission chargée de coordonner les acteurs de l'École autour de l'adaptation au contexte scolaire du référentiel des CPS de Santé publique France** (intégration au projet de socle commun de connaissances, de compétences et de culture du Conseil supérieur des programmes, et dans les programmes, y compris de l'École maternelle, en tant que domaine d'apprentissage) permettant un ancrage durable des CPS dans les programmes, référentiels, évaluations et temps scolaires.
- **Poursuivre la formation des acteurs de l'éducation aux compétences psychosociales, incluant des éléments de formation à l'écoute et à l'accueil de la parole des enfants et des adolescents et au repérage des situations de mal-être, de négligence ou de violences**, via la mise en place d'un réseau de formateurs (préférablement des psychologues) et d'équipes ressources sur les CPS au niveau de la circonscription ou de l'académie, dans une approche pluriprofessionnelle et privilégiant la compréhension, l'adaptation aux situations et la qualité de la relation éducative plutôt que l'application standardisée de programmes[112].

110. Santé publique France. (2022). Les compétences psychosociales dans la formation des enseignants : cartographie des enseignements.
111. IGESR. (2025). Les compétences psychosociales : une exigence pour soutenir la promesse émancipatrice de l'École républicaine. (Rapport n° 24-25-108B). Ministère de l'Éducation nationale.
112. HCFEA – Conseil de l'enfance et de l'adolescence. (2023). Quand les enfants vont mal : comment les aider ?

- **Généraliser des formations des enseignants au programme EVAR(S)**, tel que dicté dans la circulaire du 4 février 2025 et en complémentarité de la démarche de formation et d'accompagnement des personnels aux CPS et en conformité avec les recommandations du Haut-Commissariat à l'Enfance[113] : module obligatoire dans la formation initiale des enseignants, module de 6h de formation continue dispensé à tous les enseignants du 1er degré, accompagnement des enseignants dans l'appropriation des outils disponibles pour la mise en place d'un cadre sécurisant et l'utilisation de supports pédagogiques adaptés, échelonnement des séances tout au long de l'année, systématisation de l'information aux parents…
- **Faire de la formation aux droits de l'enfant un socle commun des métiers de l'enfance**, pour renforcer les connaissances des professionnels sur le sujet et prévenir les violences, les discriminations et les atteintes au développement, mais aussi favoriser des environnements éducatifs bienveillants, respectueux de la parole de l'enfant, adaptés à ses besoins et permettant de reconnaître l'enfant comme une personne à part entière, titulaire de droits[114,115].

Recommandation 5 : Agir sur les conditions ordinaires de vie, favorables à la santé mentale

Le présent rapport rappelle que la santé mentale des enfants ne peut être dissociée de leurs conditions de vie quotidiennes : sommeil, conditions matérielles d'existence, accès aux loisirs, à la culture et aux espaces de socialisation, qualité de leur environnement familial, scolaire et numérique… Agir sur ces conditions ordinaires de vie, dans une logique de prévention du mal-être des enfants et des adolescents, constitue un levier essentiel de promotion de la santé mentale, complémentaire de l'amélioration de l'accès aux soins. L'UNICEF France recommande donc de :

- **Intégrer pleinement le sommeil dans les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale**, après sa reconnaissance comme un pilier des politiques de prévention dans la feuille de route interministérielle 2025-2026 en faveur d'un sommeil de qualité, par des moyens dédiés, des indicateurs de suivi et une attention particulière aux enfants les plus vulnérables, ainsi que par la formation des professionnels, le soutien aux parents dans leur rôle, le renforcement de la prévention de l'exposition aux écrans et la promotion du sommeil et du bien-être dans les lieux de vie, notamment l'école, des enfants et des adolescents.
- **Renforcer l'accès des enfants et des adolescents aux activités culturelles, sportives et de loisirs et en faire un levier à part entière des politiques de prévention en santé mentale** en levant les obstacles liés à la pauvreté, au handicap, à la maladie ou à l'éloignement territorial.
- **Faire du droit aux vacances, aux loisirs et aux activités collectives une priorité des politiques publiques pour les enfants les plus vulnérables**, en renforçant l'accessibilité financière et territoriale des dispositifs existants, particulièrement dans les territoires défavorisés et au bénéfice des enfants et adolescents confrontés à la pauvreté, à la précarité ou à l'isolement familial.
- **Faire de l'accès à la nature un levier à part entière de promotion de la santé mentale**, en développant des espaces verts de proximité accessibles à tous, en encourageant les activités de plein air et l'éducation dehors dès le plus jeune âge et en intégrant davantage la nature dans les lieux de vie des enfants, pour réduire les facteurs défavorables à la santé mentale.
- **Renforcer l'éducation aux usages du numérique dès le plus jeune âge**, en associant enfants, parents et professionnels, pour une utilisation équilibrée et éclairée des outils numériques, tout en renforçant la prévention des risques liés au cyberharcèlement, à l'exposition à des contenus inadaptés et aux autres formes de violences en ligne et en prenant en compte l'importance des activités culturelles, sportives et sociales hors écran, indispensables au bien-être et à la santé mentale.
- **Accompagner les enfants et les adolescents face aux sources d'anxiété contemporaines**, notamment climatiques, particulièrement ceux issus de quartiers prioritaires des politiques de la ville (QPV) et Zones France ruralités revitalisation (ZFRR), en proposant des espaces d'écoute, de dialogue et d'expression adaptés à l'âge des enfants, tout en favorisant leur participation aux initiatives environnementales, pour développer leur pouvoir d'agir et prévenir le sentiment d'impuissance, en faveur de leur bien-être psychique.

113. Haut-Commissariat à l'Enfance. (2026). Pour une protection intégrale des enfants : de la prévention à la reconstruction. Construire une chaîne de protection continue.
114. Défenseur des droits. (2017). Place et défense des droits de l'enfant en France : enquête sur l'accès aux droits (Vol. 4).
115. UNICEF (Innocenti). (2015). Enseignement et apprentissage des droits de l'enfant : étude de mise en œuvre dans 26 pays.

Recommandation 6 : Développer le soutien à la parentalité et créer autour de l'enfant un réseau d'« adultes de confiance »

Les résultats de la 7e édition de la Consultation nationale rappellent le rôle central joué par les parents dans le développement émotionnel et social des enfants, mais aussi les difficultés rencontrées par certains dans l'exercice de leur fonction éducative. Le renforcement des actions de soutien à la parentalité constitue donc un enjeu majeur de prévention.

D'une part, **la charte nationale de soutien à la parentalité** doit être mieux diffusée et appropriée par les professionnels du soutien à la parentalité mais aussi plus largement des professionnels de l'enfance et du champ médico-social. La politique de soutien à la parentalité doit prendre en compte la nécessité d'agir tôt (avant l'arrivée de l'enfant) pour prévenir, anticiper et mieux repérer les situations de vulnérabilité. Cependant, cette politique ne doit pas se focaliser uniquement sur les 1000 premiers jours : la santé mentale, la construction de soi, le développement affectif et la socialisation relèvent d'autres âges de la vie, dont les 3-5 ans, comme le montre ce rapport.

D'autre part, **l'UNICEF France appelle le gouvernement à intégrer les recommandations émises par le HCFEA dans son rapport « Aider les parents à aider les enfants »**, dans l'élaboration de la future stratégie nationale de soutien à la parentalité. Celle-ci doit permettre de multiplier et de diversifier les interventions (collectives, individuelles, dans des lieux dédiés, itinérants ou à domicile…) afin qu'elles touchent l'ensemble des territoires et des parents dans une logique préventive, universelle et d'investissement social. Il faut ainsi :

- **Densifier l'offre de services aux familles et accroître le financement de la branche Famille** de la Sécurité sociale lors du renouvellement de la prochaine Convention d'objectifs et de gestion (COG) afin de développer le Fonds national parentalité (ayant remplacé les REAAP depuis 2025), les LEAP, les CLAS, les médiations familiales et les espaces de rencontre – notamment en bénéficiant des marges dégagées par la baisse démographique.
- **Inciter les Départements à investir dans le soutien à la parentalité** dans leurs schémas départementaux des services aux familles et créer une offre socle de services aux parents dans tous les départements (via les services de PMI, notamment).
- **Créer un fonds public, géré par la CNAF**, destiné aux initiatives innovantes en matière de soutien à la parentalité ou renforcer les crédits dédiés à l'expérimentation au sein du Fonds national parentalité.
- **Financer le déploiement et la diffusion du numéro « Allô parents en crise ».**
- **Développer un maillage de "lieux ressources"** pour que chaque parent puisse – à 30 minutes maximum de chez lui – obtenir un premier niveau de réponse ou une orientation en matière d'appui à la parentalité, ainsi que **les entretiens individuels et familiaux** supervisés par des psychologues dans les maisons des parents, les espaces parents, les maisons des familles ou les maisons des 1000 premiers jours ; créer dans ces lieux ressources **un socle minimum de services aux parents** et aux familles.
- **Mieux articuler soutien à la parentalité, politique de lutte contre la pauvreté, politique d'égalité femmes-hommes et politique de santé mentale.**
- **Accorder une place plus effective à la parole des parents** et des enfants dans la définition des politiques de soutien à la parentalité, en particulier à l'échelle locale.

L'école est également un lieu clé dans le développement des alliances éducatives. Au-delà des réunions ou instances « institutionnalisées » déjà existantes, l'UNICEF France invite à **proposer des espaces de coopération** éducative moins formels, afin de nouer des relations de confiance entre parents et professionnels, tout en reconnaissant l'expertise du parent sur son enfant. Concrètement, cela suppose :

- Le développement de lieux intermédiaires entre l'école et le « hors école », ou d'« espaces parents », tels qu'introduits par la loi de refondation de l'école de 2013 ;
- Le développement et la généralisation des « cités éducatives » – qui ont fait leurs preuves –, au-delà des quartiers prioritaires de la politique de la ville, afin d'en faire bénéficier les élèves en situation de grande précarité vivant hors de ces zones ;
- Le développement de l'information à destination des familles sur les ressources, les acteurs et les outils existants en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, via, par exemple, une nouvelle « Mallette des parents » incluant ces éléments[116].

116. Médiatrice de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur. (2025). Rapport 2025 de la médiatrice de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur : Porter attention aux vulnérabilités, agir en faveur de la santé mentale. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Par ailleurs, les résultats montrent que le soutien social (de la part de l'entourage, au-delà des parents) fonctionne comme une ressource protectrice et est associé à une meilleure santé mentale. L'UNICEF France recommande ainsi de :

- **Soutenir et financer le déploiement de dispositifs favorisant la création de liens de confiance**, a fortiori pour des enfants et adolescents en situation d'isolement et/ou de vulnérabilité : le parrainage de proximité, le mentorat… ont démontré leur efficacité sur la confiance en soi et l'épanouissement[117];
- **Soutenir le déploiement d'initiatives luttant contre l'isolement des enfants en proposant des espaces de socialisation collective** (espaces de vie pour faciliter l'apprentissage du dehors, ludothèques, programmes de lectures par des bénévoles ou de soutien scolaire…), pour étayer leurs liens sociaux et leur épanouissement[118].

LUTTER CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS ET MIEUX LES PROTÉGER FACE À CELLES-CI

Recommandation 7 : Renforcer la prévention et la réponse aux adversités, aux violences et aux violences sexuelles

Les violences rapportées par les enfants et les adolescents au cours de cette étude constituent sans doute l'un de ses résultats les plus préoccupants et rappellent qu'elles demeurent une réalité pour de nombreux enfants. Faire disparaître les violences faites aux enfants implique de renforcer les moyens consacrés à la prévention, à la sensibilisation et à la formation des professionnels ainsi qu'au repérage précoce des situations à risque et à leur traitement.

Dans ce contexte, l'UNICEF France recommande de :

- **Enrichir le guide national de bonnes pratiques de l'Éducation nationale sur les signalements et intégrer une formation aux circuits de signalement** dans la formation initiale et continue des personnels d'éducation à la prévention, au repérage et au signalement de toutes les formes de violences, ainsi qu'aux garanties de protection dont bénéficient les personnels, afin de faire remonter rapidement les violences détectées vers la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou les services du parquet en fonction du niveau de danger constaté.
- **Harmoniser les outils permettant de signaler une situation de danger entre les services départementaux et ceux de l'État.**
- **Développer des espaces de concertation pluridisciplinaire au sein des établissements et renforcer la formation** de l'ensemble de la communauté éducative au repérage et au signalement des enfants en danger ou susceptibles de l'être.
- **Accompagner les acteurs éducatifs dans la mise en œuvre du protocole d'action en cas de violences sexistes ou sexuelles au sein des écoles et établissements scolaires**, publié en mars 2026, et inciter les académies à employer ce protocole national afin d'harmoniser les pratiques de repérage et de signalement.
- **Harmoniser les circuits de signalement et les grilles de lecture**, notamment en mettant en place une plateforme et des formulaires uniques permettant de clarifier ce qui relève ou non d'une information préoccupante ; **organiser une remontée d'informations au niveau national (via les CRIP)**, pour une analyse approfondie des signalements.
- **Renforcer la formation des professionnels de police et de gendarmerie au protocole NICHD et au recueil de la parole des enfants vulnérables, développer les salles "Mélanie"** sur l'ensemble du territoire, **renforcer l'information des forces de l'ordre sur les unités d'accueil pédiatriques pour enfants en danger (UAPED)** pour encourager les orientations vers celles-ci et **améliorer la coordination entre l'ensemble des professionnels** ayant recours à ces différents dispositifs.
- **Finaliser le déploiement des unités d'accueil pédiatriques pour enfants en danger (UAPED)**, créées en avril 2025, pour atteindre l'objectif d'une unité par juridiction, tel que prévu par le plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2023-2027 et consolider les dispositifs associés en leur allouant des moyens humains et financiers adaptés, particulièrement en ce qui concerne l'offre de soins en santé mentale qui peut être proposée dans ce cadre.
- **Renforcer le caractère systématique de la formation des équipes éducatives à l'EVAR(S) et la mise en œuvre des séances** (voir recommandation 4), dans une démarche de prévention et de sensibilisation aux violences, notamment aux violences sexistes et sexuelles.

117. HCFEA. (2026). Aider les parents à aider les enfants à grandir.
Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP). (2025). Évaluation du plan « 1 jeune, 1 mentor ».
France Parrainages. (2026). Étude des effets et impacts du parrainage de proximité sur les enfants et jeunes parrainés et accompagnés par France Parrainages.
118. HCFEA. (2026). Aider les parents à aider les enfants à grandir.

Recommandation 8 : Développer une campagne de lutte contre les violences faites aux enfants et aux adolescents en intégrant la prévention des violences éducatives ordinaires

En dépit de leur interdiction par la loi du 10 juillet 2019, les violences physiques à l'encontre des enfants continuent parfois d'être perçues comme des pratiques éducatives acceptables, comme le montrent par ailleurs d'autres études auprès des parents[119]. Lutter efficacement contre les violences faites aux enfants implique de renforcer la prévention et la sensibilisation du grand public et, plus particulièrement, des parents, et de développer leur soutien et leur accompagnement dans leurs fonctions éducatives.

Dans ce contexte, l'UNICEF France recommande de :

- **Poursuivre et déployer des campagnes d'information et de lutte contre les idées reçues**, destinées au grand public, à tous les âges de la vie des enfants, sur les prétendus bienfaits des violences éducatives ordinaires, leur définition et le cadre législatif en vigueur à ce sujet, à savoir leur interdiction ; y inclure **un volet destiné spécifiquement aux enfants** qui sont à l'origine de 25% des appels au 119.
- **Renforcer les informations relatives aux violences éducatives ordinaires dans les différents lieux et outils mis à la disposition des parents tout au long de la vie de l'enfant : crèches, salles d'attente de pédiatre, carnet de grossesse, entretiens prénataux précoces…** et à toutes les étapes de l'accompagnement à la parentalité, dans le cadre du suivi du plan de lutte contre les violences faites aux enfants.

ASSOCIER ET PRENDRE EN COMPTE L'OPINION DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS DANS LES DÉCISIONS QUI LES CONCERNENT

Recommandation 9 : Intégrer la prise en compte de l'opinion des enfants et adolescents sur les sujets qui les concernent, y compris dans leurs parcours de soin

Fondée sur la parole des enfants et des adolescents, cette étude a démontré la nécessité d'accroître le recueil de leur opinion et les bénéfices que cela implique en matière d'identification de leurs besoins en santé mentale et de prévention des violences qu'ils subissent. Il apparaît dès lors essentiel de renforcer la prise en compte de celle-ci, dans le cadre de leurs parcours de soins, mais également de manière plus large, sur les sujets qui les concernent et dans leurs différents environnements de vie[120].

Ainsi, l'UNICEF France recommande de lancer **une stratégie interministérielle relative à la participation des enfants, avec un axe dédié aux parcours de soins et à la santé mentale.**

Pour améliorer la prise en compte de l'opinion des enfants, dès le plus jeune âge, à titre individuel et collectif dans le cadre des parcours de soutien ou de soins, l'UNICEF France recommande de[121]:

- Renforcer **la formation des professionnels de santé, y compris de santé mentale, à la prise en compte de l'opinion de l'enfant,** dès le plus jeune âge, et à la recherche systématique de son consentement sur les décisions le concernant et en apportant une vigilance particulière aux enfants non oralisants.
- Mettre à disposition des professionnels (PMI, lieux d'accueil parents/enfants, écoles maternelles, établissements d'accueil du jeune enfant, centres de santé pédiatrique, accueil de loisirs maternels, maisons des parents…) **des outils pour la mise en œuvre effective et adaptée de cette stratégie**[122]**.**
- **Mettre à disposition, dans les établissements de santé ou lieux d'exercice des professionnels de santé, des supports adaptés** aux enfants.
- **Mettre en place des instances de participation des enfants, y compris en bas âge, et des adolescents** dans les différentes institutions et espaces qui les accueillent, y compris dans les écoles (en lien avec le développement des CPS et la mise en œuvre de l'EVAR(S)), au sein des établissements sociaux, médico-sociaux, spécifiques aux problématiques de santé mentale et dans les structures dédiées à la recherche autour de la santé des enfants.
- **Mettre en place des instances de concertation** avec les proches et la famille des enfants et des adolescents[123].

119. Fondation pour l'enfance. (2026). Baromètre des violences éducatives ordinaires.
120. HCFEA. (2023). Quand les enfants vont mal, comment les aider ?
121. Sur la stratégie interministérielle de participation des enfants, voir : UNICEF France. (2024). Vers une démocratie inclusive : intégrer la voix des enfants dans les décisions politiques.
122. Il existe de nombreuses ressources mobilisables pour parler d'émotions avec des enfants de moins de 6 ans :
    - Ministère de l'Éducation nationale. (2024). Kit pédagogique pour les séances d'empathie à l'école.
    - Réseau Canopé. (2019). Apprendre à exprimer et reconnaître le vocabulaire des émotions. Cap école inclusive.
    - UNICEF France. (2022). Kit d'animation et activités pédagogiques - La Grande aventure des émotions. UNIDAY.
    - Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de la Dordogne. (2022). Ressources projet émotions : Cycle 1. Académie de Bordeaux.
123. Sur le modèle du comité des familles et des enfants de l'Institut Robert-Debré du Cerveau de l'enfant ou de l'hôpital Necker.

Recommandation 10 : Intégrer la prise en compte de l'opinion de l'enfant dans les politiques publiques, y compris celles relatives à la santé mentale

Plus largement, cette stratégie doit inscrire **la participation des enfants et des adolescents au cœur des processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi des politiques publiques, notamment relatives à la santé mentale.** La prise en compte de l'expertise d'usage des mineurs est fondamentale pour réduire l'écart entre la manière dont les pouvoirs publics conçoivent les politiques et la manière dont les enfants et les adolescents s'en saisissent et en bénéficient, et ainsi améliorer la pertinence, l'efficacité et la durabilité des politiques et des services publics, y compris en matière de santé mentale. Cela suppose de :

- **Mettre en place une campagne de sensibilisation nationale** sur le droit des enfants à être entendus dès le plus jeune âge, y compris dans le cadre de leurs parcours de soins, en associant des enfants dans la réalisation de la campagne.
- **Adapter aux enfants et aux adolescents l'ensemble des contenus publiés par les pouvoirs publics** autour des thématiques de santé mentale, selon la méthode « Facile à Lire et à Comprendre (FALC) », afin de garantir leur accessibilité aux enfants et adolescents.
- **Mettre en place des consultations participatives des moins de 18 ans autour des enjeux de santé mentale, sur l'application AGORA**, afin de prendre en compte l'opinion des enfants dans les décisions politiques relatives à ces questions.
- **Mettre en place des mécanismes de participation des enfants et adolescents auprès de la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie** (DMSMP), pérennes (composition d'un collège d'enfants et d'adolescents) ou ponctuels (focus groups, consultations…)[124].
- **Pérenniser le conseil des enfants au sein du Conseil national consultatif des personnes handicapées** (CNCPH) en lui octroyant un cadre légal et en renforçant son financement afin de favoriser une plus grande représentativité[125].
- **Développer la participation des enfants et adolescents dans le cadre des travaux menés au niveau local autour des politiques publiques de santé mentale (conseils locaux de santé mentale** (CLSM), projets territoriaux de santé mentale (PTSM)), en veillant à ce que la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie propose un cadre de participation harmonisé à l'échelle du territoire français.

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le Haut-commissariat à l'Enfance ont été associés à un échange sur les recommandations présentées ci-dessous.

124. La mobilisation des enfants peut également être faite en collaboration avec des associations qualifiées sur le sujet au fait des vulnérabilités éventuelles des enfants concernés – sur le modèle du collège des enfants du HCFEA – et ce, afin d'éviter autant que possible une revictimisation de ces enfants.
125. Le remboursement des déplacements pour les ateliers du conseil d'enfants est plafonné à 50€ pour l'enfant et 50€ pour son accompagnant, limitant les possibilités de participation d'enfants issus de territoires éloignés de Paris ou ultramarins.

ANNEXE 1 - LES TABLEAUX D'ANALYSE

PARTIE « MES DROITS » DU QUESTIONNAIRE

Tableau 1. Résultats descriptifs par âge et par item de la partie « Mes droits »

		N%	N%
Questions		**6-10 ans**	**11-18 ans**
Q1- Je me sens en sécurité :	Chez moi	88.9	89.3
	Dans mon quartier, ma ville, mon village	35	48.6
	Dans mon école	55.1	50.7
	Dans aucun de ces endroits	4.5	5.5
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.2	3.5
Q2 – J'ai des difficultés de sommeil qui perturbent mon fonctionnement quotidien.	Oui	32.8	40.6
	Non	56.9	54.6
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre.	10.3	4.8
Q3 – Je mange :	Trois fois par jour	70.9	75.7
	Des fruits et des légumes frais chaque jour	54.2	47.4
	Au moins une fois par jour de la viande, du poisson ou des protéines végétales	52.9	59.3
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	12.4	9
Q4 – Je pratique une activité sportive chaque semaine en dehors de l'école.	Oui	76.4	64.7
	Non	18.5	32.1
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.1	3.2
Q5 – Je pratique une activité culturelle et/ ou artistique (un instrument de musique, du théâtre, des arts plastiques...) chaque semaine en dehors de l'école.	Oui	37.6	29.4
	Non	53.1	67.1
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.4	3.4
Q6 – Autour de chez moi, j'ai facilement accès à des espaces verts ou de la nature pour jouer ou pratiquer du sport (vélo, trottinette...) ou passer du temps avec mes amis.	Oui	79.2	86.5
	Non	12.6	9.8
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	8.2	3.7
Q7 – Je me suis déjà senti rejeté en raison de (plusieurs réponses possibles) :	Ma couleur de peau	6.3	6.1
	Mon handicap	2.1	3.5
	Ma religion	5.5	5.7
	Mon aspect physique	9.6	22.9
	Mon genre (fille, garçon, ...)	7	8.6
	Pour une autre raison	20.7	29.3
	Je ne me suis jamais senti rejeté	47.4	43.4
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	18.4	9.1
Q8 – Je me sens agité quand je n'ai pas accès à mon portable.	Toujours	6.9	9.3
	Souvent	5.9	12.7
	Parfois	13.9	32.6
	Jamais	47.2	39.8
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	26.1	5.5

Questions		N% 6-10 ans	N% 11-18 ans
Q9 – Je suis préoccupé par l'actualité (changements climatiques, conflits dans le monde…).	Pas du tout préoccupé	42.5	29.3
	Quelque peu préoccupé	28.7	42.3
	Très préoccupé	8.1	16.1
	Extrêmement préoccupé	4.7	7.7
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	16	4.6
Q10 – J'ai déjà entendu parler des droits de l'enfant (à l'école, à la maison, à la télé, à la radio…).	Oui	75.5	78.6
	Non	18.6	17.8
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.9	3.7
Q11 – Je peux citer au moins deux droits de l'enfant.	Oui	59.9	57.7
	Non	27.1	36.3
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	13	6
Q12 – Je trouve que mes droits sont respectés (plusieurs réponses possibles) :	Chez moi	74.4	76.6
	Dans ma ville/mon village	38.1	51.8
	À l'école	54.5	54.8
	Nulle part	6.1	7
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	15.2	12.7
Q13 – Je trouve que les droits de tous les enfants sont appliqués, quelles que soient leurs différences, partout en France.	Oui	45.9	31.1
	Non	31.7	54.5
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	22.5	14.4
Q14 – Je me sens à l'aise pour exprimer mon avis et mes idées :	Aux adultes de ma famille	76.9	72.1
	Aux adultes de l'école	42.5	37.5
	Aux adultes de ma ville/ mon village (maire, …)	15.1	20.2
	Aux décideurs politiques (députés, gouvernement, …)	5.8	11.8
	Aucune de ces réponses	7.9	16.5
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	13.8	8.4
Q15 – Je trouve que mon avis est pris en compte par :	Aux adultes de ma famille	73	67.6
	Aux adultes de l'école	41	30.2
	Aux adultes de ma ville/ mon village (maire, …)	13.4	13.2
	Aux décideurs politiques (députés, gouvernement, …)	4.6	4.9
	Aucune de ces réponses	8.5	19.5
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	16.8	10.3

Tableau 2. Résultats relatifs au respect des droits selon les domaines de difficultés psychiques avec retentissement (SDQ) rencontrés

Respect des droits	Problèmes émotionnels avec retentissement	Problèmes comportementaux avec retentissement	Hyperactivité/ inattention avec retentissement	Au moins une difficulté avec retentissement
Chez soi	1884/3041 (62 %)	1158/1999 (57.9 %)	1255/2009 (62.5 %)	3073/4855 (63.3 %)
Ville/village	948/3041 (31.2 %)	533/1999 (26.7 %)	658/2009 (32.8 %)	1588/4855 (32.7 %)
École	1272/3041 (41.8 %)	687/1999 (34.4 %)	753/2009 (37.5 %)	1967/4855 (40.5 %)
≥1 lieu	2174/3041 (71.5 %)	1361/1999 (68.1 %)	1405/2009 (69.9 %)	3502/4855 (72.1 %)
Nulle part	407/3041 (13.4 %)	340/1999 (17 %)	320/2009 (15.9 %)	646/4855 (13.3 %)

PARTIE « DANS MA TÊTE ET DANS MA VIE » (= SDQ) DU QUESTIONNAIRE

Tableau 3. Scores élevés par dimension de difficultés psychiques (SDQ), selon le total, l'âge et le genre

		Âge		Genre	
Indicateur	**Total**	**6-10 ans**	**11-18 ans**	**Fille**	**Garçon**
Problèmes émotionnels élevés	4470/22508 (19.9 %)	2640/10174 (25.9 %)	1830/12334 (14.8 %)	3161/12095 (26.1 %)	1122/9779 (11.5 %)
Problèmes comportementaux élevés	3643/22547 (16.2 %)	2578/10169 (25.4 %)	1065/12378 (8.6 %)	1569/12110 (13 %)	1905/9802 (19.4 %)
Hyperactivité/ inattention élevée	2800/22599 (12.4 %)	1073/10222 (10.5 %)	1727/12377 (14 %)	1430/12137 (11.8 %)	1251/9822 (12.7 %)
Au moins une difficulté élevée	7923/22752 (34.8 %)	4403/10334 (42.6 %)	3520/12418 (28.3 %)	4485/12196 (36.8 %)	3112/9895 (31.5 %)

Note : Les scores élevés ne tiennent pas compte du retentissement fonctionnel. La variable « au moins une difficulté élevée » indique qu'au moins une des trois dimensions atteint le seuil retenu.

Tableau 4. Scores élevés par dimension de difficultés psychiques avec retentissement (SDQ), selon le total, l'âge et le genre

		Âge		Genre	
Indicateur	**Total**	**6-10 ans**	**11-18 ans**	**Fille**	**Garçon**
Problèmes émotionnels élevés avec retentissement	3136/22516 (13.9 %)	1473/10177 (14.5 %)	1663/12339 (13.5 %)	2259/12098 (18.7 %)	741/9781 (7.6 %)
Problèmes comportementaux élevés avec retentissement	2096/22555 (9.3 %)	1336/10172 (13.1 %)	760/12383 (6.1 %)	971/12113 (8 %)	1015/9804 (10.4 %)
Hyperactivité/ inattention élevée avec retentissement	2058/22607 (9.1 %)	697/10225 (6.8 %)	1361/12382 (11 %)	1110/12140 (9.1 %)	855/9824 (8.7 %)
Au moins une difficulté élevée avec retentissement	5010/22760 (22 %)	2216/10337 (21.4 %)	2794/12423 (22.5 %)	3022/12199 (24.8 %)	1769/9897 (17.9 %)

Tableau 5. Scores élevés de difficultés psychiques avec retentissement (SDQ), selon la configuration familiale

	Séparation parentale		Personnes avec lesquelles vit l'enfant			
Indicateur	**Non**	**Oui**	**Deux parents**	**Garde alternée**	**Un seul parent**	**Aucun parent**
Problèmes émotionnels élevés avec retentissement	1752/13919 (12.6 %)	1061/6673 (15.9 %)	1797/14195 (12.7 %)	538/3769 (14.3 %)	597/3144 (19 %)	92/404 (22.8 %)
Problèmes comportementaux élevés avec retentissement	1059/13930 (7.6 %)	743/6687 (11.1 %)	1146/14194 (8.1 %)	389/3783 (10.3 %)	386/3154 (12.2 %)	56/409 (13.7 %)
Hyperactivité/inattention élevée avec retentissement	1056/13976 (7.6 %)	796/6682 (11.9 %)	1102/14255 (7.7 %)	401/3782 (10.6 %)	426/3155 (13.5 %)	46/410 (11.2 %)
Au moins une difficulté élevée avec retentissement	2732/14036 (19.5 %)	1740/6729 (25.9 %)	2851/14330 (19.9 %)	898/3810 (23.6 %)	925/3177 (29.1 %)	124/411 (30.2 %)

Tableau 6. Scores élevés de difficultés psychiques avec retentissement (SDQ), selon le lieu de vie

Indicateur	**Maison ou appartement**	**Hôtel social ou centre d'hébergement**	**Établissement de la protection de l'enfance**	**Autre**
Problèmes émotionnels élevés avec retentissement	2970/21479 (13.8 %)	28/190 (14.7 %)	38/220 (17.3 %)	41/205 (20 %)
Problèmes comportementaux élevés avec retentissement	1922/21519 (8.9 %)	30/195 (15.4 %)	39/221 (17.6 %)	22/203 (10.8 %)
Hyperactivité/inattention élevée avec retentissement	1962/21567 (9.1 %)	16/191 (8.4 %)	27/221 (12.2 %)	18/207 (8.7 %)
Au moins une difficulté élevée avec retentissement	4731/21702 (21.8 %)	50/199 (25.1 %)	63/223 (28.3 %)	54/208 (26 %)

Tableau 7. Scores élevés de difficultés psychiques avec retentissement (SDQ), selon la présence de handicap ou de maladie chronique

	Handicap ou maladie chronique	
Indicateur	**Non**	**Oui**
Problèmes émotionnels élevés avec retentissement	2601/20402 (12.7 %)	469/1678 (27.9 %)
Problèmes comportementaux élevés avec retentissement	1759/20440 (8.6 %)	272/1679 (16.2 %)
Hyperactivité/inattention élevée avec retentissement	1658/20491 (8.1 %)	349/1682 (20.7 %)
Au moins une difficulté élevée avec retentissement	4203/20613 (20.4 %)	695/1699 (40.9 %)

Tableau 8. Régressions logistiques multivariables des difficultés psychiques avec retentissement (SDQ), selon les données sociodémographiques (Odds ratio (OR) ajusté)

Indicateur	Modalité de référence	Émotionnel	Comportemental	Hyperactivité/ Inattention	Au moins une difficulté
Âge	6-10 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	11-18 ans	0.84 [0.77-0.91]; p=<0,001	0.39 [0.36-0.44]; p=<0,001	1.61 [1.45-1.78]; p=<0,001	1.01 [0.94-1.08]; p=0,843
Genre	Fille	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Garçon	0.34 [0.31-0.37]; p=<0,001	1.27 [1.15-1.40]; p=<0,001	0.95 [0.86-1.04]; p=0,264	0.64 [0.59-0.68]; p=<0,001
Lieu de vie	Maison ou appartement	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Hôtel social ou centre d'hébergement	1.10 [0.68-1.79]; p=0,696	1.32 [0.80-2.18]; p=0,284	0.71 [0.37-1.38]; p=0,313	1.08 [0.73-1.62]; p=0,695
	Établissement de la protection de l'enfance	0.69 [0.43-1.11]; p=0,128	1.90 [1.16-3.10]; p=0,011	0.88 [0.51-1.53]; p=0,658	0.91 [0.62-1.35]; p=0,648
	Autre	1.55 [1.07-2.26]; p=0,021	1.22 [0.76-1.94]; p=0,409	0.78 [0.46-1.34]; p=0,369	1.16 [0.82-1.62]; p=0,401
Personne avec qui vit l'enfant	Deux parents ensemble	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Deux parents en garde alternée	1.14 [1.02-1.27]; p=0,025	1.34 [1.18-1.52]; p=<0,001	1.34 [1.18-1.52]; p=<0,001	1.23 [1.12-1.34]; p=<0,001
	Un seul parent	1.53 [1.37-1.71]; p=<0,001	1.78 [1.56-2.04]; p=<0,001	1.66 [1.46-1.89]; p=<0,001	1.56 [1.42-1.71]; p=<0,001
	Aucun des deux parents	2.34 [1.71-3.20]; p=<0,001	1.59 [1.06-2.39]; p=0,026	1.34 [0.90-1.97]; p=0,147	1.68 [1.28-2.22]; p=<0,001
Handicap ou maladie chronique	Non	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Oui	2.77 [2.44-3.14]; p=<0,001	2.08 [1.78-2.43]; p=<0,001	2.80 [2.44-3.21]; p=<0,001	2.71 [2.43-3.03]; p=<0,001

Tableau 9. Régressions logistiques multivariables des difficultés psychiques avec retentissement (SDQ), selon les ressources économiques (Odds ratio (OR) ajusté)

Indicateur	Modalité de référence	Émotionnel	Comportemental	Hyperactivité/ Inattention	Au moins une difficulté
Travail parental	2 parents travaillent	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	1 parent travaille	1.05 [0.93-1.18]; p=0,418	1.22 [1.06-1.41]; p=0,007	1.02 [0.89-1.17]; p=0,790	1.06 [0.96-1.17]; p=0,272
	0 parent travaille	1.22 [0.94-1.60]; p=0,137	1.18 [0.85-1.65]; p=0,330	0.93 [0.67-1.31]; p=0,691	0.97 [0.76-1.23]; p=0,794
Peur de manquer d'argent	Jamais	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Parfois	3.01 [2.74-3.31]; p=<0,001	2.22 [1.98-2.49]; p=<0,001	2.20 [1.97-2.46]; p=<0,001	2.64 [2.45-2.85]; p=<0,001
	Souvent	5.88 [5.19-6.66]; p=<0,001	4.17 [3.61-4.83]; p=<0,001	3.60 [3.11-4.15]; p=<0,001	5.01 [4.49-5.59]; p=<0,001

Note : Les modèles sont ajustés sur l'âge, le genre, le lieu de vie, la personne avec qui vit l'enfant et le handicap ou la maladie chronique.

Tableau 10. Associations ajustées entre alimentation et difficultés psychiques élevées avec retentissement (SDQ)

Indicateur	Modalité de référence	Émotionnel	Comportemental	Hyperactivité/ Inattention	Au moins une difficulté
3 repas par jour	Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Non	1.91 [1.75-2.08]; p=<0,001	1.73 [1.56-1.93]; p=<0,001	1.56 [1.40-1.73]; p=<0,001	1.79 [1.66-1.93]; p=<0,001
Fruits/légumes frais chaque jour	Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Non	1.57 [1.44-1.71]; p=<0,001	1.70 [1.53-1.88]; p=<0,001	1.61 [1.45-1.78]; p=<0,001	1.59 [1.48-1.71]; p=<0,001
Au moins un repas avec protéines par jour	Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Non	1.19 [1.10-1.29]; p=<0,001	1.43 [1.29-1.58]; p=<0,001	1.21 [1.10-1.33]; p=<0,001	1.24 [1.16-1.33]; p=<0,001

Note : La modalité de référence est Oui pour chaque indicateur alimentaire. Les Odds Ratio (OR) ajustés comparent donc les enfants ne disposant pas de l'élément alimentaire considéré à ceux qui en disposent.

Tableau 11. Associations ajustées entre activités hors école et difficultés psychiques élevées avec retentissement (SDQ)

Indicateur	Modalité de référence	Émotionnel	Comportemental	Hyperactivité/ Inattention	Au moins une difficulté
Pratique d'une activité sportive hebdomadaire	Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Non	1.52 [1.39-1.67]; p=<0,001	1.45 [1.29-1.63]; p=<0,001	1.38 [1.24-1.54]; p=<0,001	1.49 [1.38-1.61]; p=<0,001
Pratique d'une activité culturelle et/ou artistique hebdomadaire	Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Non	0.90 [0.82-0.98]; p=0,017	1.19 [1.07-1.34]; p=0,002	1.17 [1.05-1.31]; p=0,005	1.04 [0.96-1.12]; p=0,313

Note : La modalité de référence est Oui pour chaque activité. Les OR ajustés comparent donc les enfants ne pratiquant pas l'activité à ceux qui la pratiquent.

PARTIE « MES SOUTIENS » DU QUESTIONNAIRE

Tableau 12. Scores relatifs aux sources de soutien (déclarées et perçues), selon le total, l'âge et le genre

		Âge		Genre	
Indicateur	**Total**	**6-10 ans**	**11-18 ans**	**Fille**	**Garçon**
SOUTIEN DÉCLARÉ					
Soutien des proches	18744/21464 (87.3 %)	8862/9330 (95 %)	9882/12134 (81.4 %)	10112/11630 (86.9 %)	8040/9107 (88.3 %)
Famille	17827/21464 (83.1 %)	8613/9330 (92.3 %)	9214/12134 (75.9 %)	9544/11630 (82.1 %)	7744/9107 (85 %)
Amis	5843/21464 (27.2 %)	2984/9330 (32 %)	2859/12134 (23.6 %)	3472/11630 (29.9 %)	2123/9107 (23.3 %)
Soutien professionnel	11174/21464 (52.1 %)	4091/9330 (43.8 %)	7083/12134 (58.4 %)	6342/11630 (54.5 %)	4501/9107 (49.4 %)
École	5179/21464 (24.1 %)	3076/9330 (33 %)	2103/12134 (17.3 %)	2662/11630 (22.9 %)	2359/9107 (25.9 %)
Soins	8662/21464 (40.4 %)	2072/9330 (22.2 %)	6590/12134 (54.3 %)	5081/11630 (43.7 %)	3346/9107 (36.7 %)
Santé mentale	2790/21464 (13 %)	571/9330 (6.1 %)	2219/12134 (18.3 %)	1680/11630 (14.4 %)	987/9107 (10.8 %)
Assistant social	558/21464 (2.6 %)	201/9330 (2.2 %)	357/12134 (2.9 %)	267/11630 (2.3 %)	260/9107 (2.9 %)
≥2 sources	15715/21464 (73.2 %)	7144/9330 (76.6 %)	8571/12134 (70.6 %)	8616/11630 (74.1 %)	6612/9107 (72.6 %)
Absence de soutien déclaré	455/21464 (2.1 %)	163/9330 (1.7 %)	292/12134 (2.4 %)	223/11630 (1.9 %)	197/9107 (2.2 %)
SOUTIEN PERÇU					
Adulte de confiance	17049/20390 (83.6 %)	7649/8828 (86.6 %)	9400/11562 (81.3 %)	9080/10931 (83.1 %)	7478/8790 (85.1 %)
Peut parler aux amis	16111/20606 (78.2 %)	6887/8984 (76.7 %)	9224/11622 (79.4 %)	8831/11039 (80 %)	6746/8849 (76.2 %)
Soutenu par les amis	17057/20346 (83.8 %)	7408/8949 (82.8 %)	9649/11397 (84.7 %)	9269/10903 (85 %)	7252/8754 (82.8 %)
Peut parler aux adultes	17754/20394 (87.1 %)	8197/8931 (91.8 %)	9557/11463 (83.4 %)	9354/10905 (85.8 %)	7894/8835 (89.3 %)
Soutenu par les adultes	17892/20398 (87.7 %)	8441/9119 (92.6 %)	9451/11279 (83.8 %)	9328/10821 (86.2 %)	8031/8902 (90.2 %)
Faible soutien	1791/22467 (8 %)	626/10045 (6.2 %)	1165/12422 (9.4 %)	976/12004 (8.1 %)	666/9652 (6.9 %)
Soutien élevé	14817/22467 (66 %)	6641/10045 (66.1 %)	8176/12422 (65.8 %)	7911/12004 (65.9 %)	6509/9652 (67.4 %)
SOUTIEN INSUFFISANT	932/20877 (4.5 %)	272/9089 (3 %)	660/11788 (5.6 %)	490/11311 (4.3 %)	372/8897 (4.2 %)

Tableau 13. Scores relatifs aux sources de soutien (déclarées et perçues), selon les personnes avec lesquelles vit l'enfant, le lieu où vit l'enfant, le handicap ou la maladie chronique

Indicateur	Deux parents	Garde alternée	Un seul parent	Protection enfance	Handicap ou maladie chronique
SOUTIEN DÉCLARÉ					
Soutien des proches	11848/13419 (88.3 %)	3197/3597 (88.9 %)	2529/3025 (83.6 %)	122/206 (59.2 %)	1369/1598 (85.7 %)
Famille	11347/13419 (84.6 %)	3048/3597 (84.7 %)	2369/3025 (78.3 %)	105/206 (51 %)	1302/1598 (81.5 %)
Amis	3577/13419 (26.7 %)	1056/3597 (29.4 %)	739/3025 (24.4 %)	50/206 (24.3 %)	412/1598 (25.8 %)
Soutien professionnel	7065/13419 (52.6 %)	1833/3597 (51 %)	1714/3025 (56.7 %)	128/206 (62.1 %)	887/1598 (55.5 %)
École	3277/13419 (24.4 %)	869/3597 (24.2%)	686/3025 (22.7 %)	51/206 (24.8 %)	402/1598 (25.2 %)
Soins	5447/13419 (40.6 %)	1426/3597 (39.6 %)	1452/3025 (48 %)	92/206 (44.7 %)	720/1598 (45.1 %)
Santé mentale	1608/13419 (12 %)	475/3597 (13.2 %)	544/3025 (18 %)	56/206 (27.2 %)	289/1598 (18.1 %)
Assistant social	297/13419 (2.2 %)	106/3597 (2.9 %)	80/3025 (2.6 %)	30/206 (14.6 %)	70/1598 (4.4 %)
≥2 sources	10207/13419 (76.1 %)	2708/3597 (75.3 %)	1897/3025 (62.7 %)	99/206 (48.1 %)	1161/1598 (72.7 %)
Absence de soutien déclaré	235/13419 (1.8 %)	69/3597 (1.9 %)	68/3025 (2.2 %)	15/206 (7.3 %)	31/1598 (1.9 %)
SOUTIEN PERÇU					
Adulte de confiance	10786/12735 (84.7 %)	2909/3426 (84.9 %)	2319/2888 (80.3 %)	329/449 (73.3 %)	1236/1532 (80.7 %)
Peut parler aux amis	10178/12880 (79 %)	2755/3446 (79.9 %)	2185/2877 (75.9 %)	289/456 (63.4 %)	1072/1508 (71.1 %)
Soutenu par les amis	10843/12744 (85.1 %)	2882/3407 (84.6 %)	2280/2837 (80.4 %)	327/452 (72.3 %)	1124/1485 (75.7 %)
Peut parler aux adultes	11315/12786 (88.5 %)	2985/3413 (87.5 %)	2337/2838 (82.3 %)	356/453 (78.6 %)	1255/1517 (82.7 %)
Soutenu par les adultes	11461/12808 (89.5 %)	3032/3418 (88.7 %)	2297/2816 (81.6 %)	332/443 (74.9 %)	1268/1516 (83.6 %)
Faible soutien	1002/14036 (7.1 %)	254/3746 (6.8 %)	329/3149 (10.4 %)	42/219 (19.2 %)	186/1676 (11.1 %)
Soutien élevé	9545/14036 (68 %)	2532/3746 (67.6 %)	1896/3149 (60.2 %)	90/219 (41.1 %)	966/1676 (57.6 %)
SOUTIEN INSUFFISANT	488/13067 (3.7 %)	131/3505 (3.7 %)	171/2931 (5.8 %)	51/460 (11,1%)	88/1548 (5.7 %)

Tableau 14. Scores relatifs à la consultation « si besoin », selon le total, l'âge et le genre

Indicateur	Total	Âge		Genre	
CONSULTATION SI BESOIN		**6-10 ans**	**11-18 ans**	**Filles**	**Garçons**
Penserait à consulter si besoin	7533/18021 (41.8 %)	3175/7319 (43.4 %)	4358/10702 (40.7 %)	4419/9655 (45.8 %)	2847/7782 (36.6 %)
Déciderait de consulter si besoin	10144/18522 (54.8 %)	4393/7819 (56.2 %)	5751/10703 (53.7 %)	5724/9917 (57.7 %)	4142/8009 (51.7 %)
Aucune intention de consulter si besoin	1207/18564 (6.5 %)	496/7714 (6.4 %)	711/10850 (6.6 %)	694/9970 (7 %)	454/8005 (5.7 %)
FREINS					
Frein pratique	4044/7615 (53.1 %)	2524/3155 (80 %)	1520/4460 (34.1 %)	2013/3837 (52.5 %)	1857/3493 (53.2 %)
Frein psychosocial	3033/7615 (39.8 %)	1002/3155 (31.8 %)	2031/4460 (45.5 %)	1507/3837 (39.3 %)	1456/3493 (41.7 %)
Refus parental	202/7615 (2.7 %)	93/3155 (2.9 %)	109/4460 (2.4 %)	120/3837 (3.1 %)	70/3493 (2 %)
≥1 frein	6822/7615 (89.6 %)	2835/3155 (89.9 %)	3987/4460 (89.4 %)	3477/3837 (90.6 %)	3126/3493 (89.5 %)

Tableau 15. Scores relatifs à la consultation « si besoin », selon la séparation parentale, les personnes avec lesquelles vit l'enfant, le lieu où vit l'enfant et le handicap ou la maladie chronique

Indicateur	Deux parents	Garde alternée	Un seul parent	Protection enfance	Handicap ou maladie chronique
CONSULTATION SI BESOIN					
Penserait à consulter si besoin	4589/11223 (40.9 %)	1265/3025 (41.8 %)	1142/2604 (43.9 %)	82/167 (49.1 %)	702/1366 (51.4 %)
Déciderait de consulter si besoin	6438/11554 (55.7 %)	1726/3121 (55.3 %)	1333/2612 (51 %)	98/184 (53.3 %)	788/1377 (57.2 %)
Aucune intention de consulter si besoin	729/11616 (6.3 %)	189/3115 (6.1 %)	188/2608 (7.2 %)	15/158 (9.5 %)	110/1369 (8 %)
FREINS					
Frein pratique	2442/4648 (52.5 %)	729/1268 (57.5 %)	529/1164 (45.4 %)	57/160 (35.6 %)	267/526 (50.8 %)
Frein psychosocial	1928/4648 (41.5 %)	471/1268 (37.1 %)	513/1164 (44.1 %)	66/160 (41.2 %)	204/526 (38.8 %)
Refus parental	120/4648 (2.6 %)	25/1268 (2 %)	36/1164 (3.1 %)	6/160 (3.8 %)	23/526 (4.4 %)
≥1 frein	4208/4648 (90.5 %)	1146/1268 (90.4 %)	1054/1164 (90.5 %)	130/160 (81.2 %)	472/526 (89.7 %)

Tableau 16. Scores relatifs aux sources de soutien (déclarées et perçues), selon les difficultés psychiques élevées avec retentissement (SDQ)

Indicateur	Émotionnel	Comportemental	Hyperactivité/ inattention	Au moins une difficulté avec retentissement
SOUTIEN DÉCLARÉ				
Soutien des proches	2281/2925 (78 %)	1467/1842 (79.6 %)	1459/1938 (75.3 %)	3607/4618 (78.1 %)
Famille	2104/2925 (71.9 %)	1370/1842 (74.4 %)	1331/1938 (68.7 %)	3327/4618 (72 %)
Amis	792/2925 (27.1 %)	504/1842 (27.4 %)	513/1938 (26.5 %)	1234/4618 (26.7 %)
Soutien professionnel	1844/2925 (63 %)	990/1842 (53.7 %)	1167/1938 (60.2 %)	2778/4618 (60.2 %)
École	627/2925 (21.4 %)	479/1842 (26 %)	395/1938 (20.4 %)	986/4618 (21.4 %)
Soins	1546/2925 (52.9 %)	739/1842 (40.1 %)	1006/1938 (51.9 %)	2317/4618 (50.2 %)
Santé mentale	750/2925 (25.6 %)	347/1842 (18.8 %)	458/1938 (23.6 %)	1053/4618 (22.8 %)
Assistant social	123/2925 (4.2 %)	77/1842 (4.2 %)	63/1938 (3.3 %)	179/4618 (3.9 %)
≥2 sources	2024/2925 (69.2 %)	1197/1842 (65 %)	1272/1938 (65.6 %)	3128/4618 (67.7 %)
Absence de soutien déclaré	82/2925 (2.8 %)	79/1842 (4.3 %)	71/1938 (3.7 %)	152/4618 (3.3 %)
SOUTIEN PERÇU				
Adulte de confiance	1952/2722 (71.7 %)	1251/1761 (71 %)	1242/1809 (68.7 %)	3134/4345 (72.1 %)
Peut parler aux amis	1819/2729 (66.7 %)	1146/1780 (64.4 %)	1254/1838 (68.2 %)	2993/4390 (68.2 %)
Soutenu par les amis	1840/2650 (69.4 %)	1185/1762 (67.3 %)	1286/1789 (71.9 %)	3066/4271 (71.8 %)
Peut parler aux adultes	1963/2684 (73.1 %)	1273/1736 (73.3 %)	1266/1813 (69.8 %)	3165/4295 (73.7 %)
Soutenu par les adultes	1902/2639 (72.1 %)	1313/1750 (75 %)	1248/1768 (70.6 %)	3138/4251 (73.8 %)
Faible soutien	188/2868 (6.6 %)	126/1880 (6.7 %)	147/1894 (7.8 %)	266/4599 (5.8 %)
Soutien élevé	1360/3047 (44.6 %)	896/1987 (45.1 %)	928/2009 (46.2 %)	2272/4853 (46.8 %)
SOUTIEN INSUFFISANT	254/2762 (9.2 %)	188/1770 (10.6 %)	204/1843 (11.1 %)	389/4408 (8.8 %)

Tableau 17. Scores relatifs à la consultation « si besoin » et aux freins à la consultation, selon les difficultés psychiques élevées avec retentissement (SDQ)

Indicateur CONSULTATION SI BESOIN	Émotionnel	Comportemental	Hyperactivité/ Inattention	Au moins une difficulté avec retentissement
Penserait à consulter si besoin	1534/2469 (62.1 %)	782/1551 (50.4 %)	882/1691 (52.2 %)	2155/3942 (54.7 %)
Déciderait de consulter si besoin	1418/2484 (57.1 %)	755/1621 (46.6 %)	847/1714 (49.4 %)	2094/4005 (52.3 %)
Aucune intention de consulter si besoin	297/2196 (13.5 %)	197/1388 (14.2 %)	185/1535 (12.1 %)	442/3537 (12.5 %)
FREINS				
Frein pratique	486/1057 (46 %)	450/854 (52.7 %)	349/863 (40.4 %)	839/1893 (44.3 %)
Frein psychosocial	457/1057 (43.2 %)	321/854 (37.6 %)	368/863 (42.6 %)	789/1893 (41.7 %)
Trop loin	381/1057 (36 %)	362/854 (42.4 %)	257/863 (29.8 %)	650/1893 (34.3 %)
Trop cher	271/1057 (25.6 %)	252/854 (29.5 %)	193/863 (22.4 %)	471/1893 (24.9 %)
Trop d'attente	140/1057 (13.2 %)	128/854 (15 %)	105/863 (12.2 %)	241/1893 (12.7 %)
Peur du regard	62/1057 (5.9 %)	44/854 (5.2 %)	36/863 (4.2 %)	93/1893 (4.9 %)
Refus parental	64/1057 (6.1 %)	40/854 (4.7 %)	37/863 (4.3 %)	88/1893 (4.6 %)
≥1 frein	885/1057 (83.7 %)	696/854 (81.5 %)	701/863 (81.2 %)	1548/1893 (81.8 %)

Tableau 18. Régressions logistiques multivariables des soutiens (déclarés et perçus), selon les difficultés psychiques élevées avec retentissement (SDQ) (Odds ratio (OR) ajusté)

Difficulté SDQ	Aucun soutien	Besoin sans intention	Faible soutien perçu	Soutien formel	Soutien informel	Soutien insuffisant
Problèmes émotionnels avec retentissement	1.74 [1.32-2.29] ; p=<0,001	2.35 [2.02-2.74] ; p=<0,001	3.71 [3.00-4.57] ; p=<0,001	1.65 [1.51-1.80] ; p=<0,001	0.41 [0.37-0.46] ; p=<0,001	2.90 [2.44-3.44] ; p=<0,001
Problèmes comportementaux avec retentissement	2.63 [1.98-3.50] ; p=<0,001	2.45 [2.05-2.93] ; p=<0,001	4.36 [3.46-5.50] ; p=<0,001	1.27 [1.14-1.41] ; p=<0,001	0.36 [0.31-0.41] ; p=<0,001	3.64 [3.01-4.40] ; p=<0,001
Hyperactivité/ inattention avec retentissement	2.18 [1.63-2.91] ; p=<0,001	2.02 [1.69-2.41] ; p=<0,001	4.01 [3.23-4.97] ; p=<0,001	1.34 [1.21-1.49] ; p=<0,001	0.43 [0.38-0.49] ; p=<0,001	3.29 [2.75-3.94] ; p=<0,001
Au moins une difficulté avec retentissement	2.27 [1.81-2.85] ; p=<0,001	2.39 [2.09-2.74] ; p=<0,001	3.82 [3.15-4.64] ; p=<0,001	1.50 [1.39-1.61] ; p=<0,001	0.38 [0.35-0.42] ; p=<0,001	3.17 [2.72-3.69] ; p=<0,001

PARTIE « CE QUI M'EST ARRIVÉ » (= ACE-IQ) DU QUESTIONNAIRE

Tableau 19. Caractéristiques du sous-échantillon de répondants à la partie « Ce qui m'est arrivé » (ACE-IQ)

Caractéristique	Modalité	n	% / statistique	Dénominateur
Population analytique	Score cumulatif ACE-IQ calculable	1 064	100 %	N = 1 064
Âge	Moyenne (ET)	1 064	13.56 (1,99)	11–18 ans
	11–14 ans	734	69 %	N = 1 064
	15–18 ans	330	31 %	N = 1 064
Genre	Fille	521	51 %	N valide = 1 021
	Garçon	500	49 %	N valide = 1 021
Handicap / maladie chronique	Oui	83	8.1 %	N valide = 1 019
	Non	936	91.9 %	N valide = 1 019
Lieu de vie	Maison / appartement	987	94.7 %	N valide = 1 042
	Hôtel	2	0.2 %	N valide = 1 042
	Centre d'hébergement	7	0.7 %	N valide = 1 042
	Foyer / famille d'accueil	22	2.1 %	N valide = 1 042
	Maison / village d'enfants	12	1.2 %	N valide = 1 042
	Établissement de la PJJ	3	0.3 %	N valide = 1 042
	Autre	9	0.9 %	N valide = 1 042
Protection de l'enfance	Foyer, famille d'accueil, maison/ village d'enfants ou établissement de la PJJ	37	3.6 %	N valide = 1 042
Situation familiale	Parents séparés	554	66.8 %	N valide = 829
	Parents non séparés	275	33.2 %	N valide = 829
Avec qui vit l'adolescent	Deux parents ensemble	200	32.5 %	N valide = 616
	Deux parents en garde alternée	386	62.7 %	N valide = 616
	Un seul parent	28	4.5 %	N valide = 616
	Aucun des deux parents	2	0.3 %	N valide = 616

Note : Le tableau porte sur les 1 064 adolescents pour lesquels le score cumulatif ACE-IQ adapté pouvait être calculé, conformément au critère de complétude d'au moins 7 domaines renseignés sur 10. Les pourcentages sont calculés parmi les réponses valides pour chaque variable, en excluant les refus, les valeurs manquantes et les réponses multiples non interprétables pour les questions à choix unique. L'indicateur « Protection de l'enfance » repose sur le lieu de vie déclaré, et non sur une identification administrative exhaustive des bénéficiaires d'une mesure de protection.

Tableau 20. Couverture du score cumulatif des adversités rencontrées (ACE-IQ), selon les caractéristiques des adolescents

Caractéristique	Groupe	Dénominateur, n	Score ACE calculable, n	Couverture, %
Âge	11–14 ans	7 081	734	10.4
	15–18 ans	5 696	330	5.8
Genre	Filles	6 986	521	7.5
	Garçons	5 405	500	9.3
Handicap	Handicap ou maladie chronique	1 098	83	7.6
	Aucun handicap ou maladie chronique déclaré	11 530	936	8.1
Protection de l'enfance (lieu de vie)	Foyer/famille d'accueil, maison/village d'enfants ou PJJ	358	37	10.3
	Autres lieux de vie déclarés	12 319	1 005	8.2
Territoire	Hexagone	12 325	919	7.5
	Outre-mer	190	80	42.1
Précarité économique	Jamais peur que la famille manque d'argent	6 936	251	3.6
	Parfois	4 310	542	12.6
	Souvent	1 443	254	17.6
Avec qui vit l'adolescent	Aucun parent	338	2	0.6
	Deux parents ensemble	7 511	200	2.7
	Famille monoparentale	2 134	28	1.3
	Garde alternée	2 205	386	17.5

Note : Le score ACE est considéré comme calculable dès lors qu'au moins 7 des 10 domaines sont renseignés. Les dénominateurs portent sur les adolescents âgés de 11 à 18 ans ayant une information valide pour la caractéristique considérée. Les deux groupes de « protection de l'enfance » décrivent exclusivement le lieu de vie déclaré, non le statut administratif ASE. Le territoire est déterminé à partir d'un code postal à cinq chiffres : 97/98 = Outre-mer ; les codes absents ou invalides sont exclus de cette comparaison seulement (65 scores calculables sans territoire classable). Les pourcentages traduisent la couverture d'un score calculable et non la prévalence d'adversités.

Tableau 21. Scores relatifs aux principales familles d'adversités (ACE-IQ) documentées

Indicateur	Exemples d'items inclus	Résultat principal
Victimisation entre pairs	Moqueries, intimidation, rabaissement, violence physique, mise à l'écart, cyber-victimisation	54,1 % déclarent avoir déjà été moqués, intimidés, rabaissés ou frappés.
Humiliations et violences dans le foyer	Cris, insultes, humiliations, gifles, coups, exposition à des violences dans le foyer	46,3 % déclarent avoir déjà été victimes de cris, d'insultes ou d'humiliations par un adulte du foyer.
Défaut de protection	Non-envoi à l'école alors que cela aurait été possible	10 % déclarent avoir déjà été concernés.
Environnement familial fragilisé	Dépression, maladie mentale, tentative de suicide, alcool ou drogues dans le foyer	16,3 % déclarent avoir vécu avec une personne souffrant de troubles psychiques ou ayant tenté de se suicider.
Violences sexuelles	Touchers sexuels non consentis, tentative de rapport sexuel non consenti, rapport sexuel forcé, relations sexuelles contre avantage	12,3 % déclarent avoir déjà subi des touchers ou caresses sexuels non consentis.

Note : Chaque résultat correspond à l'item illustratif nommé, et non à la prévalence d'une famille entière d'adversités. Le score cumulatif ACE-IQ repose sur dix domaines construits séparément. Les données manquantes ou refusées sont exclues des dénominateurs propres à chaque item.

Tableau 22. Scores relatifs aux principales familles d'adversités (ACE-IQ) documentées et leur répartition selon le genre et pour l'ensemble

Indicateur	Ensemble n/N (%)	Filles n/N (%)	Garçons n/N (%)	p (χ^2)
Victimisation entre pairs	582/1075 (54.1 %)	298/527 (56.5 %)	256/507 (50.5 %)	0,051
Violence physique directe par les pairs	107/547 (19.6 %)	44/280 (15.7 %)	56/242 (23.1 %)	0,032
Mise à l'écart / ignoré	217/547 (39.7 %)	141/280 (50.4 %)	68/242 (28.1 %)	< 0,001
Moqueries sur l'apparence	220/547 (40.2 %)	137/280 (48.9 %)	73/242 (30.2 %)	< 0,001
Humiliations intrafamiliales	476/1028 (46.3 %)	261/504 (51.8 %)	187/482 (38.8 %)	< 0,001
Violence physique par adulte du foyer	396/1027 (38.6 %)	201/507 (39.6 %)	179/476 (37.6 %)	0,512
Touchers/caresses sexuels non consentis	127/1035 (12.3 %)	77/502 (15.3 %)	37/490 (7.6 %)	< 0,001
Demande de toucher sexuellement autrui sans accord	83/1047 (7.9 %)	50/508 (9.8 %)	23/494 (4.7 %)	0,002
Tentative de rapport sexuel non consenti	80/1035 (7.7 %)	54/509 (10.6 %)	20/486 (4.1 %)	< 0,001
Rapport sexuel forcé	70/1051 (6.7 %)	43/516 (8.3 %)	17/491 (3.5 %)	0,001
Relations sexuelles contre rémunération ou avantage	29/1047 (2.8 %)	9/516 (1.7 %)	15/488 (3.1 %)	0,168

Note : Résultats calculés chez tous les adolescents avec réponse valide à chaque item ACE, indépendamment de la possibilité de calculer leur score cumulatif. « Ensemble » inclut aussi les répondants dont le genre n'est pas codé fille ou garçon. Les formes de victimisation (question 2a, 2e et 2f de la partie « Ce qui m'est arrivé ») sont calculées uniquement parmi ceux ayant déclaré une victimisation à la question 1 de la partie « Ce qui m'est arrivé » et ayant répondu à la question 2 de cette même partie. Pour les autres items, les 3 premières modalités de réponse indiquent une exposition et la 4e modalité indique son absence ; les refus et codes non interprétables sont exclus. Le test du χ^2 de Pearson sans correction compare seulement filles et garçons.

Tableau 23. Scores relatifs à la charge cumulative d'adversités (ACE-IQ) et sa répartition selon l'âge, le genre, le lieu de vie, le handicap ou la maladie chronique

Caractéristique	Résultat principal	Interprétation
Charge cumulative globale	Parmi les adolescents disposant d'un score ACE-IQ calculable, 32,5 % déclarent quatre domaines d'adversité ou plus.	Le cumul d'adversités concerne une part importante de la sous-population à laquelle le module a été administré. Ce résultat constitue un signal descriptif et ne peut pas être interprété comme une estimation représentative de l'ensemble des adolescents.
Âge	Les adolescents de 15 à 18 ans déclarent plus fréquemment quatre domaines d'adversité ou plus que ceux de 11 à 14 ans : 48,5 % contre 25,3 %.	Les adversités déclarées semblent davantage s'accumuler avec l'avancée en âge. Cette différence peut notamment refléter une durée d'exposition plus longue. Elle doit cependant être interprétée avec prudence, car les deux groupes d'âge n'ont pas eu la même probabilité de recevoir le module ACE.
Genre	Les filles déclarent plus fréquemment quatre domaines d'adversité ou plus que les garçons : 36,3 % contre 26,4 %.	Dans cette sous-population, les filles rapportent une charge cumulative plus élevée. Cette différence ne peut toutefois pas être généralisée à l'ensemble des adolescents.
Lieu de vie	Parmi les adolescents vivant dans un contexte de protection de l'enfance, 72,0 % déclarent quatre domaines d'adversité ou plus (18/25).	Ce résultat est particulièrement élevé, mais repose sur un faible effectif. Il doit être considéré comme un signal appelant une vigilance particulière, et non comme une estimation précise de la situation de l'ensemble des enfants protégés.
Handicap ou maladie chronique	47,0 % des adolescents concernés déclarent quatre domaines d'adversité ou plus, contre 30,8 % de ceux ne déclarant ni handicap ni maladie chronique.	Les adolescents concernés par un handicap ou une maladie chronique rapportent plus fréquemment une accumulation d'adversités. Cette association ne permet pas de déterminer le sens de la relation ni d'établir un lien causal.

Note : Les résultats portent uniquement sur les adolescents auxquels le module ACE-IQ a été administré. Ils ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des adolescents ayant participé à la Consultation nationale.

Tableau 24. Scores relatifs aux principales adversités déclarées (ACE-IQ) et leur association avec les difficultés psychiques élevées avec retentissement (SDQ)

Dimension	Résultat principal	Interprétation
Domaines d'adversité les plus fréquents	Victimisation par les pairs : 54,4 % ; violence psychologique exercée par un adulte du foyer : 43,1 % ; exposition à des violences intrafamiliales : 42,6 % ; violence physique exercée par un adulte du foyer : 38,6 %.	Les adversités les plus fréquemment rapportées concernent à la fois les relations avec les pairs et l'environnement familial.
Violences sexuelles	15,3 % déclarent au moins une forme de violence sexuelle ; 2,8 % déclarent avoir eu des relations sexuelles contre une rémunération, un avantage matériel ou la promesse d'en obtenir.	Les violences sexuelles doivent être présentées séparément du score cumulatif afin de ne pas diluer leur gravité et leur spécificité dans une mesure globale.
Lien descriptif avec le retentissement	Parmi les adolescents présentant au moins une difficulté psychique élevée avec retentissement, 67,1 % déclarent quatre domaines d'adversité ou plus, contre 25,7 % parmi ceux ne présentant pas de difficulté avec retentissement.	Le cumul d'adversités est beaucoup plus fréquent chez les adolescents dont les difficultés psychiques ont des conséquences concrètes dans la vie quotidienne.
Association après prise en compte des autres caractéristiques	Chaque domaine d'adversité supplémentaire est associé à une augmentation de 54 % de l'indicateur de risque de présenter au moins une difficulté psychique élevée avec retentissement (OR ajusté = 1,54 ; IC à 95 % [1,42–1,69] ; $p < 0,001$).	Plus le nombre de domaines d'adversité déclarés augmente, plus les adolescents sont susceptibles de présenter des difficultés émotionnelles, comportementales ou attentionnelles ayant des conséquences dans leur vie quotidienne. Cette association demeure lorsque l'on tient compte de l'âge, du genre, du lieu de vie et de la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique.

Note : Le retentissement correspond aux conséquences déclarées des difficultés sur la vie quotidienne, notamment le lieu de vie, les relations amicales, les apprentissages scolaires et les loisirs. Les modèles statistiques mettent en évidence une association, mais ne permettent pas d'établir une relation causale.

ANNEXE 2 - LES RÉSULTATS CHIFFRÉS

Note de lecture. Les effectifs de répondants varient d'une question à l'autre en raison des versions du questionnaire, de la non-administration de certains modules et des réponses manquantes. Conformément à la demande, les effectifs (N) ne sont donc pas reproduits dans cette annexe. Pour les questions à réponse unique, les pourcentages décrivent la distribution de l'ensemble des réponses valides à l'item et incluent, lorsqu'elle existe, la modalité « Je ne veux pas ou ne peux pas répondre » ; les modalités présentées totalisent donc approximativement 100 % (à l'arrondi près). Pour les questions à choix multiples, le pourcentage correspond à la proportion de répondants ayant coché chaque modalité parmi ceux auxquels l'item a été administré et les pourcentages ne sont donc pas destinés à totaliser 100 %. Les questions ouvertes de localisation ne sont pas synthétisées en pourcentage.

Ces distributions descriptives peuvent différer de certains indicateurs analytiques du corps du rapport lorsque ceux-ci utilisent un dénominateur ou un regroupement spécifique. En effet, les pourcentages présentés dans la présente annexe correspondent aux distributions descriptives question par question. Ils sont calculés à partir des modalités de réponse telles qu'elles figurent dans le questionnaire et peuvent inclure, lorsque cette modalité existe, les réponses « Je ne veux pas ou ne peux pas répondre ». Dans le corps du rapport, certains résultats ont en revanche été calculés uniquement parmi les réponses valides (hors réponse « Je ne veux pas ou ne peux pas répondre », donc) ou reposent sur des indicateurs agrégés construits à partir de plusieurs questions. Il peut donc exister de légers écarts entre certains pourcentages figurant dans l'annexe et ceux présentés dans le texte.

PARTIE « QUELQUES INFORMATIONS SUR MOI » (6-18 ANS)

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q1 - Âge :	6 ans	3.4 %
	7 ans	4.7 %
	8 ans	8 %
	9 ans	12.6 %
	10 ans	16.4 %
	11 ans	9.2 %
	12 ans	7.1 %
	13 ans	7.9 %
	14 ans	6.1 %
	15 ans	7.2 %
	16 ans	7.6 %
	17 ans	6.7 %
	18 ans	2.9 %
Q2 - Je suis :	Fille	53.9 %
	Garçon	44 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2 %
Q3 - Je suis en situation d'handicap ou j'ai une maladie chronique.	Oui	7.6 %
	Non	92.4 %
Q4 - J'habite :	Dans une maison ou un appartement	95.8 %
	À l'hôtel	0.4 %
	En centre d'hébergement	0.5 %
	En foyer ou en famille d'accueil	0.9 %
	En maison ou village d'enfants	1.3 %
	Dans un établissement de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	0.2 %
	Autre	1 %
Q5 - Ma ville / mon village :	Question ouverte / variable de localisation : non synthétisée en pourcentage.	

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q6 - Mon code postal :	Question ouverte / variable de localisation : non synthétisée en pourcentage.	
Q7 - Mes parents se sont séparés ou ont divorcé.	Oui	30.1 %
	Non	62.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.8 %
Q8 - J'habite avec :	Mes deux parents ensemble	65.7 %
	Mes deux parents en garde alternée	17.7 %
	Un seul de mes parents	14.6 %
	Aucun de mes deux parents	1.9 %
Q9 - Je suis en situation de migration sans mes parents, mineur non accompagné.	Oui	37.9 %
	Non	62.1 %
Q10a - Mes parents / Mes représentants légaux travaillent (parent 1) :	Oui	85.2 %
	Non	7.8 %
	Je ne sais pas	7 %
Q10b - Mes parents / Mes représentants légaux travaillent (parent 2) :	Oui	72.4 %
	Non	14.1 %
	Je ne sais pas	13.5 %
Q11 - J'ai peur ou j'ai eu peur que ma famille manque d'argent.	Oui, souvent	9.9 %
	Oui, parfois	30.9 %
	Non, jamais	59.2 %

PARTIE « DANS MA TÊTE ET DANS MA VIE » (6 – 10 ANS)

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q1 - Je suis toujours en train de courir ou de bouger.	Non, jamais	11.8 %
	Oui, parfois	54.3 %
	Oui, tout le temps	30.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	3.5 %
Q2 - J'ai souvent mal au ventre ou à la tête.	Non, jamais	30.4 %
	Oui, parfois	60.2 %
	Oui, tout le temps	6.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.7 %
Q3 - Je me mets souvent en colère, je me fâche.	Non, jamais	24.1 %
	Oui, parfois	59.1 %
	Oui, tout le temps	11.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.2 %
Q4 - J'écoute et j'obéis à ce que me disent les adultes.	Non, jamais	4.3 %
	Oui, parfois	32.4 %
	Oui, tout le temps	57.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6 %
Q5 - Je me fais beaucoup de soucis.	Non, jamais	47.9 %
	Oui, parfois	37 %
	Oui, tout le temps	9.9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.2 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q6 - J'ai du mal à rester assis tranquillement en classe ou à table.	Non, jamais	52.3 %
	Oui, parfois	30.4 %
	Oui, tout le temps	14.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.7 %
Q7 - Je me bagarre souvent avec d'autres enfants.	Non, jamais	67.3 %
	Oui, parfois	24 %
	Oui, tout le temps	4.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.1 %
Q8 - Je suis souvent triste ou je pleure facilement.	Non, jamais	39.3 %
	Oui, parfois	43.2 %
	Oui, tout le temps	12.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.1 %
Q9 - J'ai du mal à me concentrer sur mes devoirs ou sur les jeux.	Non, jamais	48.7 %
	Oui, parfois	35.9 %
	Oui, tout le temps	11.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4 %
Q10 - J'ai peur des nouvelles situations ou des nouvelles personnes.	Non, jamais	58.8 %
	Oui, parfois	30.1 %
	Oui, tout le temps	6.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5 %
Q11 - Les autres personnes disent que je triche ou que je mens.	Non, jamais	45.3 %
	Oui, parfois	41.2 %
	Oui, tout le temps	9.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.1 %
Q12 - D'autres enfants m'embêtent tout le temps et me font peur.	Non, jamais	66.6 %
	Oui, parfois	23.4 %
	Oui, tout le temps	5.9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.1 %
Q13 - J'ai du mal à attendre mon tour dans un jeu ou une activité.	Non, jamais	54.4 %
	Oui, parfois	32.6 %
	Oui, tout le temps	9.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	3.4 %
Q14 - Je prends des choses qui ne sont pas à moi sans demander.	Non, jamais	72.7 %
	Oui, parfois	20.1 %
	Oui, tout le temps	3.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4 %
Q15 - J'ai peur de beaucoup de choses.	Non, jamais	49.1 %
	Oui, parfois	37.2 %
	Oui, tout le temps	8.9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.9 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q16 - J'ai du mal à finir ce que je commence.	Non, jamais	40.6 %
	Oui, parfois	45.8 %
	Oui, tout le temps	10.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	3.5 %
Q17a - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Mes émotions.	Non	43.2 %
	Oui, un peu	36.3 %
	Oui, beaucoup	13.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.7 %
Q17b - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Ma concentration.	Non	43.3 %
	Oui, un peu	37.3 %
	Oui, beaucoup	14.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.9 %
Q17c - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Mon comportement.	Non	54.1 %
	Oui, un peu	28.3 %
	Oui, beaucoup	9.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	8.2 %
Q17d - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Mes relations avec les autres.	Non	59 %
	Oui, un peu	22.7 %
	Oui, beaucoup	9.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.1 %
Q18 - Ces difficultés sont présentes depuis :	Moins d'un mois	13.1 %
	1-5 mois	13.2 %
	Plus d'un an	35.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	38.7 %
Q19 - Elles me dérangent ou me gênent.	Pas du tout	33.4 %
	Un peu	31.9 %
	Assez	12.1 %
	Beaucoup	9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	13.7 %
Q20a - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : La vie là où je vis.	Pas du tout	58.3 %
	Un peu	19.6 %
	Assez	6.5 %
	Beaucoup	5.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	10.2 %
Q20b - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : Les amitiés.	Pas du tout	48.1 %
	Un peu	25.4 %
	Assez	9.8 %
	Beaucoup	10 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.6 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q20c - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : Les apprentissages à l'école.	Pas du tout	48.3 %
	Un peu	26.2 %
	Assez	10.2 %
	Beaucoup	8.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.9 %
Q20d - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : Les loisirs.	Pas du tout	61.5 %
	Un peu	17.7 %
	Assez	5.9 %
	Beaucoup	5.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.3 %
Q21 - Ces difficultés sont un problème pour ma famille, mes professeurs ou mes amis.	Pas du tout	46.8 %
	Un peu	21.6 %
	Assez	6.3 %
	Beaucoup	4.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	20.5 %

PARTIE « DANS MA TÊTE ET DANS MA VIE » (11 – 18 ANS)

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q1 - Je suis agité, j'ai du mal à me tenir en place.	Non, jamais	36.4 %
	Oui, parfois	50 %
	Oui, tout le temps	11.9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.7 %
Q2 - Je souffre souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées.	Non, jamais	43.2 %
	Oui, parfois	45.7 %
	Oui, tout le temps	9.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.4 %
Q3 - Je m'énerve facilement et me mets souvent en colère.	Non, jamais	32.6 %
	Oui, parfois	49.6 %
	Oui, tout le temps	15.9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.9 %
Q4 - En général, je fais ce qu'on me dit (je suis obéissant).	Non, jamais	5.7 %
	Oui, parfois	43.1 %
	Oui, tout le temps	48.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.6 %
Q5 - Je me fais beaucoup de soucis.	Non, jamais	37.6 %
	Oui, parfois	37.2 %
	Oui, tout le temps	22.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.4 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q6 - Je ne me tiens pas en place ou me tortille constamment.	Non, jamais	50.3 %
	Oui, parfois	33.7 %
	Oui, tout le temps	13.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.2 %
Q7 - Je me bagarre beaucoup. Je peux faire faire aux autres ce que je veux.	Non, jamais	87.9 %
	Oui, parfois	8.2 %
	Oui, tout le temps	1.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.4 %
Q8 - Je suis souvent malheureux, abattu ou je pleure facilement.	Non, jamais	53.6 %
	Oui, parfois	31 %
	Oui, tout le temps	12.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	3.2 %
Q9 - Je suis facilement distrait, j'ai du mal à me concentrer.	Non, jamais	26.4 %
	Oui, parfois	49 %
	Oui, tout le temps	23.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.3 %
Q10 - Les situations nouvelles me rendent anxieux. Je perds facilement confiance en moi.	Non, jamais	41.6 %
	Oui, parfois	36.6 %
	Oui, tout le temps	19.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.5 %
Q11 - On m'accuse souvent de mentir ou de tricher.	Non, jamais	64.6 %
	Oui, parfois	26.5 %
	Oui, tout le temps	7.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.8 %
Q12 - Des jeunes de mon âge s'en prennent à moi ou me tyrannisent.	Non, jamais	84.4 %
	Oui, parfois	11.1 %
	Oui, tout le temps	2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.6 %
Q13 - Je réfléchis avant d'agir.	Non, jamais	10.5 %
	Oui, parfois	47.3 %
	Oui, tout le temps	40.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.5 %
Q14 - Je prends des choses qui ne m'appartiennent pas, là où je vis, à l'école ou ailleurs.	Non, jamais	86 %
	Oui, parfois	10.3 %
	Oui, tout le temps	1.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.1 %
Q15 - J'ai beaucoup de peurs, je suis facilement effrayé.	Non, jamais	57.5 %
	Oui, parfois	30.6 %
	Oui, tout le temps	9.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.1 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q16 - Je finis ce que j'ai commencé. Je me concentre bien.	Non, jamais	13.3 %
	Oui, parfois	52.5 %
	Oui, tout le temps	32.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	1.9 %
Q17a - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Mes émotions.	Non	42.5 %
	Oui, un peu	33.2 %
	Oui, beaucoup	21.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.8 %
Q17b - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Ma concentration.	Non	34.6 %
	Oui, un peu	42 %
	Oui, beaucoup	21.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2 %
Q17c - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Mon comportement.	Non	61.2 %
	Oui, un peu	27 %
	Oui, beaucoup	9.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.7 %
Q17d - J'éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : Mes relations avec les autres.	Non	56.9 %
	Oui, un peu	26.8 %
	Oui, beaucoup	13.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	3.2 %
Q18 - Ces difficultés sont présentes depuis :	Moins d'un mois	6.1 %
	1-5 mois	11.3 %
	Plus d'un an	63.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	19.5 %
Q19 - Elles me dérangent ou me gênent.	Pas du tout	22.9 %
	Un peu	37 %
	Assez	22.9 %
	Beaucoup	12.9 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.3 %
Q20a - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : La vie là où je vis.	Pas du tout	54.1 %
	Un peu	24.2 %
	Assez	11.8 %
	Beaucoup	7.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.6 %
Q20b - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : Les amitiés.	Pas du tout	46.4 %
	Un peu	28.8 %
	Assez	13.6 %
	Beaucoup	9.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.1 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q20c - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : Les apprentissages à l'école.	Pas du tout	30.2 %
	Un peu	33.1 %
	Assez	19.3 %
	Beaucoup	15 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	2.4 %
Q20d - Ces difficultés compliquent ma vie quotidienne dans les domaines suivants : Les loisirs.	Pas du tout	61.7 %
	Un peu	21.3 %
	Assez	8.5 %
	Beaucoup	5.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	3.1 %
Q21 - Ces difficultés sont un problème pour ma famille, mes professeurs ou mes amis.	Pas du tout	42.6 %
	Un peu	32.9 %
	Assez	12.7 %
	Beaucoup	5.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.5 %

PARTIE « CE QUI M'EST ARRIVÉ » (11 – 18 ANS)

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q1 - J'ai déjà été moqué, ou intimidé, ou rabaissé, ou frappé.	Souvent	8.6 %
	Quelques fois	25.4 %
	Une fois	18 %
	Jamais	43.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.3 %
Q2 - J'ai surtout été :	Frappé, y compris à coups de pied, poussé, bousculé ou enfermé dans une pièce	19.7 %
	Moqué en raison de ma couleur de peau ou de mon origine	20.3 %
	Moqué en raison de ma religion	5.8 %
	Moqué avec des paroles ou des gestes sexuels	15.4 %
	Mis à l'écart ou ignoré	39.7 %
	Moqué en raison de mon apparence physique	40.4 %
	Autre	24.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	11.2 %
Q3 - J'ai déjà été moqué, ou intimidé, ou rabaissé en ligne.	Souvent	3.6 %
	Quelques fois	8.6 %
	Une fois	9.9 %
	Jamais	72.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.1 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q4 - Mes parents ou les adultes avec qui je vis comprennent mes problèmes et soucis.	Toujours	37.3 %
	La plupart du temps	19.6 %
	Parfois	12.5 %
	Rarement	11.7 %
	Jamais	10.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	8.7 %
Q5 - Mes parents ou les adultes avec qui je vis savent vraiment ce que je fais pendant mon temps libre.	Toujours	36.9 %
	La plupart du temps	25.4 %
	Parfois	13.4 %
	Rarement	10 %
	Jamais	7.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.5 %
Q6 - Il est déjà arrivé que mes parents ou les adultes avec qui je vis ne m'envoient pas à l'école, alors que je pouvais y aller.	Souvent	2.9 %
	Quelques fois	7.9 %
	Une fois	8 %
	Jamais	75.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.5 %
Q7 - Je vis ou j'ai vécu avec une personne qui souffrait de dépression, ou de maladie mentale, ou qui a tenté de se suicider.	Oui	14.9 %
	Non	75.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.6 %
Q8 - Je vis ou j'ai vécu avec une personne qui avait des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues.	Oui	12.3 %
	Non	80.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.5 %
Q9 - Je vis ou j'ai vécu avec une personne qui est allée en prison.	Oui	7.7 %
	Non	85.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.6 %
Q10 - Il est déjà arrivé que mes parents ou les adultes avec qui je vis ne me donnent pas suffisamment à manger, alors qu'ils pouvaient le faire.	Souvent	2 %
	Quelques fois	3.1 %
	Une fois	2.8 %
	Jamais	87.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.3 %
Q11 - Mes parents ou les adultes avec qui je vis ont déjà été trop ivres ou drogués pour prendre soin de moi.	Souvent	2.6 %
	Quelques fois	3.3 %
	Une fois	3.4 %
	Jamais	85.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.3 %
Q12 - J'ai déjà vu ou entendu un de mes parents ou une des personnes avec qui je vis se faire crier dessus, ou insulter, ou humilier.	Souvent	7.4 %
	Quelques fois	17.5 %
	Une fois	12.9 %
	Jamais	54.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.3 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q13 - J'ai déjà vu ou entendu un de mes parents ou une des personnes avec qui je vis être giflé, ou recevoir un coup de pied ou de poing, ou être battu.	Souvent	2.9 %
	Quelques fois	7.5 %
	Une fois	6.8 %
	Jamais	75.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.6 %
Q14 - Un de mes parents, un tuteur ou une des personnes avec qui je vis m'a déjà crié dessus, ou insulté ou humilié.	Souvent	8.5 %
	Quelques fois	23.2 %
	Une fois	11.4 %
	Jamais	49.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.1 %
Q15 - Un de mes parents, un tuteur, ou une des personnes avec qui je vis m'a déjà abandonné ou chassé du lieu où je vis, ou a menacé de le faire.	Souvent	3 %
	Quelques fois	3.9 %
	Une fois	5.2 %
	Jamais	82.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.8 %
Q16 - Un de mes parents, un tuteur ou une des personnes avec qui je vis m'a déjà donné une fessée, ou un coup de pied ou de poing, ou giflé, ou battu.	Souvent	5.2 %
	Quelques fois	16.4 %
	Une fois	14.2 %
	Jamais	56.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.5 %
Q17 - Quelqu'un m'a déjà touché ou caressé de manière sexuelle alors que je n'étais pas d'accord.	Souvent	1.7 %
	Quelques fois	3.9 %
	Une fois	6 %
	Jamais	82.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.1 %
Q18 - Quelqu'un m'a déjà demandé de toucher son corps de manière sexuelle alors que je n'étais pas d'accord.	Souvent	1.4 %
	Quelques fois	2 %
	Une fois	4.1 %
	Jamais	86.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.8 %
Q19 - Quelqu'un a déjà essayé d'avoir un rapport sexuel avec moi alors que je n'étais pas d'accord.	Souvent	1 %
	Quelques fois	1.3 %
	Une fois	4.9 %
	Jamais	86.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.7 %
Q20 - Quelqu'un m'a déjà forcé à avoir un rapport sexuel alors que je n'étais pas d'accord.	Souvent	1.2 %
	Quelques fois	1.3 %
	Une fois	3.8 %
	Jamais	87.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q21 - J'ai eu des relations sexuelles, y compris occasionnelles, contre une rémunération, de la fourniture (matériel), un avantage, ou la promesse d'en obtenir.	Souvent	0.8 %
	Quelques fois	0.4 %
	Une fois	1.3 %
	Jamais	91.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.2 %

PARTIE « MES SOUTIENS » (6-18 ANS)

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q1 - Si j'ai un problème, je m'adresse le plus souvent à :	Ma mère	74 %
	Mon père	34.1 %
	Un adulte de ma famille autre que mes parents	33.1 %
	Un adulte de l'école	14.4 %
	Le médecin/ l'infirmier de l'école	10.6 %
	Mon médecin généraliste / le médecin que j'ai l'habitude de voir	24.1 %
	Un médecin (mais je ne sais pas lequel)	7.2 %
	Un médecin de santé mentale	12.5 %
	Un assistant social	2.6 %
	Un ou des amis	26.1 %
	Personne	6.3 %
	Autre	5.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.4 %
Q2 - Si j'en ai parlé à quelqu'un, cela m'a aidé à aller mieux.	Oui	71.5 %
	Non	16.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	12 %
Q3 - J'ai un adulte de confiance sur qui je peux compter quand j'ai besoin d'aide ou si je ne me sens pas bien psychologiquement.	Oui	75.3 %
	Non	14.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.9 %
Q4 - Je peux parler de mes problèmes avec mes amis.	Oui	71.1 %
	Non	19.8 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.1 %
Q5 - Je me sens soutenu par mes amis quand j'ai un problème.	Oui	75.3 %
	Non	14.5 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	10.2 %
Q6 - Je peux parler de mes problèmes à mes parents ou responsables légaux ou aux adultes de ma famille ou aux adultes du lieu où je vis.	Oui	78.4 %
	Non	11.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	10 %
Q7 - Je me sens soutenu par les adultes de ma famille quand j'ai un problème.	Oui	79.2 %
	Non	11.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.7 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q8 - Si je rencontre des difficultés avec mes émotions ou ma concentration ou mon comportement ou mes relations avec les autres, je pense qu'une consultation avec un professionnel de santé mentale serait nécessaire.	Oui	33.3 %
	Non	46.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	20.2 %
Q9 - Si un jour j'avais de telles difficultés, je déciderais de consulter un professionnel de santé mentale.	Oui	45 %
	Non	37.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	17.9 %
Q10 - Si j'ai répondu « non » à la question 9. Pourquoi ?	C'est trop loin	43 %
	C'est trop cher	30.8 %
	Le temps d'attente pour un rendez-vous est trop long	14.7 %
	Je pense que ça ne servira à rien	35.2 %
	J'ai peur que les autres le sachent et se moquent de moi	3.4 %
	Mes parents ne sont pas d'accord pour que j'y aille	2.8 %
	Autre	8.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.1 %

PARTIE « MES DROITS » (6–18 ANS)

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q1 - Je me sens en sécurité :	Chez moi	89.1 %
	Dans mon quartier, ma ville, mon village	42.6 %
	Dans mon école	52.6 %
	Dans aucun de ces endroits	5.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.3 %
Q2 - J'ai des difficultés de sommeil qui perturbent mon fonctionnement quotidien.	Oui	37.2 %
	Non	55.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	7.2 %
Q3 - Je mange :	Trois fois par jour	73.5 %
	Des fruits et des légumes frais chaque jour	50.4 %
	Au moins une fois par jour de la viande, du poisson ou des protéines végétales	56.3 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	10.5 %
Q4 - Je pratique une activité sportive chaque semaine en dehors de l'école.	Oui	69.8 %
	Non	26.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.1 %
Q5 - Je pratique une activité culturelle et/ou artistique chaque semaine en dehors de l'école.	Oui	33 %
	Non	61 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	6.1 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q6 - Autour de chez moi, j'ai facilement accès à des espaces verts ou de la nature pour jouer ou pratiquer du sport ou passer du temps avec mes amis.	Oui	83.2 %
	Non	11.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	5.7 %
Q7 - Je me suis déjà senti rejeté en raison de	Ma couleur de peau	6.2 %
	Mon handicap	2.9 %
	Ma religion	5.6 %
	Mon aspect physique	17 %
	Mon genre	7.8 %
	Pour une autre raison	25.5 %
	Je ne me suis jamais senti rejeté	45.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	13.3 %
Q8 - Je me sens agité quand je n'ai pas accès à mon portable.	Toujours	8.3 %
	Souvent	9.7 %
	Parfois	24.4 %
	Jamais	43.1 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	14.5 %
Q9 - Je suis préoccupé par l'actualité.	Pas du tout préoccupé	35.1 %
	Quelque peu préoccupé	36.3 %
	Très préoccupé	12.6 %
	Extrêmement préoccupé	6.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.6 %
Q10 - J'ai déjà entendu parler des droits de l'enfant.	Oui	77.2 %
	Non	18.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	4.7 %
Q11 - Je peux citer au moins deux droits de l'enfant.	Oui	58.6 %
	Non	32.2 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	9.1 %
Q12 - Je trouve que mes droits sont respectés.	Chez moi	75.5 %
	Dans ma ville/mon village	45.7 %
	À l'école	54.6 %
	Nulle part	6.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	13.8 %
Q13 - Je trouve que les droits de tous les enfants sont appliqués, quelles que soient leurs différences, partout en France.	Oui	37.6 %
	Non	44.4 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	18 %
Q14 - Je me sens à l'aise pour exprimer mon avis et mes idées :	Aux adultes de ma famille	74.2 %
	Aux adultes de l'école	39.7 %
	Aux adultes de ma ville/mon village	18 %
	Aux décideurs politiques	9.2 %
	Aucune de ces réponses	12.7 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	10.8 %

Questions	Réponses	Résultats (%)
Q15 - Je trouve que mon avis est pris en compte par :	Les adultes de ma famille	69.9 %
	Les adultes de l'école	35 %
	Les adultes de ma ville/mon village	13.3 %
	Les décideurs politiques	4.8 %
	Aucune de ces réponses	14.6 %
	Je ne veux pas ou ne peux pas répondre	13.2 %

Source : 7e Consultation nationale de l'UNICEF France, questionnaires papier et web harmonisés. Calculs descriptifs réalisés à partir des fichiers de données transmis.

ANNEXE 3 - LE GUIDE D'ÉCHANGE UTILISÉ POUR LES GROUPES DE DISCUSSION

Un temps de présentation de la démarche, des modalités d'échanges, de recueil et d'exploitation des données a systématiquement précédé les temps d'échange.

REPRÉSENTATIONS DU BIEN-ÊTRE

1/ Selon vous, qu'est-ce que ça veut dire « aller bien » quand on est jeune aujourd'hui ?

- Est-ce que vous avez tous la même vision ou pas ?
- Qu'est-ce qui aide vraiment à se sentir bien dans sa vie ?
- Est-ce que certaines choses sont plus importantes que d'autres ?

REPRÉSENTATIONS DU MAL-ÊTRE

2/ Selon vous, qu'est-ce qui fait qu'un jeune peut aller mal aujourd'hui ?

- Quelles sont les situations les plus difficiles pour les jeunes ?
- Est-ce que vous avez l'impression que certains problèmes sont plus fréquents que d'autres ?
- Est-ce que certains jeunes sont plus exposés que d'autres ? Pourquoi ?

EXPÉRIENCES ET RÉACTIONS FACE AU MAL-ÊTRE

3/ Quand un jeune ne va pas bien, qu'est-ce qu'il fait généralement ?

- Est-ce qu'il en parle ? À qui ?
- Est-ce qu'il garde ça pour lui ? Pourquoi ?
- Est-ce que ça dépend des situations ou des personnes ?

RESSOURCES ET STRATÉGIES POUR ALLER MIEUX

4/ Qu'est-ce qui aide vraiment un jeune à aller mieux ?

- Des choses qu'il peut faire seul ?
- Des choses avec d'autres (amis, famille, activités…) ?
- Est-ce que certaines aides fonctionnent mieux que d'autres ?

RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE

5/ Selon vous, dans quelles situations un jeune pourrait aller voir un professionnel (psychologue, psychiatre, infirmier…) ?

- Qu'est-ce qui fait qu'on décide d'y aller ?
- Est-ce que c'est facile ou difficile de prendre cette décision ?
- Est-ce que vous pensez que les jeunes savent vers qui se tourner ?

FREINS AU RECOURS AUX PROFESSIONNELS

6/ Qu'est-ce qui peut empêcher un jeune d'aller voir un professionnel ?

- Peur du regard des autres ?
- Manque de confiance ?
- Difficulté à parler ?
- Problèmes d'accès (coût, délai, information…) ?
- Est-ce que certains freins sont plus importants que d'autres ?
- Est-ce que ces freins sont différents selon les jeunes (âge, genre, situation…) ?

RÔLE DE L'ENTOURAGE

7/ Quel rôle peuvent jouer les amis, la famille ou les adultes ?

- Est-ce qu'ils aident ou parfois compliquent les choses ?
- Qu'est-ce qui peut encourager un jeune à demander de l'aide ?
- Et au contraire, qu'est-ce qui peut le freiner ?

AMÉLIORATIONS POSSIBLES

8/ Si vous pouviez changer quelque chose pour améliorer la santé mentale des jeunes, qu'est-ce que vous proposeriez ?

- Au niveau de l'école ?
- Des services de santé ?
- De la société en général ?

CLÔTURE

9/ Est-ce qu'il y a quelque chose d'important qu'on n'a pas abordé ? Est-ce que quelqu'un souhaite ajouter quelque chose ?

ANNEXE 4 - QUESTIONS POSÉES AUX ENFANTS DE MATERNELLE LORS DES GROUPES DE DISCUSSION

QUESTIONS PORTANT SUR LES ÉMOTIONS ET LEUR RÉGULATION À LA MAISON

Quand est-ce que vous vous sentez bien, que vous êtes bien « dans votre tête » et « dans votre cœur » quand vous êtes à la maison ? Quand est-ce que vous ne vous sentez pas bien, que vous n'êtes pas bien « dans votre tête » et « dans votre cœur » quand vous êtes à la maison ?

Utilisation du support de la peluche pour aller plus loin : monstre des couleurs jaune pour la joie, rouge pour la colère, bleu pour la tristesse, noir pour la peur.

- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous êtes joyeux quand vous êtes à la maison ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?
- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous êtes triste quand vous êtes à la maison ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?
- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous avez peur quand vous êtes à la maison ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?
- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous êtes en colère quand vous êtes à la maison ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?

QUESTIONS PORTANT SUR LES ÉMOTIONS ET LEUR RÉGULATION À L'ÉCOLE

Quand est-ce que vous vous sentez bien, que vous êtes bien « dans votre tête » et « dans votre cœur » quand vous êtes à l'école ? Quand est-ce que vous ne vous sentez pas bien, que vous n'êtes pas bien « dans votre tête » et « dans votre cœur » quand vous êtes à l'école ?

Utilisation du support de la peluche pour aller plus loin : monstre des couleurs jaune pour la joie, rouge pour la colère, bleu pour la tristesse, noir pour la peur.

- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous êtes joyeux quand vous êtes à l'école ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?
- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous êtes triste quand vous êtes à l'école ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?
- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous avez peur quand vous êtes à l'école ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?
- Est-ce que vous pouvez nous donner un exemple de quand vous êtes en colère quand vous êtes à l'école ? Qu'est-ce que vous faites dans ces moments-là ? Est-ce que vous en parlez à quelqu'un ? Si oui, qui ?

ANNEXE 5 - QUESTIONS POSÉES AUX ENFANTS DE MATERNELLE LORS DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

PRÉSENTATION À L'ENFANT :

Bonjour ! Je suis Fabien/Charlotte, tu te souviens de moi ? On se voit tous les 2 aujourd'hui pour faire un jeu. C'est un peu comme la dernière fois quand on a discuté avec les autres enfants. On veut savoir quand les enfants vont bien ou pas bien, ce qu'ils font et à qui ils vont en parler dans ces moments-là. On va d'abord parler de ce qui se passe à la maison puis à l'école. C'est d'accord ?

À LA MAISON :

« Quand il t'arrive quelque chose de triste et que tu es à la maison, qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu vas en parler à quelqu'un ? À qui est-ce que tu vas en parler ? *(L'enfant identifie les personnes et le chercheur note de qui il s'agit sur une feuille blanche.)*

Regarde le rond. Toi, tu es au milieu. Maintenant, tu vas placer les personnes que tu as dites.

Quand il t'arrive quelque chose de triste à la maison, il y a des personnes à qui tu as envie d'en parler pour te sentir mieux. Tu vas les mettre tout près de toi. Puis, tu mets les autres un peu plus loin, celles que tu irais voir après. *(Prise de photo pour calculer les distances.)*

Quand quelque chose te met en colère à la maison, qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu vas en parler à quelqu'un ? À qui est-ce que tu vas en parler ? *(L'enfant identifie les personnes et le chercheur note de qui il s'agit sur une feuille blanche.)*

Regarde le rond. Toi, tu es au milieu. Maintenant, tu vas placer les personnes que tu as dites.

Quand quelque chose te met en colère et que tu es à la maison, il y a des personnes à qui tu as envie d'en parler pour te sentir mieux. Tu vas les mettre tout près de toi. Puis, tu mets les autres un peu plus loin, celles que tu irais voir après. *(Prise de photo pour calculer les distances.)*

Quand quelque chose te fait peur et que tu es à la maison, qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu vas en parler à quelqu'un ? À qui est-ce que tu vas en parler ? *(L'enfant identifie les personnes et le chercheur note de qui il s'agit sur une feuille blanche.)*

Regarde le rond. Toi, tu es au milieu. Maintenant, tu vas placer les personnes que tu as dites.

Quand quelque chose te fait peur et que tu es à la maison, il y a des personnes à qui tu as envie d'en parler pour te sentir mieux. Tu vas les mettre tout près de toi. Puis, tu mets les autres un peu plus loin, celles que tu irais voir après. » *(Prise de photo pour calculer les distances.)*

À L'ÉCOLE :

« Quand il t'arrive quelque chose de triste et que tu es à l'école, qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu vas en parler à quelqu'un ? À qui est-ce que tu vas en parler ? *(L'enfant identifie les personnes et le chercheur note de qui il s'agit sur une feuille blanche.)*

Regarde le rond. Toi, tu es au milieu. Maintenant, tu vas placer les personnes que tu as dites.

Quand il t'arrive quelque chose de triste à l'école, il y a des personnes à qui tu as envie d'en parler pour te sentir mieux. Tu vas les mettre tout près de toi. Puis, tu mets les autres un peu plus loin, celles que tu irais voir après. *(Prise de photo pour calculer les distances.)*

Quand quelque chose te met en colère à l'école, qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu vas en parler à quelqu'un ? À qui est-ce que tu vas en parler ? *(L'enfant identifie les personnes et le chercheur note de qui il s'agit sur une feuille blanche.)*

Regarde le rond. Toi, tu es au milieu. Maintenant, tu vas placer les personnes que tu as dites.

Quand quelque chose te met en colère et que tu es à l'école, il y a des personnes à qui tu as envie d'en parler pour te sentir mieux. Tu vas les mettre tout près de toi. Puis, tu mets les autres un peu plus loin, celles que tu irais voir après. *(Prise de photo pour calculer les distances.)*

Quand quelque chose te fait peur et que tu es à l'école, qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu vas en parler à quelqu'un ? À qui est-ce que tu vas en parler ? *(L'enfant identifie les personnes et le chercheur note de qui il s'agit sur une feuille blanche.)*

Regarde le rond. Toi, tu es au milieu. Maintenant, tu vas placer les personnes que tu as dites.

Quand quelque chose te fait peur et que tu es à l'école, il y a des personnes à qui tu as envie d'en parler pour te sentir mieux. Tu vas les mettre tout près de toi. Puis, tu mets les autres un peu plus loin, celles que tu irais voir après. » *(Prise de photo pour calculer les distances.)*

ANNEXE 6 - QUESTIONNAIRE À DESTINATION DES ENSEIGNANTS SUR LES PRATIQUES PÉDAGOGIQUES AUTOUR DES ÉMOTIONS EN MATERNELLE

Dans le cadre de la Consultation nationale de l'UNICEF France menée auprès des enfants de 3 à 5 ans, ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre les pratiques pédagogiques mises en place en maternelle autour des émotions. Nous vous remercions de prendre quelques instants pour compléter ce questionnaire. L'ensemble des réponses sera traité de manière strictement anonyme et utilisé exclusivement à des fins de recherche scientifique.

1. ABORDEZ-VOUS LE THÈME DES ÉMOTIONS AVEC VOS ÉLÈVES ?

☐ Oui

☐ Non

2. SI OUI, À QUELLE FRÉQUENCE ?

☐ Quotidiennement

☐ Chaque semaine

☐ Occasionnellement

3. QUELLES SONT LES PRINCIPALES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS TRAVAILLEZ AUTOUR DES ÉMOTIONS AVEC VOS ÉLÈVES (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES) ?

☐ Aider les élèves à mieux se connaître

☐ Améliorer le climat de classe

☐ Gérer les conflits entre élèves

☐ Développer les compétences psychosociales des élèves

☐ Autre (précisez) : .....

4. QUELS SUPPORTS OU QUELS OUTILS UTILISEZ-VOUS POUR ABORDER LES ÉMOTIONS AVEC VOS ÉLÈVES (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES) ?

☐ Albums jeunesse

☐ Jeux

☐ Affichages / météo des émotions

☐ Discussions collectives

☐ Jeux de rôle

☐ Autre (précisez) : .....

5. CONNAISSEZ-VOUS L'ALBUM *LA COULEUR DES ÉMOTIONS* D'ANNA LLENAS ?

☐ Oui

☐ Non

6. SI OUI, L'UTILISEZ-VOUS AVEC VOS ÉLÈVES ?

☐ Oui

☐ Non

ANNEXE 7 - QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE À DESTINATION DES PARENTS

Dans le cadre de la Consultation nationale de l'UNICEF France menée auprès des enfants de 3 à 5 ans, nous recueillons quelques informations générales concernant le contexte familial des enfants participant à ce projet. Nous vous remercions de prendre quelques instants pour compléter ce questionnaire avec attention. L'ensemble des réponses sera traité de manière strictement anonyme et utilisé exclusivement à des fins de recherche scientifique.

1. QUEL EST VOTRE STATUT PAR RAPPORT À L'ENFANT (MÈRE, PÈRE...) : .....

2. DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT : .....

3. SEXE DE L'ENFANT :

☐ Fille ☐ Garçon ☐ Autre / préfère ne pas préciser

4. NOMBRE DE FRÈRES ET SŒURS VIVANT AU DOMICILE : .....

5. NIVEAU DE CLASSE DE VOTRE ENFANT :

☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section

6. SITUATION FAMILIALE ACTUELLE DE L'ENFANT :

☐ Parents vivant ensemble ☐ Parents séparés ou divorcés, si oui : ☐ Parent seul ☐ Famille recomposée

☐ Autre (précisez) : .....

7. NIVEAU D'ÉTUDES DU PARENT RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE :

☐ Aucun diplôme ☐ CAP / BEP ☐ Baccalauréat ☐ Bac +2 ☐ Bac +3 ☐ Bac +5
☐ Supérieur à Bac +5 ☐ Préfère ne pas répondre

8. PROFESSION DU PARENT RÉPONDANT : .....

9. STATUT DE L'EMPLOI

☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) ☐ Au chômage ☐ En congé parental

☐ Autre (précisez) : .....

10. NIVEAU D'ÉTUDES DE L'AUTRE PARENT :

☐ Aucun diplôme ☐ CAP / BEP ☐ Baccalauréat ☐ Bac +2 ☐ Bac +3 ☐ Bac +5
☐ Supérieur à Bac +5 ☐ Ne veux / ne peux pas répondre

11. PROFESSION DE L'AUTRE PARENT (SI APPLICABLE) : .....

12. STATUT DE L'EMPLOI :

☐ Salarié(e) ☐ Indépendant(e) ☐ Au chômage ☐ En congé parental

☐ Autre (précisez) : .....

13. LANGUES PARLÉES À LA MAISON (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)

☐ Français ☐ Autre(s) (précisez) : .....

14. CONNAISSEZ-VOUS L'ALBUM *LA COULEUR DES ÉMOTIONS* D'ANNA LLENAS ?

☐ Oui ☐ Non

15. SI OUI, L'AVEZ-VOUS DÉJÀ LU À VOTRE ENFANT ?

☐ Oui ☐ Non

unicef
pour chaque enfant

Depuis 2013, plus de 140 000 enfants et adolescents ont déjà donné leur avis sur l'exercice de leurs droits en France !

Retrouvez l'intégralité du rapport
de la 7e édition de la Consultation nationale dès novembre 2026
et les résultats des éditions précédentes sur unicef.fr

UNICEF France - Comité français pour l'UNICEF - Association loi 1901 reconnue d'utilité publique - Novembre 2026 - Conception graphique : David Iglesias - Illustration : Clémence Delorme

UNICEF.France
unicef_france
unicef.fr
UNICEF France

Découvrez plus d'informations en ligne