

« L'enfant est le père de l'homme » : santé mentale des enfants et des adolescents

Maria Melchior

IPLESPI, INSERM/Sorbonne Université

CHAIRE ANNUELLE SANTÉ PUBLIQUE

En partenariat avec l'agence nationale Santé publique France

Plan de la présentation

- **Evaluer** la santé mentale des enfants et des adolescents
- Les grandes phases du **développement** de l'enfant
- **Trajectoires** et évolutions
- Epidémiologie des troubles psychiques des enfants et des adolescents
- Prévention



Evaluer

Maxime, 9 ans



Mesurer la santé mentale des enfants et des adolescents

Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra)

Pa⁴⁻¹⁶

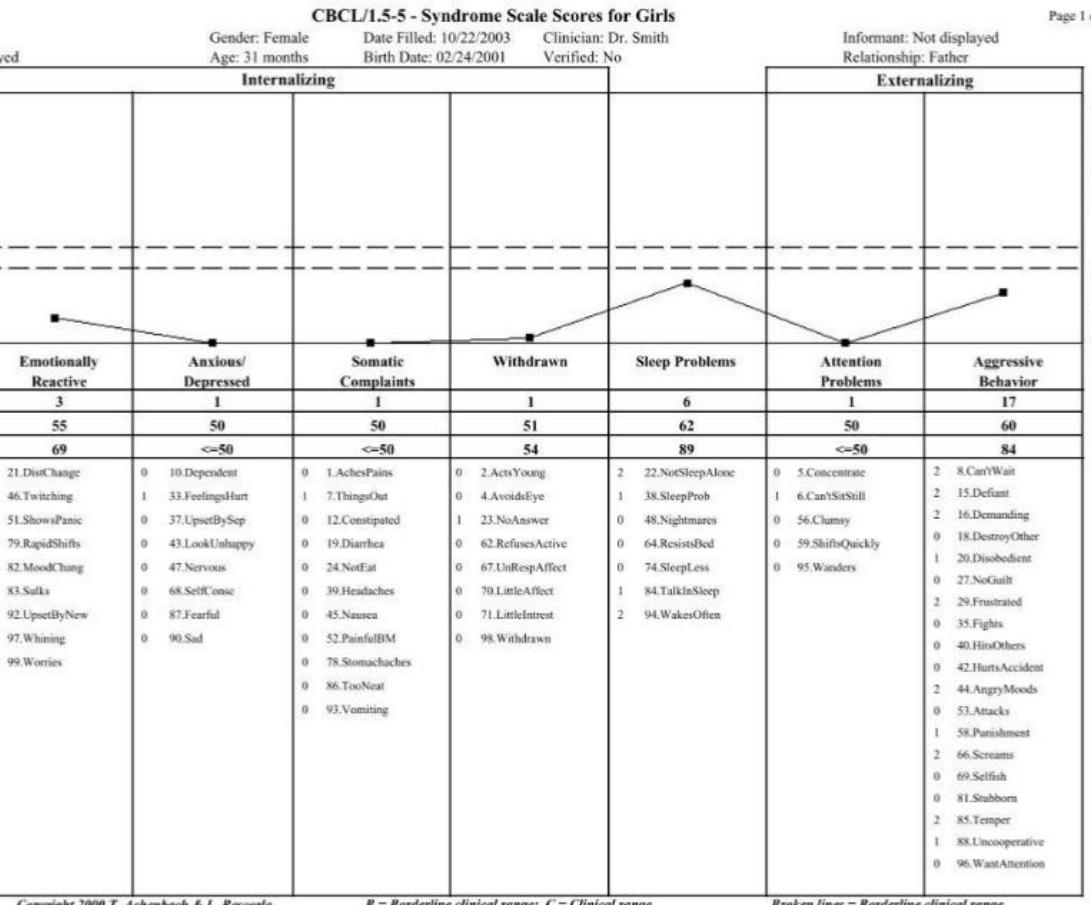
Cochez pour chaque énoncé la case "Pas vrai", "Un peu vrai" ou "Très vrai". Cela nous aiderait si vous répondiez, pour chaque énoncé, du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûr ou si l'énoncé vous paraît inadéquat ! Répondez, s'il vous plaît, en vous basant sur le comportement de l'enfant au cours des six derniers mois.

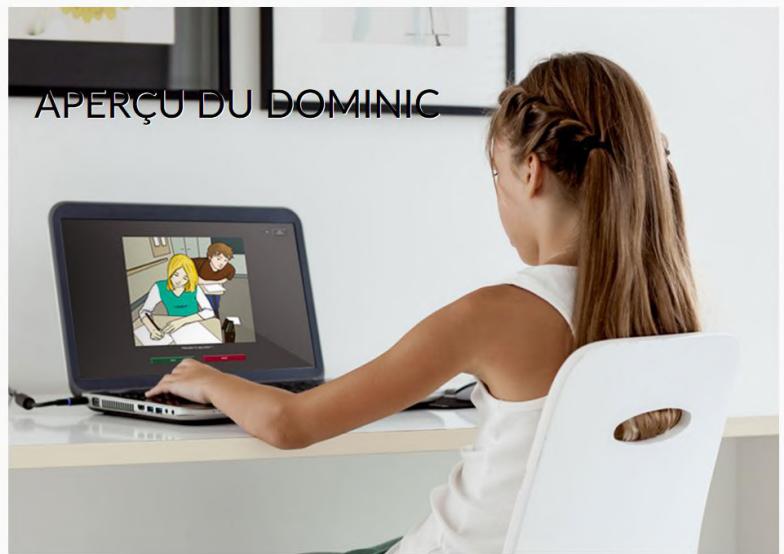
Nom de votre enfant Garçon/Fille

Date de naissance Pas vrai Un peu vrai Très vrai

Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèle(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchit avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres préoccupations ou remarques à faire?





Date du test : 2021-07-09
Age : 8
Genre : Fille

Résultats / 111123

Il est probable que Il n'y a pas de problème Il y a peut-être un problème Il y a un problème

Attention: Ceci n'est pas une évaluation clinique; un avis professionnel est requis.

Tendances aux phobies spécifiques	2 / 9	<input type="radio"/>
Tendances à l'anxiété généralisée	7 / 15	<input type="radio"/>
Tendances à l'opposition	5 / 9	<input checked="" type="radio"/>
Tendances à l'inattention / Hyperactivité / Impulsivité	9 / 19	<input type="radio"/>
Tendances à l'anxiété de séparation	6 / 8	<input checked="" type="radio"/>
Tendances à la dépression	13 / 20	<input checked="" type="radio"/>
Tendances aux problèmes de conduite	12 / 14	<input checked="" type="radio"/>
Forces et Compétences	4 / 10	<input checked="" type="radio"/>

Pour en savoir plus, cliquez la tendance ci-haut

Tendances à l'intériorisation 28 / 52

Tendances à l'extériorisation 26 / 42

Grand Total : 54 / 94

Trois catégories

La plupart des enfants réagissent normalement. Quelques-uns réagissent beaucoup (réactions excessives ou inappropriées). Certains sont entre les deux. C'est pourquoi Dominic définit trois catégories basées sur des considérations scientifiques et cliniques :

- Il n'y a probablement pas de problème
- Il y a peut-être un problème
- Il y a probablement un problème

Le seuil inférieur () identifie environ 20 % des enfants.

Le seuil supérieur () identifie 5 % à 10 % des enfants.



Entre le 2 mai et le 31 juillet 2022, plus de 15 000 enfants et 15 000 enseignants ont été interrogés dans près de 400 écoles, ainsi que 10 000 parents.

NIVEAU	PARTICI-PANT	QUESTIONNAIRE	DURÉE
Mater-nelle	Enfants	Aucun	
	Parents	En ligne ou téléphone	Environ 30 min
	Enseignants	En ligne	Environ 3 min / enfant
Elémen-taire	Enfants	En classe, sous forme de jeux interactif sur tablette	Environ 30 min au cours d'une session qui durera 1h30
	Parents	En ligne ou téléphone	Environ 30 min
	Enseignants	En ligne pendant la session en classe ou à un autre moment	Environ 3 min / enfant

Le développement des enfants

Multiples dimensions se développent en parallèle

- Organes, sens, corps, cognition, langage, émotions, relations..

- Ex. stades du développement psychosocial Erikson
- Conflits/difficultés

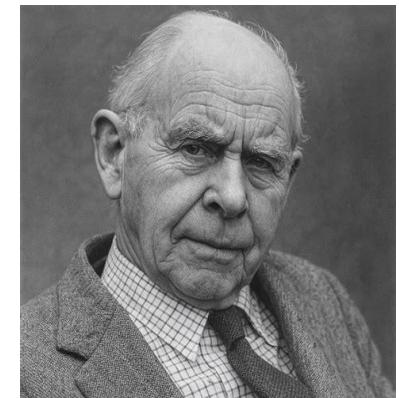


Théorie de l'attachement

- Attachement – besoin primordial de l'humain
- Recherche de proximité avec un adulte via des ‘comportements d’attachement’
- Figure d’attachement/base de sécurité
- Réassurance pour retrouver la sécurité interne en cas de danger/ changement de situation
- Styles d’attachement: sûre, insûre/évitant, ambivalente/résistant + désorganisé



Mary Ainsworth
(1913-1999)



John Bowlby
(1907-1990)

Epidémiologie des troubles psychiatrique des enfants et adolescents

Psychological Medicine, 1976, 6, 313–332



RESEARCH REPORT

Isle of Wight Studies, 1964–1974¹

The Isle of Wight Studies began in 1964–65 with a series of epidemiological studies of educational, psychiatric and physical disorders in 9- to 11-year-old children. These early studies were financed by the Department of Education and Science and the Foundation for Child Development (then the Association for the Aid of Crippled Children). The findings were fully reported in two books (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970; Rutter, Graham & Yule, 1970) and only brief details are included here.

The later series of studies, supported by grants from the Nuffield Foundation, Social Science Research Council and the Foundation for Child

taken during and after the First World War (Burt, 1925, 1937) there had been no comparable enquiries prior to the Isle of Wight studies. The 1964–5 surveys were carried out in part to determine how far the prevalence and pattern of handicaps had altered during the last half century in parallel with the marked changes in social and material conditions in this country. Three related surveys were carried out: in 1964 on intellectual and educational retardation in 9- to 11-year-old children, and in 1965 on psychiatric disorder and on physical handicap in 10- to 12-year-old children (i.e. the same age cohort). In each survey mass screening methods

Michael Rutter
(1933-2021)

« Comment on devient ce qu'on est » (+ l'environnement)

Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study

Edmund J S Sonuga-Barke, Mark Kennedy, Robert Kumsta, Nicky Knights, Dennis Gollm, Michael Rutter, Barbara Maughan, Wolff Schlotz, Jana Kreppner

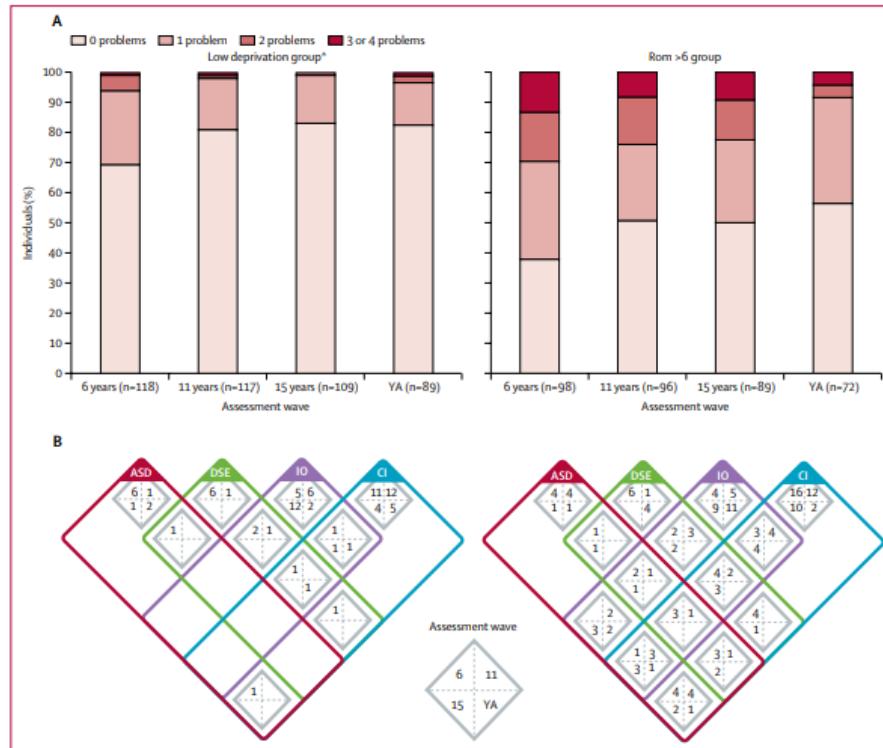
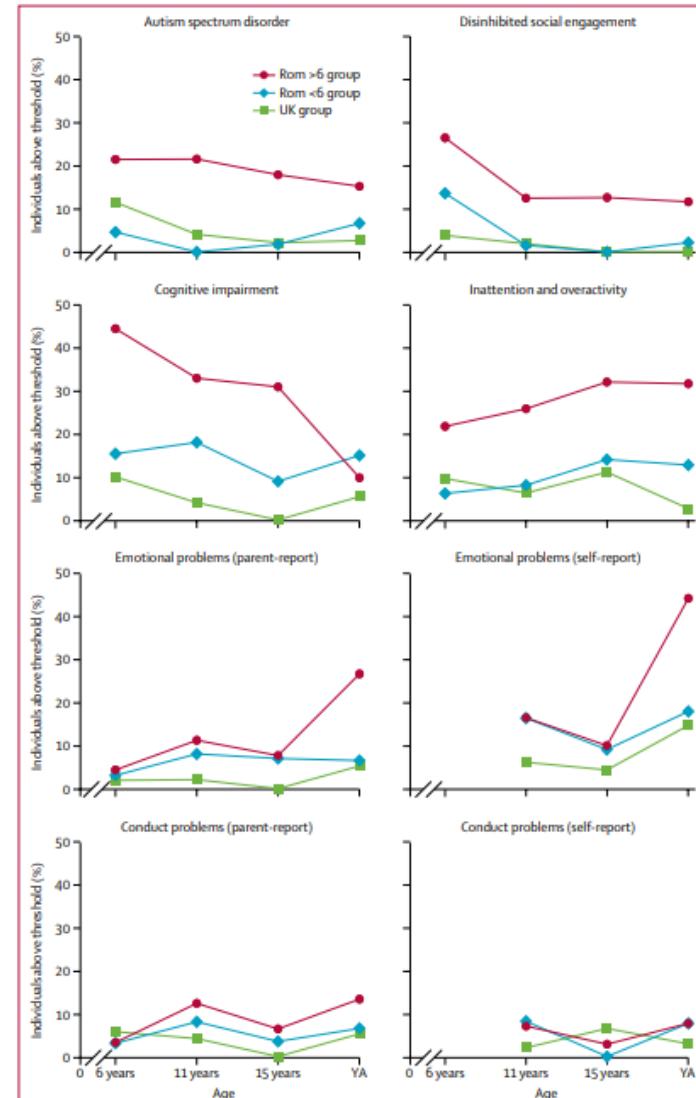


Figure 2: Proportion of individuals with more than one outcome (A) and number with outcomes that overlapped (B) throughout development
Assessment waves were at 6 years of age, 11 years of age, 15 years of age, and YA (22–25 years of age). YA=young adult. ASD=autism spectrum disorder symptoms.
DSE=dishinhibited social engagement symptoms. IO=inattention and overactivity symptoms. CI=cognitive impairment. *Combines Romanian adoptees with less than 6 months deprivation and non-deprived UK adoptees.



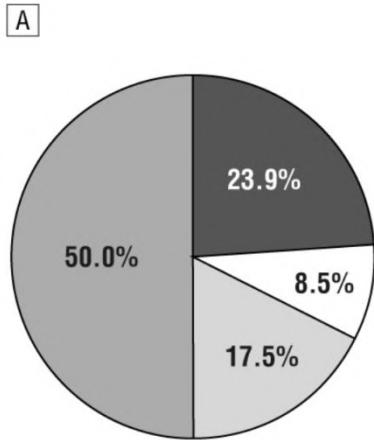
Continuités et
changement
Résilience
Contingence

Sonunga-Barke et al, Lancet, 2017

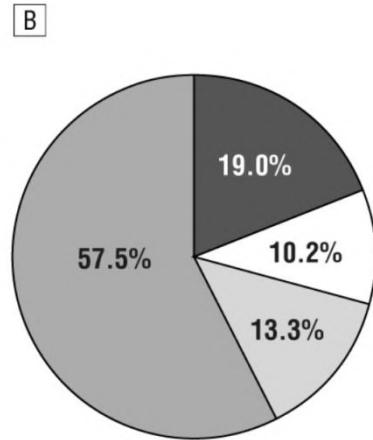
Trajectoires et évolutions

Santé mentale de l'enfance à l'âge adulte

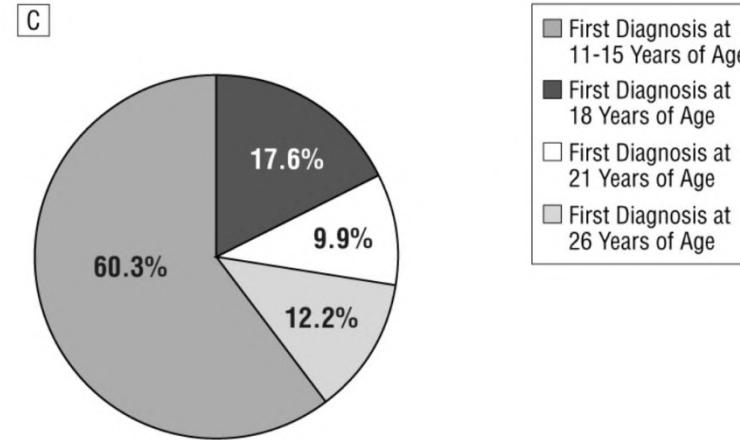
Dans **50%** des cas de troubles psychiatriques chez des adultes, des symptômes étaient observables avant l'âge de **14 ans**, dans **75%** avant l'âge de **25 ans**



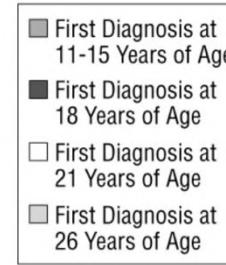
Troubles psychiatriques diagnostiqués à l'âge adulte (N=470)



Troubles psychiatriques adultes avec traitement médicamenteux (N=226)



Troubles psychiatriques avec traitement intensif (N=131)



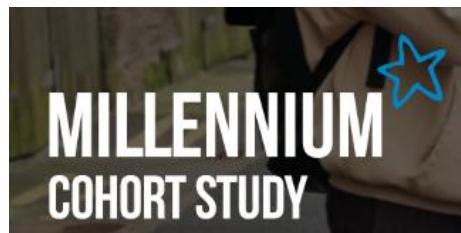
Les cohortes épidémiologiques pour mieux comprendre la santé mentale

Published by Oxford University Press on behalf of the International Epidemiological Association
© The Author 2005; all rights reserved. Advance Access publication 4 October 2005

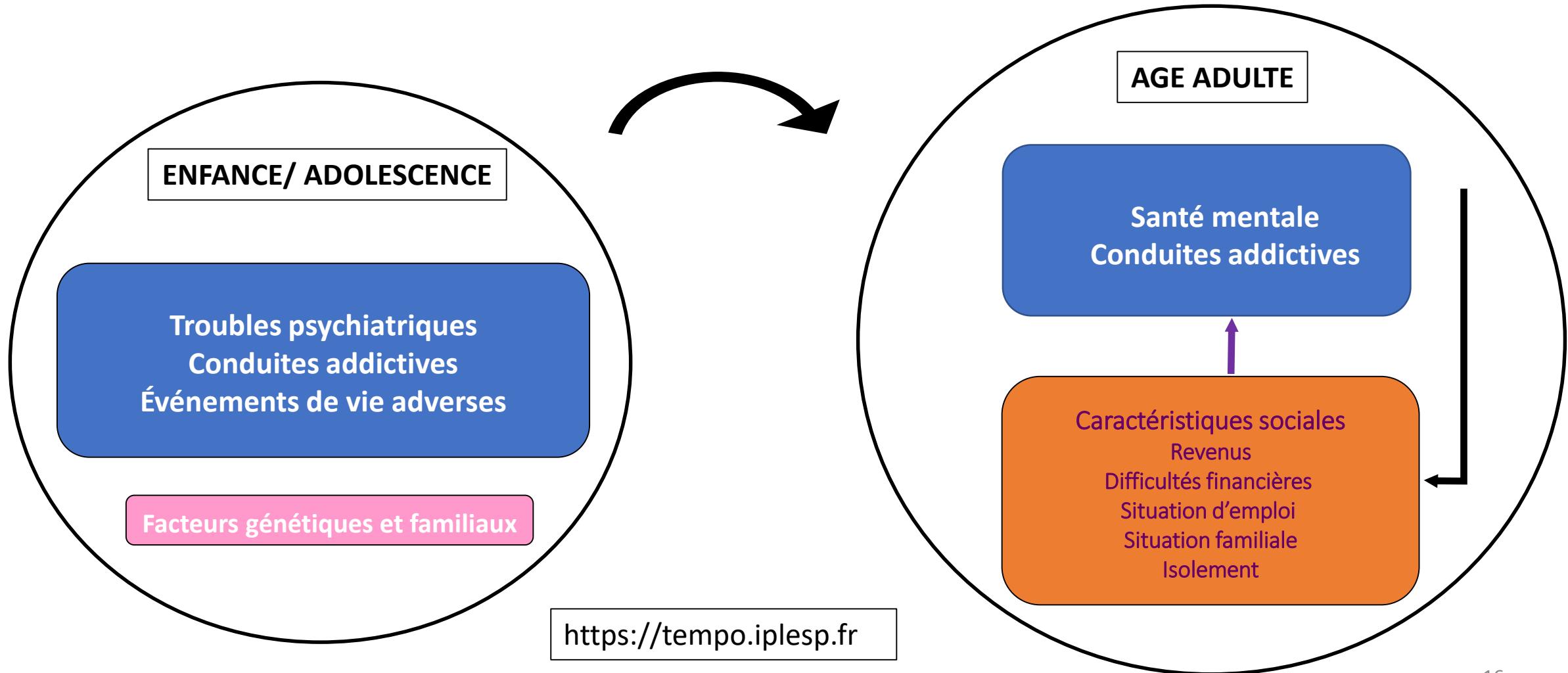
International Journal of Epidemiology 2006; **35**:49–54
doi:10.1093/ije/dyi201

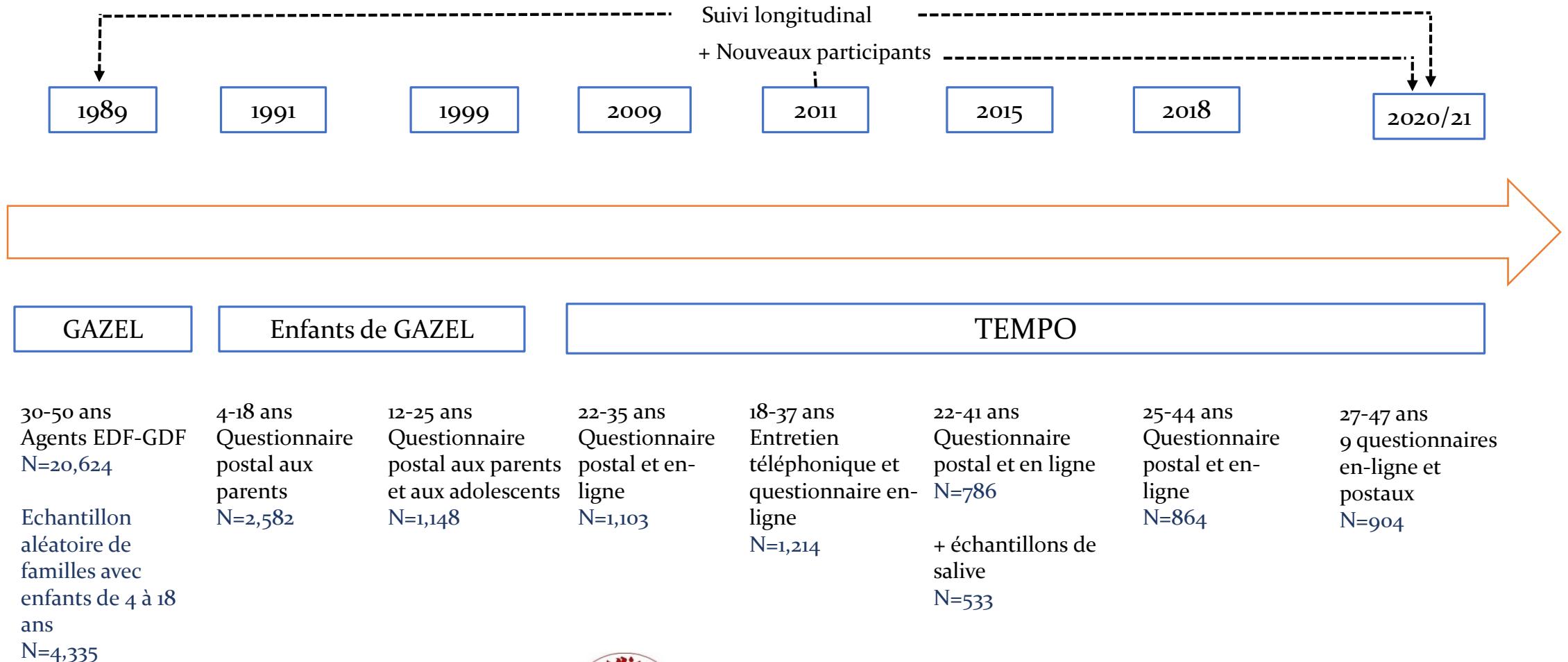
Cohort Profile: The 1946 National Birth Cohort (MRC National Survey of Health and Development)

Michael Wadsworth*, Diana Kuh, Marcus Richards and Rebecca Hardy



La cohorte TEMPO





Santé mentale des « enfants de GAZEL » en 1991

• Masson. Paris. 1997.

Rev. Epidém. et Santé Publ., 1997, 45, 29-40

Les enfants de la Cohorte GAZEL : I - Prévalence des contacts avec le système médico-éducatif pour des motifs psychologiques, et facteurs associés

Children from the GAZEL cohort : I - Prevalence and patterns of service utilization for emotional and behavioural symptoms

E. FOMBONNE⁽¹⁾, S. VERMEERSCH⁽²⁾

(1) Institute of Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, De Crespigny Park, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK (Tirés à part : E. Fombonne).

(2) Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier de Douai, France.

An epidemiological survey of French children aged 4 to 16 was conducted in order to estimate the 12-months rates of service utilization for psychological reasons and to assess the factors associated with service use in this community sample. A large sample of 2582 children and adolescents was recruited from the families whose one parent was employed by the national electricity and gas company (EDF-GDF). Of these employees, 20,000 have volunteered for a long-term prospective cohort study of their health and, since 1989, they have participated to annual surveys and additional ad hoc research programmes. Families with a child aged 4 to 16 in 1991 were selected. Only one child was selected in each family, and the sample was stratified by socio-economic status and family size according to census data. A survey questionnaire comprising a valid measure of child psychopathology (Child Behavior Checklist: CBCL) and an additional questionnaire including questions related to service use was used as a means of data collection. The response rate was 62.2% and factors associated with participation in the survey were analysed. The 12-months prevalence rate of contact for psychological motives were: 42.3 % for general practitioners and family doctors, 7.8% for speech and language therapists, 9.5 % for educational specialists, and 6.0% for mental health professionals. With the exception of general practitioners, rates of service contact were significantly higher for boys. Logistic regression analysis was used to identify separately factors associated with recent contact for each category of professionals. Results showed that, for all professionals, high scores on the CBCL measure was significantly associated with service use, the strongest association being found for mental health professionals. Family structure was also predictive of the latter, with higher rates of contacts for those children living in families whose parents are divorced, separated or widowed. Some differences for contacts with doctors were found according to the region; otherwise, no effects of socio-economic status, educational level of the parent, or other socio-economic indicators were found to predict service utilization. The implications for services are discussed.

Epidemiological survey. Child psychopathology. Service utilisation. Mental health services. Primary care medicine.

Les enfants de la cohorte GAZEL : II - Motifs des contacts avec le système médico-éducatif, par âge et sexe

Children from the GAZEL cohort : II - Age and gender differences in symptoms associated with service utilization

E. FOMBONNE⁽¹⁾, S. VERMEERSCH⁽²⁾

(1) Institute of Psychiatry, Department of Child and Adolescent Psychiatry, De Crespigny Park, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK (Tirés à part : E. Fombonne).

(2) Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier de Douai, France.

An epidemiological survey of 2582 French children aged 4 to 16 has been conducted to assess patterns of service use in relation to psychological disturbances. Details on the design, sample, survey instruments, response rate, and 12-months prevalence rates of contacts with a range of different professionals were presented in a previous article. In this second article, the psychological motives leading to contact with family doctors, school-based professionals, speech and language therapists, and mental health specialists are analyzed. The age and gender effects are assessed for each motives. On the whole, consistent sex differences were found for the types of complaints presented by service users, with emotional symptoms being more frequent amongst girls, and behavioural, developmental and learning difficulties being more frequent amongst boys. Mental health specialists were attended for a variety of reasons. Family doctors were contacted for minor emotional difficulties. Because family doctors were consulted by a high proportion of children and adolescents of our sample, the role of this professionals in the detection and management of minor psychological morbidity is emphasized.

Epidemiological survey. Child psychopathology. Mental health services. Primary care medicine. Gender differences.

Difficultés psychologiques/troubles psychiatriques fréquents
1991: CBCL
1999: CBCL (parent+jeune)
2009: CBCL (jeune)
2011: MINI (Dépression, anxiété, risque suicidaire) + ASRS
2018: ARS

Consommations de tabac, alcool et cannabis

1999: Fréquence d'usage, âge d'initiation, usage problématique

2009: Fréquence d'usage, âge d'initiation, AUDIT, CAST

2011-2018: Fréquence d'usage, âge d'initiation, Fägerstrom, AUDIT, CAST

Tempo
Trajectoires épidémiologiques en population
Questionnaire 2009

Ce questionnaire porte sur votre santé et sur des situations qui peuvent influencer la santé. Il contient 61 questions et il vous faudra environ 30 minutes pour le remplir. Certaines questions vous paraîtront peut-être difficiles ou personnelles, néanmoins il est très important que vous y répondiez du mieux que vous pouvez. En accord avec les règles de la CNIL, toutes vos réponses seront rendues anonymes avant d'être analysées, c'est-à-dire qu'elles seront exclusivement identifiées par un numéro. Vos réponses individuelles ne seront dévoilées à personne. Votre participation n'a aucun caractère obligatoire et vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès et de rectification au fichier informatique conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 auprès de l'INSERM U687.

Comment remplir ce questionnaire ?

Pour la plupart des questions, plusieurs réponses, indiquées par de petites cases , vous sont proposées. Il vous suffit alors de mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse.

Exemple : Quel est votre sexe? Homme , Femme

Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle, en cochant la réponse qui s'applique le mieux à votre situation.

Exemple : Je me considère comme quelqu'un de réservé(e), tranquille

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord
A B C D E F G H

Pour certaines questions, la réponse est un nombre à indiquer dans les cases.

Exemple : Quel est votre poids ? 83 kg

Ne vous préoccuez pas des chiffres indiqués à côté des cases.

CE QUESTIONNAIRE RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Si vous souhaitez plus d'informations sur cette recherche, n'hésitez pas à contacter l'équipe TEMPO :
TEMPO, INSERM U687, Bâtiment 15/16, Hôpital Paul Brousse,
16, Avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex
Tel : 01 77 74 74 27 - E-mail : cohorte.tempo@inserm.fr

Merci pour votre participation !

Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

+ conditions de vie, évènements de vie, problèmes de santé, antécédents familiaux de troubles psychiatriques

+ caractéristiques des parents: revenus, statut marital, évènements de vie, tabagisme, consommations d'alcool , dépression..

Difficultés de sommeil et troubles émotionnels de l'enfance à l'âge adulte

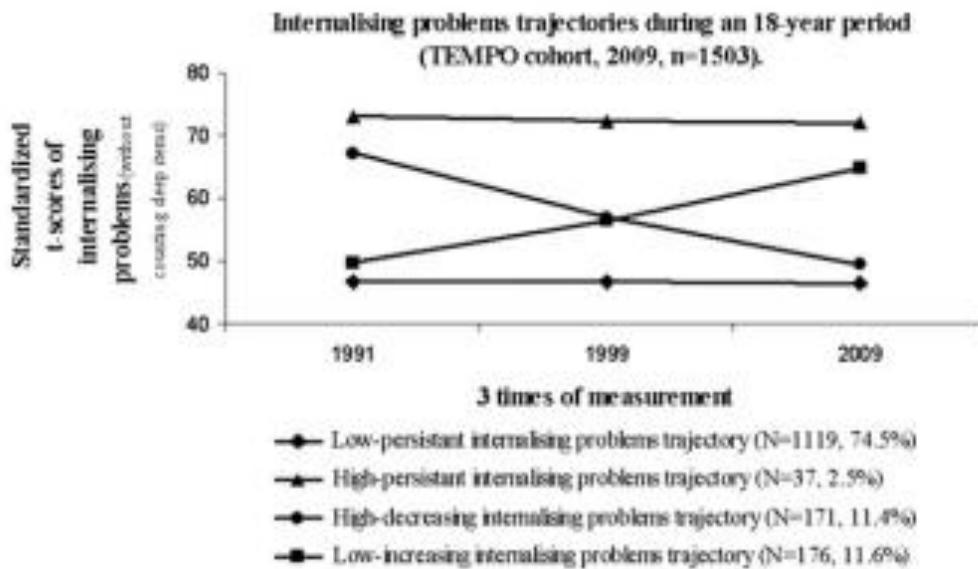


Fig. 1. Internalising problems trajectories during an 18-year period (TEMPO cohort, 2009, N=1503). ▲: High-persistent internalising problems trajectory (n=37, 2.5%). ■: Low-increasing internalising problems trajectory (n=176, 11.6%). ●: High-decreasing internalising problems trajectory (n=171, 11.4%), and ◆: Low-persistent internalising problems trajectory (n=1119; 74.5%).

Table 4
A multivariate multinomial regression revealed the associations between sleep problems in 1991 and trajectories of internalizing symptoms after adjusting for age and sex (Model 1) and for all covariates (Model 2) (TEMPO cohort, 2009, n=1503).

Variables	Trajectories of internalizing symptoms								
	High-P (n=37, 2.5%) ^b		High-D (n=171, 11.4%) ^b		Low-I (n=176, 11.6%) ^b				
OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P	
Model 1. Adjusted for age and sex									
Sleep problems in 1991	5.82	(2.93–11.57)	<.001	4.49	(3.14–6.43)	<.001	1.37	(0.89–2.11)	.15
Model 2. Adjusted for all covariates^c									
Sleep problems in 1991	4.51	(1.54–13.19)	.006	3.69	(2.00–6.82)	<.001	0.95	(0.47–1.94)	.89
Covariates									
Age in years ^a	1.28	(1.08–1.51)	.004	1.10	(1.01–1.19)	.03	0.87	(0.81–0.94)	<.001
Sex, girls	7.20	(1.53–33.77)	.01	2.36	(1.26–4.43)	.008	1.99	(1.16–3.42)	.01
Unstable temperament ^a	1.14	(1.00–1.30)	.047	1.12	(1.04–1.21)	.003	1.11	(1.03–1.18)	.003
Parental history of depression/ No	1.18	(0.38–3.69)	.77	1.58	(0.86–2.90)	.14	2.45	(1.46–4.12)	.001
Experiencing stressful life events ^a	1.41	(0.99–2.01)	.06	1.27	(1.04–1.55)	.02	1.05	(0.86–1.29)	.63
Externalizing problems ^a	1.04	(0.97–1.10)	.26	1.05	(1.02–1.08)	.004	0.98	(0.95–1.02)	.31
< Median family income	1.44	(0.47–4.39)	.52	1.13	(0.62–2.06)	.70	1.36	(0.79–2.36)	.27

OR: odds ratio, 95% CI: confidence intervals.

High-P refers to a trajectory of High-persistent internalizing symptoms; High-D refers to a trajectory of high-decreasing internalizing symptoms.

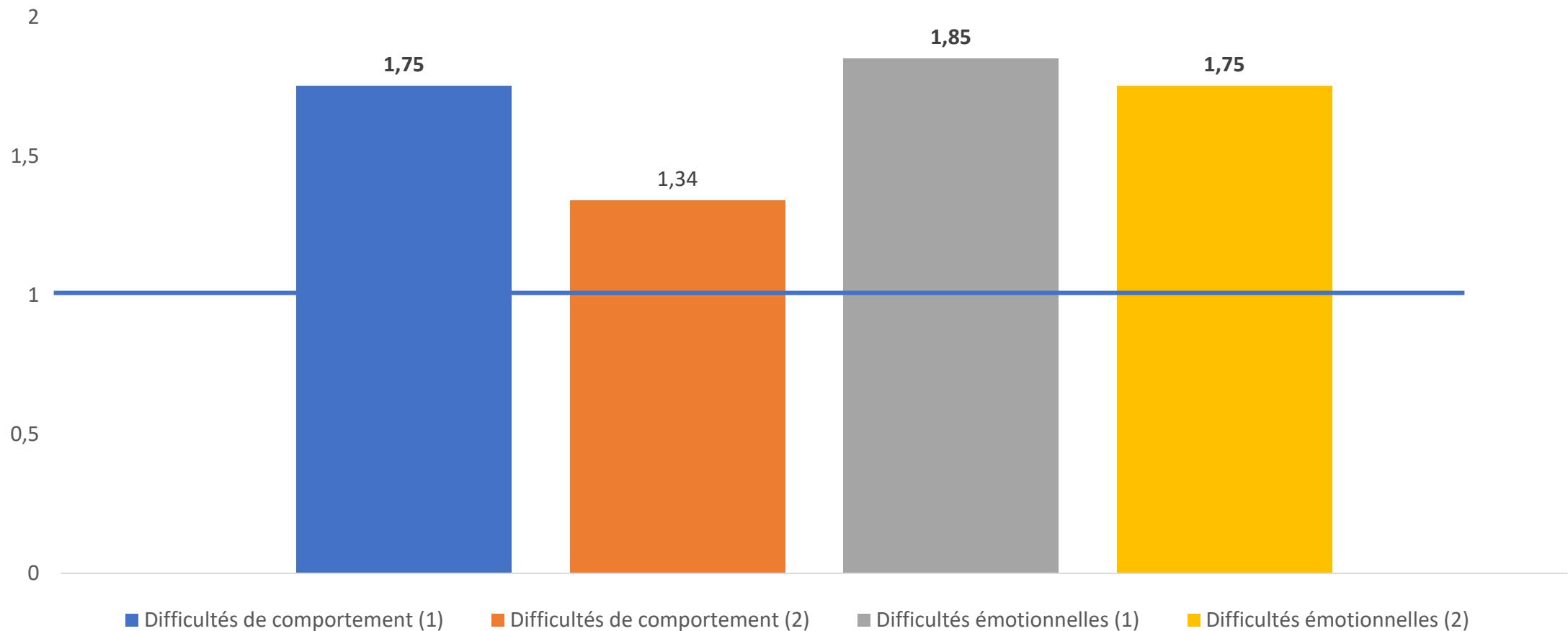
Low-I refers to a trajectory of low-increasing internalizing symptoms and Low-P refers to a trajectory of low-persistent internalizing symptoms.

^a Continuous variables.

^b Compared with trajectory of individuals who reported persistently low internalizing problems (n=1119).

^c Adjusted for age, sex, unstable temperament, parental history of depression, income status, experiencing stressful life events, externalizing problems, and median family income.

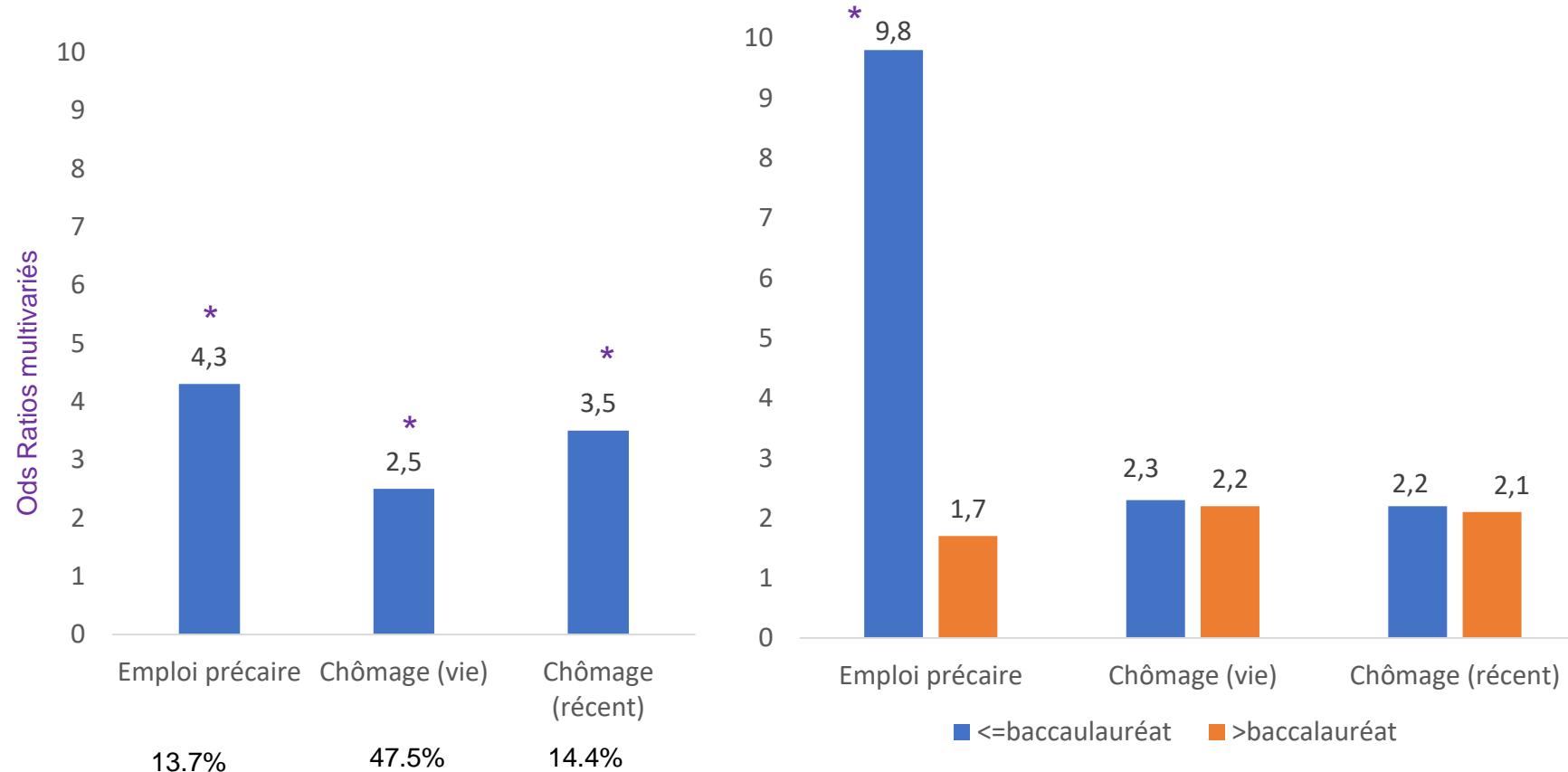
Difficultés émotionnelles pendant l'enfance et réussite scolaire (> baccalauréat)



+ sexe, difficultés scolaires, revenus des parents, difficultés émotionnelles

+ sexe, difficultés scolaires, revenus des parents, difficultés de comportement

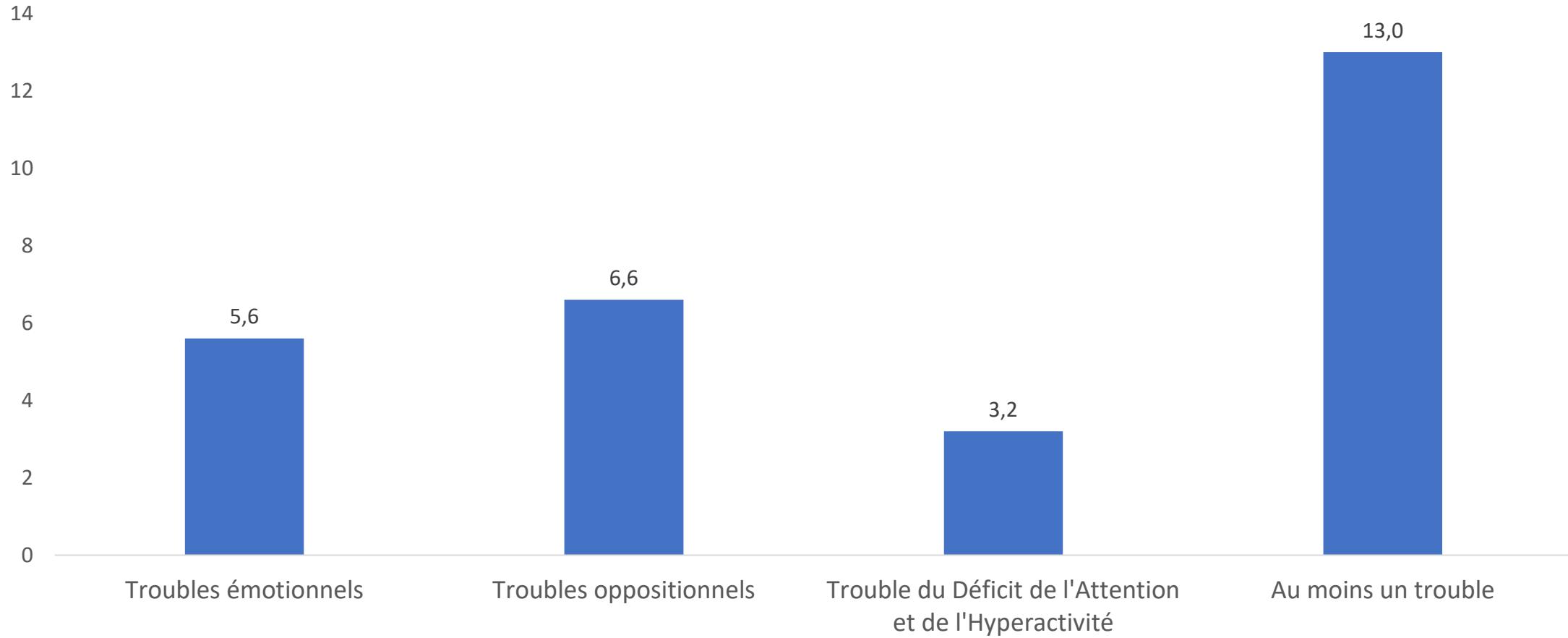
Niveau de diplôme, instabilité professionnelle et risque suicidaire à l'âge adulte (18-37 ans, 2011, n=1214)



Covariables: caractéristiques parentales: dépression; caractéristiques du jeune: sexe et âge, statut marital, soutien social insuffisant, consommation d'alcool, épisode dépressif majeur.

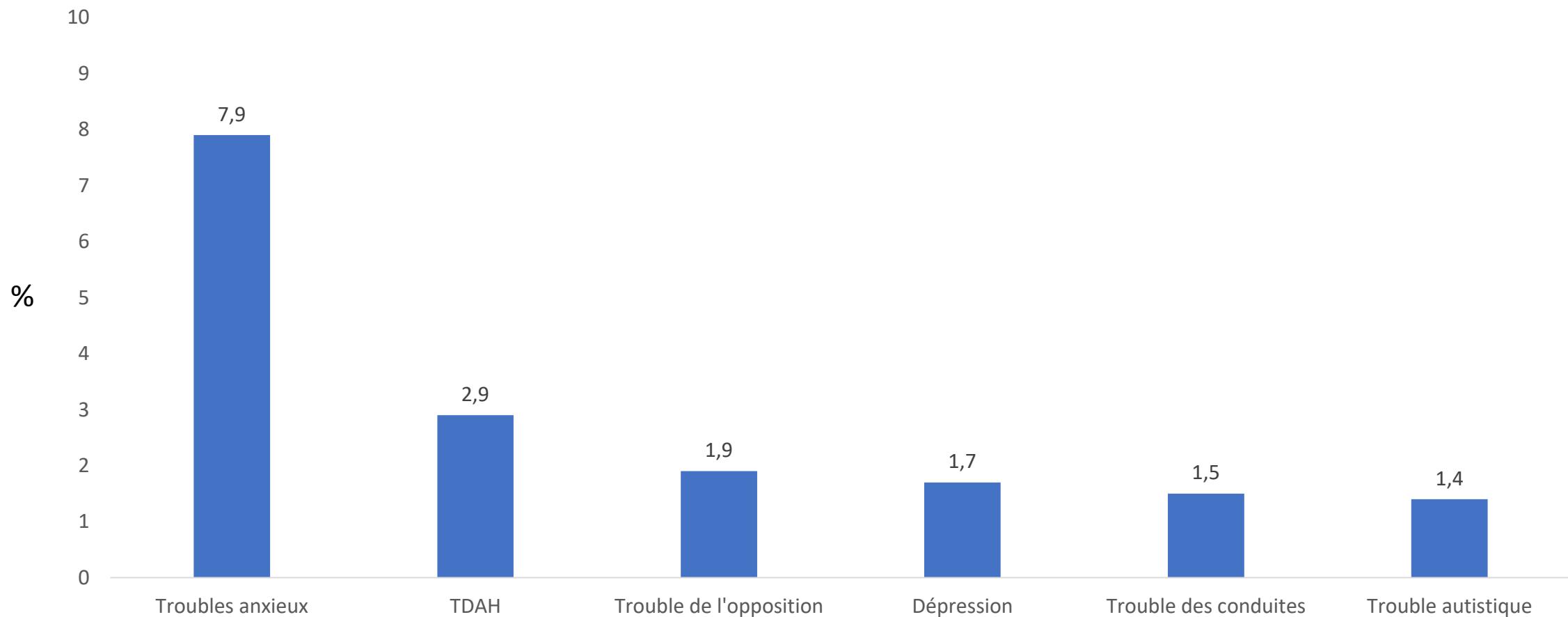
Epidémiologie des difficultés de santé mentale des enfants et adolescents

Troubles de santé mentale probables, enfants de 6 à 11 ans scolarisés en école élémentaire, Enabee 2022, France métropolitaine, n=8172



Premiers résultats d'Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en France métropolitaine et scolarisés.
Le point sur. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p. 20 juin 2023.

Prévalence estimée des troubles psychiatrique chez les enfants et adolescents en Europe



Des données d'enquête confirmées par les observations de recours aux soins

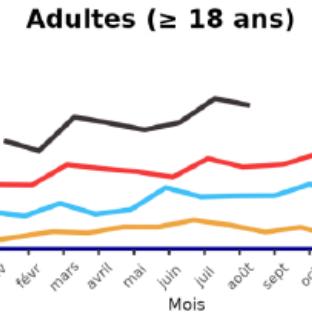
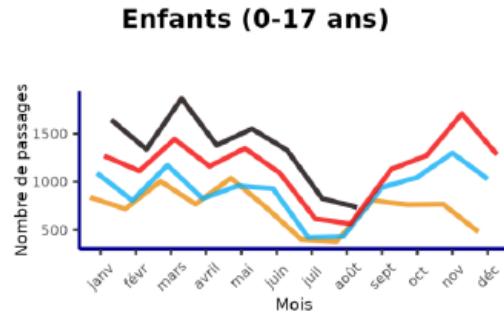
IDÉES SUICIDAIRES

En août 2025, le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires était en légère baisse par rapport au mois de juillet chez les enfants et était stable chez les adultes. Par rapport aux années précédentes, les effectifs restaient toujours à des niveaux légèrement supérieurs chez les enfants de 11-17 ans et de façon marquée chez les adultes. Sur la première semaine de septembre, on note une remontée des effectifs chez les 11-17 ans, en lien avec la rentrée scolaire.

COMPARAISON AUX TROIS ANNÉES ANTIÉRIEURES

France entière - Idées suicidaires (OSCOUR®)

Nombre mensuel de passages aux urgences pour les années 2022 à 2025, *chez les enfants et les adultes*



GESTE SUICIDAIRE

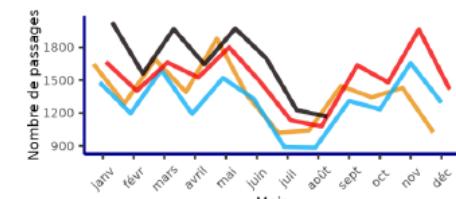
En août 2025, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire était en légère diminution par rapport au mois de juillet aussi bien chez les enfants (-5%) que chez les adultes (-7%). Les effectifs restaient à la limite haute des valeurs observées les années précédentes chez les 11-17 ans et étaient supérieurs chez les adultes, essentiellement de 18-24 ans. Ils restaient comparables à ceux des années précédentes dans les autres classes d'âge.

COMPARAISON AUX TROIS ANNÉES ANTIÉRIEURES

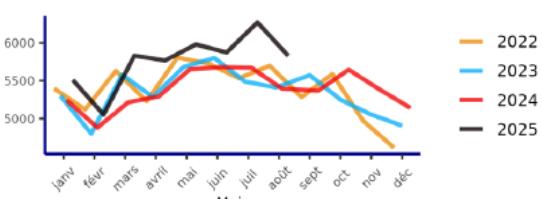
France entière - Geste suicidaire (OSCOUR®)

Nombre mensuel de passages aux urgences pour les années 2022 à 2025, *chez les enfants et les adultes*

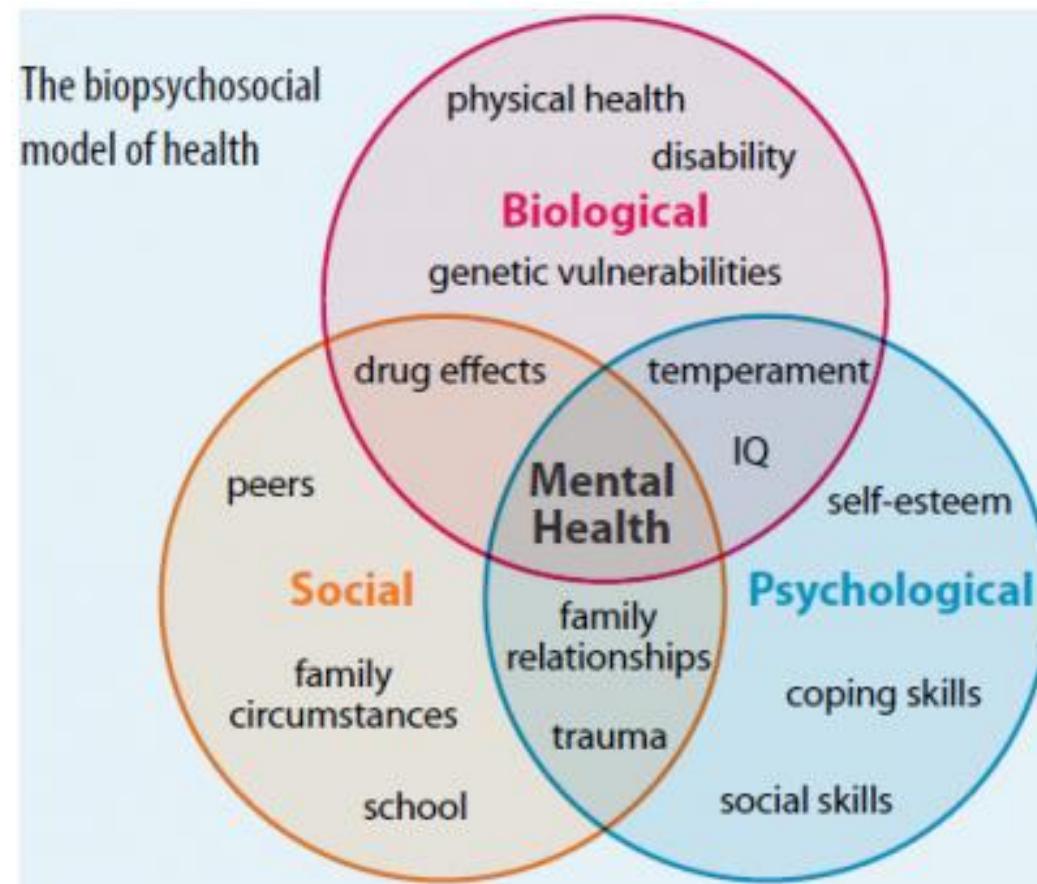
Enfants (0-17 ans)



Adultes (≥ 18 ans)



Modèle biopsychosocial de la santé mentale



Situation sociale familiale

Liens sociaux à l'école

Environnement résidentiel

Interactions précoces
Santé mentale des parents
Violences

Prévenir

Les 1000 premiers jours

Là où tout commence



Rapport de la commission
des 1000 premiers jours
SEPTEMBRE 2020

Information sur la parentalité
Repérage de la dépression post-partum chez les mères
Allongement du congé paternité

A screenshot of the official website for the "1000 Premiers Jours" initiative. The header includes the logo for the French Republic (République Française), the Ministry of Health (Ministère de la Santé), and the National Public Health Agency (Agence Nationale de Santé Publique). The main navigation menu features links such as "DEVENIR PARENT", "AGIR SUR SON ENVIRONNEMENT", "ÊTRE ACCOMPAGNÉ", "DÉCOUVRIR SON ENFANT", "POURQUOI 1000 JOURS?", "EN PRATIQUE", and "QUESTIONS DU MOMENT". The main content area features a large photograph of a young family (a man, a pregnant woman, and a toddler) interacting together. A green graphic overlay contains the title "BÉBÉS, PARENTS : BIEN DÉMARRER NOS NOUVELLES VIES" and a subtitle "...à la maison, dans nos têtes, lors des moments passés ensemble. On trouve ici des clés pour notre santé à tous et le développement de bébé." Social media icons for Facebook, Twitter, and Email are located in the bottom right corner of the page.

Prendre soin de sa santé mentale

Des signes auxquels prêter attention



C'est quoi la santé mentale ?

La santé mentale, c'est comme la santé physique : on en a tous une, et elle fluctue.

Stress, angoisse, isolement, pression... se sentir débordé par ses émotions et ne pas pouvoir faire face, ça arrive à tout le monde et il ne faut pas en avoir honte.

En parler, c'est déjà agir.

Les signes à repérer

- Fatigue permanente
- Trouble du sommeil
- Perte d'envie, isolement
- Irritabilité, crises d'angoisse
- Pensées sombres



Si tu sens que ça ne va pas, demande de l'aide.

C'est une force, non une faiblesse.

<https://www.santementale-info-service.fr/>

C'est quoi la santé mentale ?

La santé mentale, c'est comme la santé physique : on en a tous une, et elle fluctue.

Stress, angoisse, isolement, pression... se sentir débordé par ses émotions et ne pas pouvoir faire face, ça arrive à tout le monde et il ne faut pas en avoir honte.

En parler, c'est déjà agir.

Les signes à repérer

- Fatigue permanente
- Trouble du sommeil
- Perte d'envie, isolement
- Irritabilité, crises d'angoisse
- Pensées sombres



*Si tu sens que ça ne va pas,
demande de l'aide.*

*C'est une force,
non une faiblesse.*

Sommeil
Alimentation équilibrée
Pas d'alcool, cannabis, tabac

et maintenant, on fait quoi ?



- 1. Respire :**
2 minutes de calme,
c'est déjà une pause.



- 2. Parle :**
à un ami, adulte
ou un professionnel de santé.



- 3. Déconnecte :**
fais une pause des écrans.



- 4. Bouge :**
marcher, danser, faire du sport...
ça libère l'esprit.

*Prendre soin de ta santé mentale, c'est important.
N'hésite pas à demander de l'aide, on est là pour toi !*

<https://www.santementale-info-service.fr/>

0 800 235 236
filsantejeunes.com

Anonyme et Gratuit

[Accueil](#) [Enquêtes](#) [Quiz](#) [Chat](#) [Pose tes Questions](#) [Forum](#) [Sourds & Malentendants](#)



Rechercher



Santé
Sexualité
Amour
Mal-être

Qui peut t'aider ? Les bons contacts



Fil Santé Jeunes (0800 235 236)

Anonyme, gratuit, de 9h-23h pour parler de tout ce qui te pèse
(santé, famille, sexualité, etc.)

www.filantejeunes.com



Maison des ados ou Points accueil écoute jeunes (PAE)

Un endroit pour toi pour parler santé :

[carte de France des maisons des adolescents | Fil santé jeunes](#)



Un questionnaire d'autoévaluation en santé mentale

Pour t'aider à mettre des mots sur les difficultés que tu ressens et t'orienter vers un professionnel de santé, tu peux le remplir ici :
primo.santepsyjeunes.fr/0



Mon soutien psy

Jusqu'à 12 séances remboursées par an avec un psychologue près de chez toi.

Plus d'informations : [ici](#)



3114 – Numéro national de prévention du suicide

(gratuit, 24/7)

Pour toi ou un proche, si tu ne vas pas bien, si tu as des idées noires.

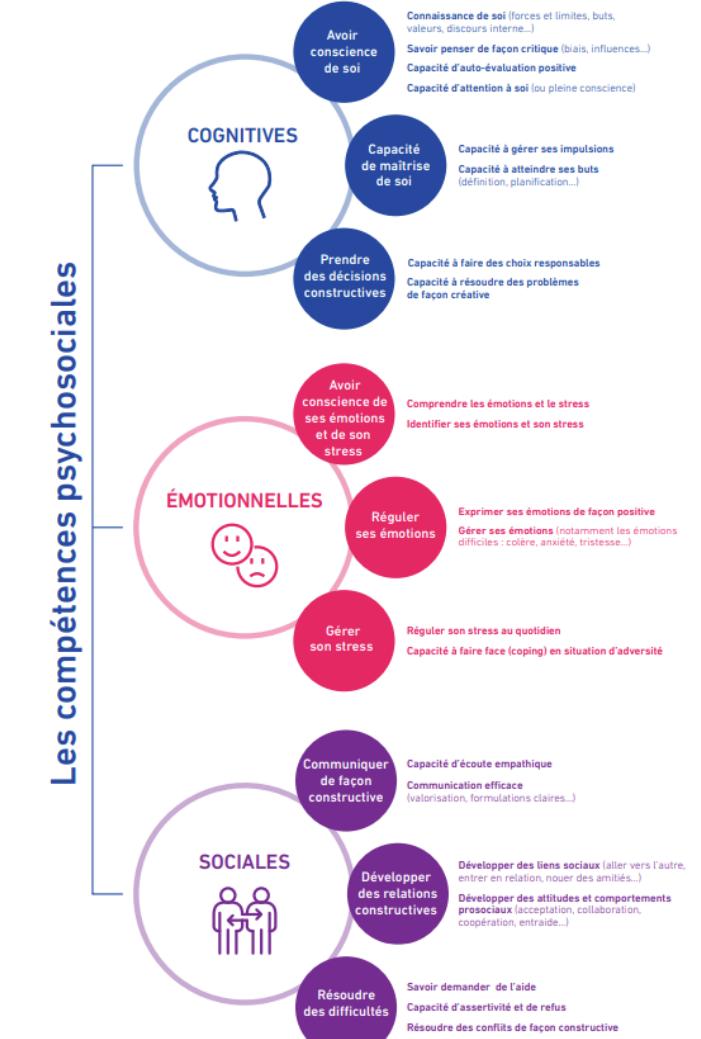
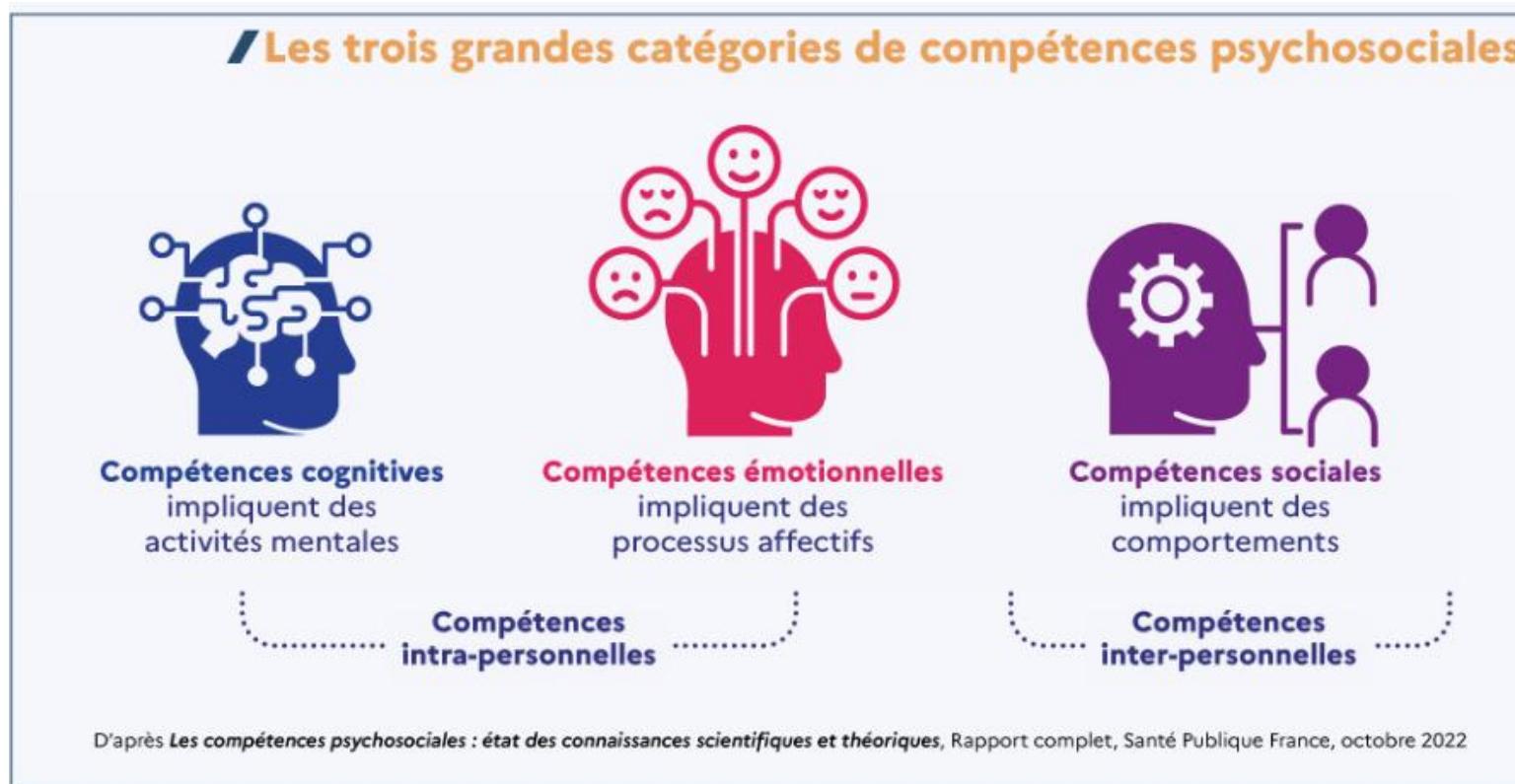


3018 – Cyberharcèlement, violences, etc.

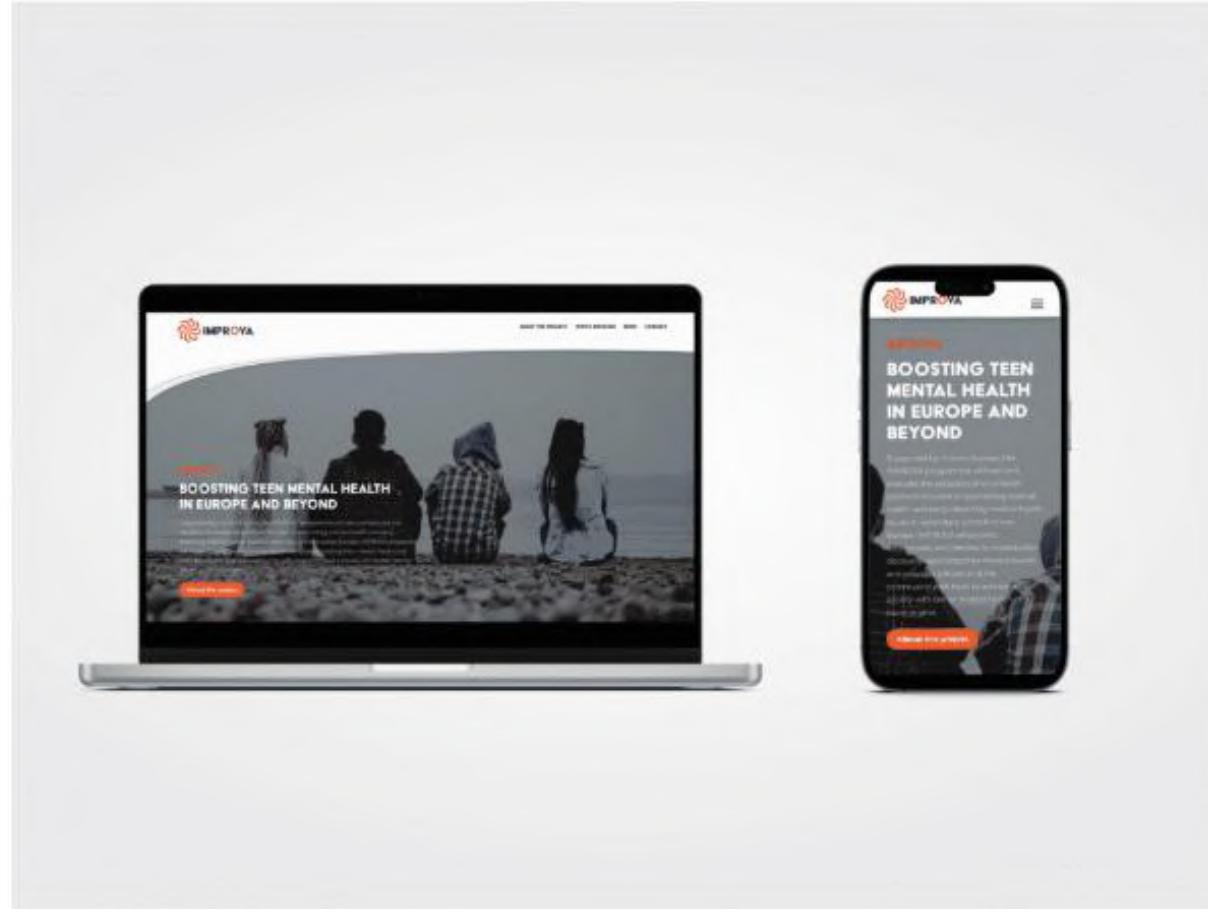
(gratuit, anonyme, appel, SMS, WhatsApp, chat en ligne)

Si tu subis du cyberharcèlement, des violences, du harcèlement, du chantage en ligne...

Compétences psychosociales



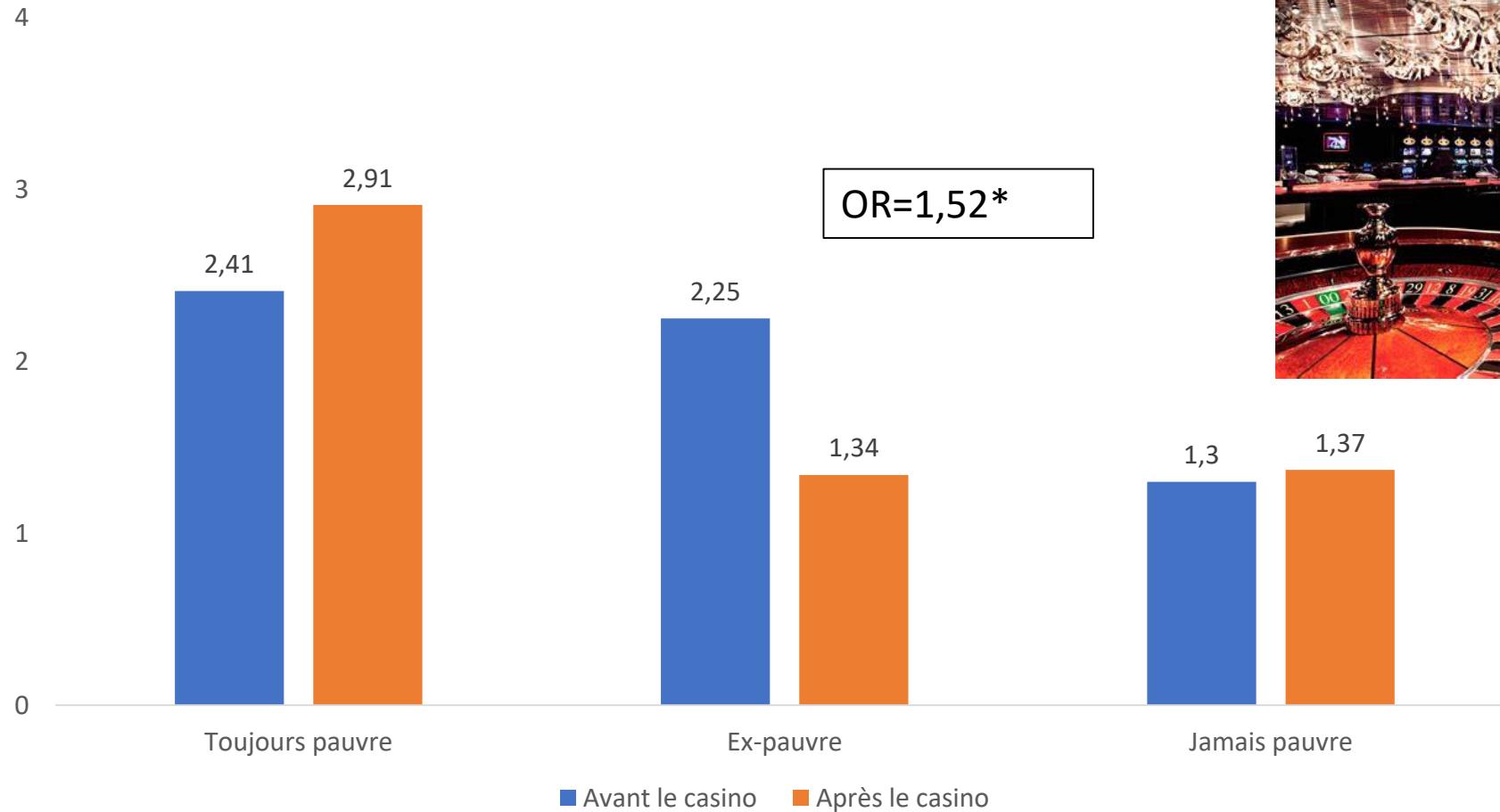
Des outils numériques pour modifier l'environnement des adolescents?



20 modules de 10 minutes:

- gérer le stress, en particulier à l'école
- gérer ses émotions,
- renforcer son estime de soi
- gérer les conflits et les conversations difficiles
- résoudre des problèmes
- se sentir plus à l'aise dans les situations sociales
- surmonter les chagrins d'amour
- se découvrir
- connaissances sur la santé mentale
- consommation de substances
- sommeil
- activité physique
- harcèlement
- utilisation des réseaux sociaux
- relations amoureuses
- + Plateforme d'autoformation pour les enseignants et les parents.

Changer les conditions de vie - une expérience naturelle (Great Smoky Mountain, n=1420, 9-13 ans)



Costello et al, JAMA, 2003.

Opportunity NYC/Family rewards

- 5000 familles avec des revenus <130% du seuil de pauvreté
- 20-600\$ pour la participation à des activités (scolaires, de santé, soutien à l'emploi)

N=511, 14 ans, 2-ans de suivi

	β	Effect size
Dépression	0.13	0.05
Anxiété	-0.38	-0.13
Troubles des conduites	-6.62	-0.13
Aggressivité	-9.40***	-0.25
Abus de substances	-15.16***	-0.35

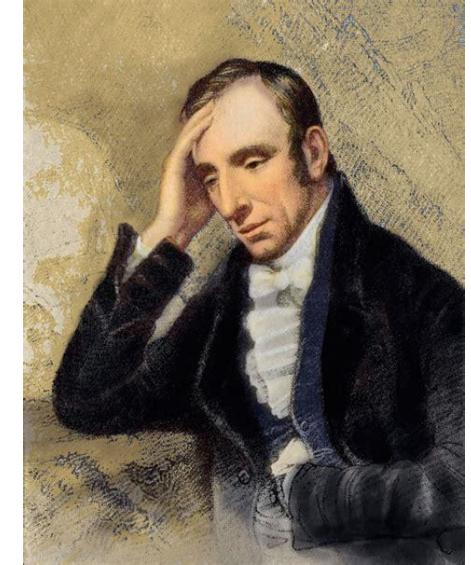
« L'enfant est le père de l'homme »

My Heart Leaps Up

My heart leaps up when I behold
A rainbow in the sky:
So was it when my life began;
So is it now I am a man;
So be it when I shall grow old,
Or let me die!
The Child is father of the Man;
And I could wish my days to be
Bound each to each by natural piety

Mon cœur bondit

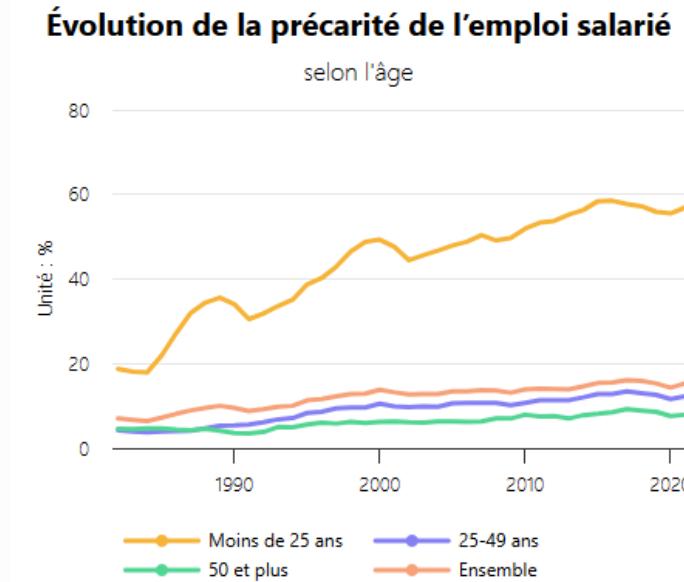
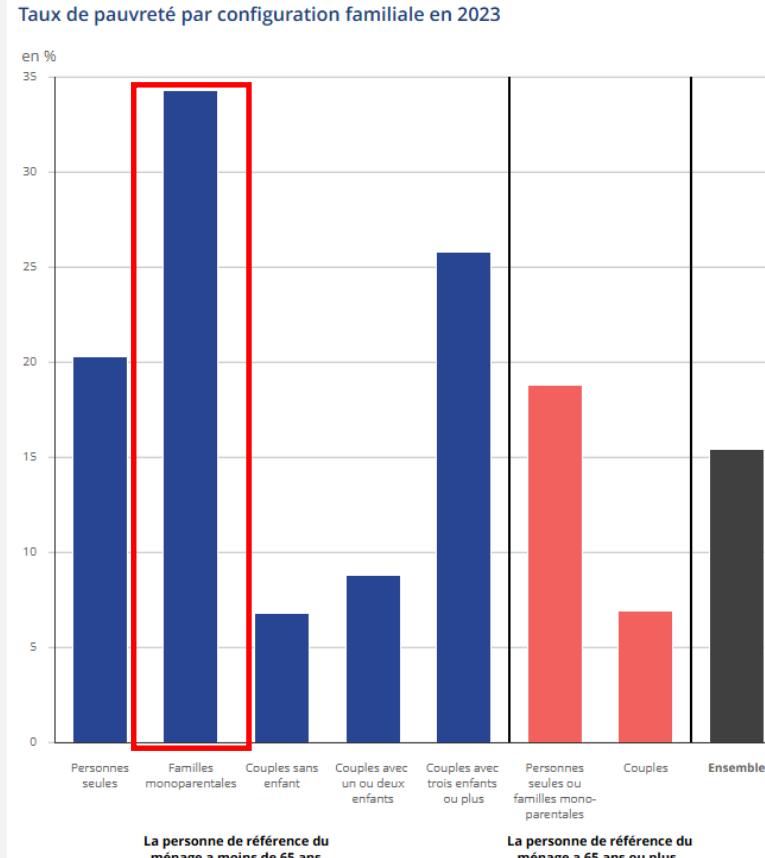
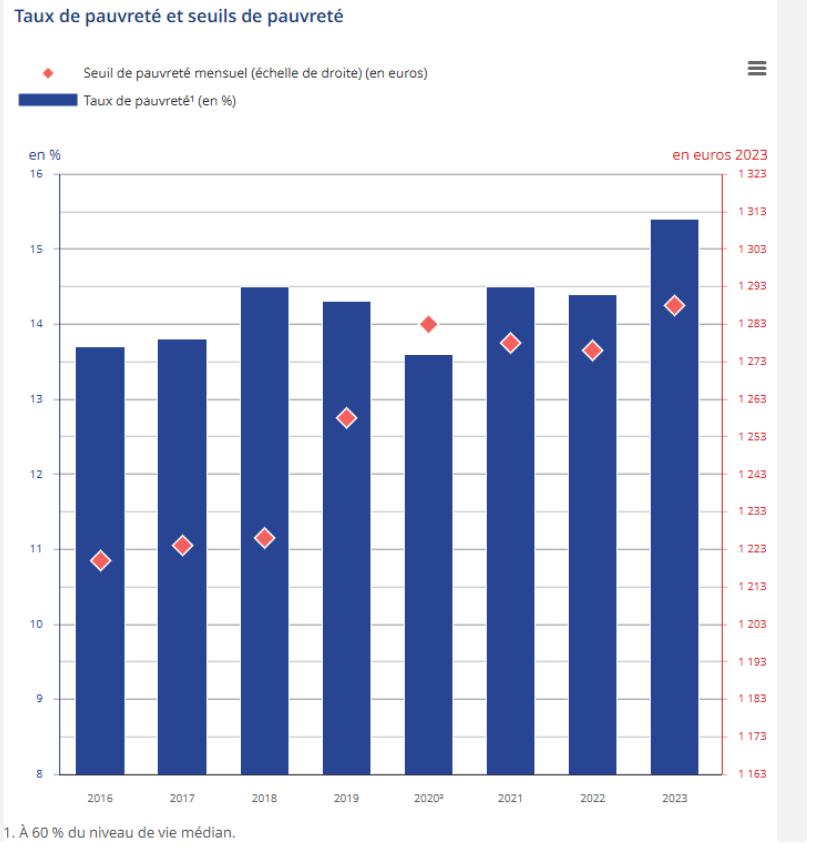
Mon cœur bondit quand je vois
Un arc-en-ciel dans le firmament:
Il était ainsi quand ma vie a commencé;
C'est ainsi que je suis un homme maintenant
Qu'il en soit ainsi quand je vieillirai,
Si non laissez-moi m'en aller!
L'Enfant génère l'Homme;
J'aimerais que mes jours soient
liés un à un par la piété simplement



William
Wordsworth
1770-1850

Merci de votre attention
maria.melchior@inserm.fr

Inégalités sociales



CDD, interim et apprentis rapportés à l'emploi salarié.
Lecture : en 2021, 56,9 % des salariés de moins de 25 ans ont un contrat précaire.

Source : calculs de l'Observatoire des inégalités d'après l'Insee – © Observatoire des inégalités

TABLE 5

MULTIPLE REGRESSION ANALYSIS PREDICTING INTERNALIZING PROBLEMS,
EXTERNALIZING PROBLEMS, AND COMPETENCIES IN LATE CHILDHOOD AND
ADOLESCENCE FROM BEHAVIORAL STYLES IN EARLY CHILDHOOD

	BEHAVIORAL STYLES IN EARLY CHILDHOOD			
	Lack of Control	Approach	Sluggishness	R
Internalizing problems:				
Late childhood: boys .....	.11*	-.19***	.07	.25
Late childhood: girls .....	.17**	-.02	.12*	.19
Adolescence: boys .....	.18***	-.15**	.05	.29
Adolescence: girls .....	.16**	.01	.14*	.25
Externalizing problems:				
Late childhood: boys .....	.37***	-.08	-.01	.39
Late childhood: girls .....	.35***	.01	.14*	.36
Adolescence: boys .....	.23***	-.04	.10	.26
Adolescence: girls .....	.23***	.07	.17**	.32
Competence:				
Adolescence: boys	-.14**	.06	-.17***	.25
Adolescence: girls	-.21***	.10	-.12*	.31

NOTE.—Data are standardized regression coefficients.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

*** $p < .001$.

Caspi A, Henry B, McGee RO, Moffitt TE, Silva PA. Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: from age three to age fifteen. *Child Dev.* 1995 Feb;66(1):55-68.