

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

POINTS CLÉS

Pour rappel, la 1^{re} édition de l'étude Enabee a permis, en combinant les réponses des parents, des enseignants et des enfants, d'estimer les prévalences des principaux troubles de santé mentale rencontrés à cette tranche d'âge :

- 5,6 % des enfants présentaient probablement un trouble émotionnel ;
- 6,6 % des enfants présentaient probablement un trouble oppositionnel ;
- 3,2 % des enfants présentaient probablement un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Au total, 13,0 % présentaient au moins un trouble probable de santé mentale (tous troubles confondus).

Ces travaux complémentaires visent à **décrire les caractéristiques associées à la présence d'au moins un trouble probable de santé mentale** :

- **Certaines caractéristiques individuelles de l'enfant** : le sexe masculin de l'enfant, l'existence de complications médicales déclarées au cours de la grossesse, le fait que l'enfant soit atteint d'une maladie chronique ; qu'il ait des difficultés scolaires ou qu'il ait vécu des événements difficiles (deuils, agressions) depuis sa naissance ;
- **Certaines caractéristiques familiales et relationnelles de l'enfant** : l'anxiété probable du parent ainsi qu'un faible soutien social perçu par ce dernier, la structure et le climat familiaux (parents séparés ou climat de disputes entre les parents séparés), une situation financière perçue comme difficile ; ainsi que le fait d'être probablement victime de harcèlement de la part d'autres enfants et enfin le temps important passé au centre de loisirs ;
- **Certaines caractéristiques environnementales** : une pénibilité importante du confinement ou une inquiétude importante au sein du ménage pendant la pandémie de Covid-19 ;
- Le **design transversal** de l'étude ne permet pas d'établir de relation causale ou d'identifier des facteurs de risque au sens strict mais d'identifier **des associations statistiquement significatives entre le fait de présenter au moins un trouble probable et certaines caractéristiques – sans préjuger du sens de l'association qui peut parfois être bidirectionnel** ;
- La plupart des facteurs mis en évidence ici peuvent être utilisés pour aider à orienter les actions de prévention, notamment en identifiant mieux les situations de fragilité pour l'enfant, plus susceptible de souffrir de troubles de santé mentale dans ces contextes.

INTRODUCTION

Ces dernières années en France, la santé mentale fait l'objet d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics, en particulier à la suite de la pandémie de Covid-19, jusqu'à être érigée Grande cause nationale en 2025 et en 2026. Dimension essentielle de la santé, au même titre que la santé physique, la santé mentale n'est pas limitée à l'absence/présence de troubles mentaux. Elle est indispensable à la fois au fonctionnement de l'individu et à celui de la société, afin que tout un chacun puisse s'épanouir et se réaliser pleinement.

Selon la cartographie des pathologies et des dépenses en 2023 de l'Assurance maladie, plus de 8 millions d'assurés sociaux sont concernés par une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale et ce champ représente 14 % des dépenses de l'Assurance maladie (1). Ces troubles surviennent souvent tôt dans la vie : entre 35 % et 50 % des troubles mentaux à l'âge adulte débuteraient avant l'âge de 14 ans (2,3). Selon l'enquête Enabee, à partir des points de vue combinés de l'enfant, d'un de ses parents et de son enseignant, 13,0 % des enfants scolarisés âgés de 6 à 11 ans présentent probablement un trouble de santé mentale (parmi troubles émotionnel, oppositionnel, déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) (4) ainsi que 8,3 % des enfants scolarisés âgés de 3 à 6 ans (5), en cohérence avec la littérature scientifique internationale (6).

Pour mieux comprendre l'origine précoce des troubles de santé mentale, rappelons que dès les premières années de vie de l'enfant, les fondements du développement biologique, cognitif, et émotionnel se mettent en place et ne cessent de s'enrichir tant du point de vue cognitif, émotionnel que comportemental. C'est donc y compris à un stade précoce de la vie que peuvent émerger certaines difficultés de neurodéveloppement et plus globalement des difficultés de santé mentale (7). Installées précocement, ces dernières peuvent affecter les relations avec les pairs ou encore les apprentissages. Il est alors primordial de mieux comprendre les mécanismes susceptibles d'altérer la santé mentale des enfants. Ils englobent de multiples facteurs, classiquement représentés dans les cadres conceptuels historiques tel que le modèle biopsychosocial d'Engel, proposant une vision **holistique** de la santé et de la maladie, en intégrant trois dimensions indissociables, **biologique, psychologique et sociale** (8) ou le modèle **écologique** de Bronfenbrenner (9), rappelant l'importance de l'environnement au sens large dans le développement de l'enfant. Ces modèles illustrent les relations dynamiques entre l'enfant et ses différents milieux de vie ainsi que l'intrication des facteurs

individuels biologiques (génétiques, neurologiques par exemple) et psychologiques (gestion des émotions et des impulsions par exemple), familiaux (santé mentale des parents, qualité relationnelle, par exemple) et environnementaux (conditions de logement par exemple) (10). Les multiples facteurs impliqués s'articulent de manière complexe rendant une simple approche causale inopérante. Dans ce contexte, les études épidémiologiques transversales en population générale permettent de caractériser les enfants probablement atteints de troubles de santé mentale et constituent ainsi une approche essentielle. Plusieurs dispositifs d'observation épidémiologique de la santé mentale existent en Angleterre ou en Allemagne (11,12) et apportent un éclairage sur les caractéristiques des enfants présentant des troubles de santé mentale. En France, une étude, réalisée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2004, a estimé des prévalences des troubles de santé mentale chez les élèves âgés de 6 à 11 ans allant de 7,6 % à 25,4 % selon le type de symptômes et l'informant, i.e. le parent ou l'enfant (13). Le dispositif EnCLASS¹ décrit l'état de santé mentale des adolescents uniquement. Pendant la pandémie de Covid-19, l'étude Epicov², d'une part, a permis de fournir des premiers éléments descriptifs sur la santé mentale des enfants âgés 3-17 ans, à partir des réponses du parent participant (14). D'autre part, l'étude Confeado a mis en évidence les déterminants sociaux associés à la détresse psychologique des enfants et des adolescents lors du confinement (15).

Enabee est la première enquête nationale française dédiée au bien-être et à la santé mentale des enfants. Outre les questions visant à mesurer la fréquence des troubles probables de santé mentale, l'édition 2022 a interrogé les parents participants sur de nombreux facteurs pouvant être associés à la santé mentale des enfants, notamment l'état de santé somatique de l'enfant, la santé mentale du parent répondant ou encore les caractéristiques socio-économiques du ménage.

L'objectif de cette synthèse est de présenter les facteurs individuels, familiaux et relationnels, environnementaux associés à la présence d'au moins un trouble probable de santé mentale chez les enfants scolarisés âgés de 6 à 11 ans en France hexagonale. Sans conclure sur les causes de ces troubles probables du fait de la nature transversale de l'enquête, ce travail vise à décrire, de manière structurée, les associations observées et à les mettre en perspective avec les connaissances actuelles, favorisant une meilleure compréhension des troubles

1. <http://enclass.fr/>

2. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-epicov-epidemiologie-et-conditions-de-vie-sous-le-covid-19>

psychiques et permettant ainsi d'orienter les politiques publiques, qui s'inscrivent dans un cadre national (16) et international (17). Cette synthèse complète les premiers résultats publiés précédemment sur les prévalences des troubles probables chez les 6-11 ans (4).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'ÉTUDE ENABEE

L'étude Enabee est conduite par Santé publique France avec l'appui du ministère de la Santé et de l'accès aux soins et du ministère de l'Éducation nationale. Elle vise à estimer la prévalence de certains troubles ou difficultés de santé mentale (troubles émotionnels, oppositionnels et d'inattention/hyperactivité) ainsi que le niveau de bien-être des enfants âgés de 3 à 11 ans en France et à décrire les facteurs associés.

Le protocole a été élaboré avec le soutien d'un comité d'appui scientifique pluridisciplinaire et d'un comité de pilotage³ (18). L'organisation d'une démarche de concertation avec les parties prenantes (dont représentants de parents d'élèves, de la santé scolaire et des syndicats enseignants) a permis d'améliorer la réalisation de cette première édition (19).

MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET POPULATION D'ÉTUDE

Le champ de la première édition couvre l'ensemble des enfants scolarisés à la rentrée scolaire 2021-2022 de la petite section de maternelle (PSM) au cours moyen deuxième année (CM2), dans un établissement scolaire public ou privé sous contrat en France hexagonale.

Un tirage au sort à trois degrés a été réalisé à partir des bases de données du ministère de l'Éducation nationale : écoles, classes au sein des écoles sélectionnées, tous les élèves des classes sélectionnées. Le tirage au sort des écoles a été stratifié selon le secteur d'implantation de l'école (public hors Réseau d'éducation prioritaire+ ; REP+ ; écoles privées sous contrat).

La présente synthèse concerne les enfants scolarisés en élémentaire (du CP au CM2), à l'exclusion de ceux relevant d'une Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS).

RECUEIL DES DONNÉES ET INSTRUMENTS DE MESURE

La collecte des données a été réalisée en 2022. Trois sources d'information ont été mobilisées : les parents (via un questionnaire électronique ou par téléphone), les enseignants (via un questionnaire électronique), et les enfants (via un questionnaire administré sur tablette en classe).

Le questionnaire « enfant » comprenait deux outils psychométriques : le Dominique Interactif, permettant d'identifier les symptômes des principaux troubles de santé mentale, et le Kindl évaluant le bien-être de l'enfant. Le questionnaire parent comportait plusieurs parties : famille et milieu de vie, activités et mode de vie de l'enfant, santé physique et santé mentale de l'enfant, Covid-19, parentalité, santé du parent répondant, soutien social ainsi que des questions sur le statut socio-économique du ménage.

La plupart des variables explicatives présentées dans ce document proviennent de ce questionnaire. Le questionnaire enseignant portait sur la santé mentale et les compétences scolaires de l'enfant. Les questionnaires électroniques étaient accessibles de manière sécurisée via une procédure envoyée par courrier.

Présence de troubles probables de santé mentale chez l'enfant

La présence d'un trouble probable de santé mentale a été évaluée au moyen d'outils standardisés mobilisant des informations issues des trois informants. Les parents et les enseignants ont complété l'échelle *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (20,21), qui explore des symptômes de troubles émotionnels, oppositionnels et d'inattention/hyperactivité. Chaque dimension est mesurée à partir de cinq items décrivant un état émotionnel ou un comportement (par exemple : « [...] souvent malheureux(se), abattu(e), ou pleure souvent ») auquel le répondant renseigne si cela est « pas vrai », « un peu vrai » ou « très vrai » au cours des six derniers mois ou de l'année scolaire en cours. Pour chaque dimension, un score allant de 0 à 10 est calculé et des seuils de détection d'un score anormalement élevé sont appliqués. Un module complémentaire au SDQ évalue le retentissement de ces difficultés sur différents aspects de la vie de l'enfant (famille, relations sociales, apprentissages, loisirs).

Les enfants ont renseigné le Dominique Interactif (DI), questionnaire auto-administré illustré et sonorisé, adapté aux 6-11 ans, visant à dépister les symptômes

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

correspondant aux principaux troubles psychiques survenant dans cette tranche d'âge et définis par le DSM-5 : trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trouble oppositionnel avec provocation, trouble dépressif majeur, trouble anxieux de séparation, trouble anxieux généralisé et phobies spécifiques (22-24). Chaque trouble a été également catégorisé comme « absent » ou « probable », selon les réponses données et les seuils fournis par les auteurs.

Un algorithme d'intégration des trois points de vue a été construit en adaptant celui de Goodman *et al.* (25,26) dans l'objectif de mieux prendre en compte la perception des enfants (27). Selon cet algorithme, un enfant est considéré comme ayant un trouble oppositionnel ou TDAH probable s'il a un score anormalement élevé au SDQ de cette dimension *et* un retentissement de ces difficultés dans sa vie quotidienne estimé par le parent *et/ou* l'enseignant. Les symptômes émotionnels étant moins bien repérés par les parents et les enseignants, la dimension émotionnelle intègre le point de vue de l'enfant (28). Un enfant est considéré comme ayant un trouble émotionnel probable s'il présente soit un score anormalement élevé au SDQ de cette dimension *et* un retentissement de ces symptômes dans sa vie quotidienne selon le parent ou l'enseignant, soit au moins 3 des 4 troubles internalisés probables du DI (parmi trouble dépressif majeur, trouble anxieux de séparation, trouble anxieux généralisé et phobies spécifiques).

Au total, quatre indicateurs ont été calculés : trouble émotionnel probable, trouble oppositionnel probable, TDAH probable et un indicateur global « au moins un de ces troubles probables ». Ce dernier constitue la variable à expliquer de cette synthèse.

Facteurs pouvant influencer la santé mentale des enfants

Nous avons organisé les variables explicatives selon 3 groupes d'une classification de type bio-psycho-sociale et environnementale (10,29) :

- les caractéristiques individuelles de l'enfant ;
- les caractéristiques familiales et relationnelles de l'enfant ;
- les caractéristiques environnementales.

1. Caractéristiques individuelles de l'enfant

Le **sexe déclaré de l'enfant** (fille/garçon) a été recueilli dans les bases de l'Éducation nationale.

Les complications de grossesse ont été renseignées par les parents. L'indicateur binaire retenu correspond à la présence d'au moins une complication de grossesse déclarée, définie à partir de la combinaison de plusieurs questions binaires (infection virale, diabète gestationnel, hypertension gravidique, prééclampsie/éclampsie) et des réponses en texte libre mentionnant d'autres complications éventuelles (incluant par exemple petit poids pour l'âge gestationnel, hospitalisation de la mère pendant la grossesse, pathologies de la mère/du bébé).

La présence d'**au moins une maladie chronique de l'enfant** a été établie à partir des déclarations parentales. Cet indicateur binaire combine les réponses à plusieurs questions binaires fermées (asthme, allergie ou intolérance alimentaire nécessitant un projet d'accueil individualisé, eczéma, diabète, épilepsie) ainsi que les maladies chroniques rapportées en texte libre par les parents (incluant par exemple maladies cardiaques, maladies de la peau, cancers, etc.).

L'estimation de **difficultés scolaires chez l'enfant selon le parent et/ou l'enseignant** en quatre modalités (aucune, rapportées par le parent et l'enseignant, rapportées uniquement par l'enseignant, rapportées uniquement par le parent) a été obtenue en combinant la perception globale du parent répondant quant à la présence de difficultés scolaires chez son enfant (oui/non), avec l'évaluation par l'enseignant de six compétences scolaires (langage oral, lecture/ compréhension, écriture, étude de la langue, nombres et calcul, espace/géométrie/mesures). L'enfant était considéré en difficulté scolaire du point de vue de l'enseignant lorsqu'au moins deux de ces compétences étaient jugées « en dessous » ou « très en dessous de la moyenne » par rapport aux enfants du même âge.

La présence d'**au moins un événement de vie difficile pour l'enfant depuis sa naissance (oui/non)** a été obtenue en regroupant la déclaration du parent répondant à plusieurs questions : décès d'un membre de sa famille proche (père, mère, frère, sœur, adulte ou enfant vivant avec l'enfant au quotidien), victime d'agression ou de violence par une personne de plus de 15 ans, adoption, suivi par l'Aide sociale à l'enfance (ASE). À distinguer du **nombre d'événements de vie difficiles pour l'enfant et/ou sa famille dans l'année précédant l'enquête** en trois modalités (aucun, jusqu'à deux, trois ou plus) qui a été obtenu en sommant le nombre d'événements survenus parmi : déménagement, perte d'emploi de l'un de ses parents, problèmes d'argent des

parents, maladie ou accident d'un membre de sa famille proche (père, mère, frère, sœur, adulte ou enfant vivant avec l'enfant au quotidien) ayant nécessité une hospitalisation, décès d'une personne de la famille (grand-parent, oncle, tante, conjoint d'un des parents autre que le père ou la mère), décès d'un ami proche de l'enfant, mort d'un animal important pour l'enfant.

2. Caractéristiques familiales et relationnelles de l'enfant

Les variables relatives au cadre de vie familial sont les suivantes :

L'âge du parent à la naissance de l'enfant a été calculé à partir de l'âge du parent répondant et de celui de l'enfant. Une seule variable intégrant la **structure et le climat familial entre parents** en cinq modalités (parents vivant ensemble et pas de disputes, parents vivant ensemble avec disputes, parents séparés et pas de disputes, parents séparés avec disputes, autre situation : autre parent décédé, n'a toujours eu qu'un parent, famille d'accueil, questionnaire rempli par autre membre de la famille), obtenu en combinant la situation familiale (parents séparés ou non, garde partagée ou non, autre) et la fréquence des disputes entre les parents (jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent) ou ex-partenaires. **Le soutien social perçu par le parent répondant** a été évalué par l'*Oslo Social Support Scale* (OSSS-3) (30). Cette échelle de trois items mesure le nombre de personnes proches sur lesquelles le répondant peut compter en cas de graves problèmes personnels, le niveau d'intérêt manifesté par l'entourage pour les activités du répondant et la facilité à obtenir une aide pratique de la part des voisins en cas de besoin. Le score total varie de 3 à 14. Un score inférieur à 9 indique un soutien social faible, un score entre 9 et 11 un soutien social modéré, et un score supérieur ou égal à 12 un soutien social fort. À noter qu'il n'a pas été demandé aux enfants eux-mêmes, du fait de leur jeune âge, s'ils se sentaient bien entourés à leur niveau. **L'anxiété du parent répondant** a été mesurée par le *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (31). Composée de sept items, cette échelle permet d'évaluer la fréquence de symptômes anxieux au cours des deux semaines précédant l'enquête (jamais, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, presque tous les jours). Le score total est classé en absence d'anxiété généralisée (0-9) et anxiété généralisée modérée à sévère (10-21). Les **limitations fonctionnelles chez les parents en lien avec leur santé** ont été mesurées en combinant la réponse du parent répondant avec celle du conjoint (lorsqu'il y en a) au *Global Activity Limitation Indicator* (GALI) (32), « Êtes-vous limité, depuis au moins

six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? », pour obtenir trois modalités (aucun parent limité, au moins un des parents un peu limité, au moins un des parents fortement limité).

Le niveau de diplôme le plus élevé du ménage en quatre modalités (Inférieur au baccalauréat / baccalauréat (général, professionnel ou technologique) / 1^{er} cycle universitaire, formation paramédicale, sociale / 2^e ou 3^e cycle universitaire, médecine, pharmacie, dentaire, ingénieur, grandes écoles) a été créé en combinant la réponse du parent répondant et du conjoint s'il y en a.

La situation financière perçue a été évaluée par le parent répondant au moyen de la question suivante : « *Actuellement, diriez-vous que financièrement : Vous êtes à l'aise ; Ça va ; C'est juste ; Vous y arrivez difficilement ; Vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours à un crédit à la consommation) »*.

Deux variables relatives au milieu de vie scolaire et extra-scolaire :

Le temps passé au centre de loisirs les jours sans école en trois modalités (jamais / le mercredi ou pendant les vacances scolaires, avec régularité ou occasionnellement / le mercredi et pendant les vacances scolaires, avec régularité ou occasionnellement) a été obtenu en combinant les déclarations du parent répondant. Les enfants étaient considérés comme des **victimes probables de harcèlement** de la part d'autres enfants (oui / non) si le parent ou l'enseignant répondaient « un peu vrai » ou « très vrai » à la question suivante de l'échelle SDQ : « *S'il vous plaît, en vous basant sur le comportement de [Prénom, Nom] au cours des six derniers mois ou de l'année scolaire actuelle : [prénom] est harcelé ou tyrannisé⁴ par d'autres enfants (options de réponse : pas vrai / un peu vrai / très vrai) »*.

Caractéristiques environnementales : la pénibilité importante du confinement ou l'inquiétude importante de la pandémie de Covid-19 pour l'enfant et/ou sa famille (oui / non) a été créée en combinant quatre questions, en retenant comme « oui » les réponses égales à 9 ou 10 sur l'échelle de 0 à 10 concernant la pénibilité des confinements (pour le parent et pour l'enfant) et l'inquiétude liée à l'épidémie (pour le parent et pour l'enfant). **Le statut de la commune où se trouve l'école de l'enfant** en trois modalités (rurale / peu dense, bourg et petite ville, ville dense à très dense) est issu de la base des unités urbaines de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)⁵.

4. Le terme original en anglais « bully », traduit en 2002, signifie à la fois « intimider » et « brutaliser ».

5. <https://www.insee.fr/fr/information/4802589>

ANALYSES STATISTIQUES

Correction de la non-réponse totale et pondération

La non-réponse totale a été corrigée par repondération selon la méthode des scores, suivie d'un calage sur marges (sexe de l'enfant, niveau scolaire croisé avec le secteur de l'école), à l'aide de la macro Calmar de l'Insee. Les détails sont disponibles dans Monnier-Besnard *et al.* (2024) (5).

Imputation des données manquantes

Les données manquantes issues du questionnaire parent ont été imputées avec l'algorithme MissForest (package R), basé sur des forêts aléatoires (33). L'imputation a été réalisée par itérations successives, en prédisant les valeurs manquantes à partir des données observées.

Analyses descriptives

Les analyses descriptives ont été effectuées avec le logiciel SAS Enterprise Guide v7.1 sur les données après imputation, en prenant en compte le plan de sondage et la pondération.

Les caractéristiques ont été décrites dans l'échantillon d'analyse, selon la présence ou non d'au moins un trouble probable de santé mentale chez les enfants. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme de proportions pondérées en pourcentages avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % et les comparaisons statistiques ont été effectuées à l'aide des tests de Chi² de Rao-scott.

Analyses multivariées

Afin d'identifier les facteurs associés à la présence d'au moins un trouble probable de santé mentale chez les enfants, à partir des nombreuses variables issues des questionnaires parent et enseignant, nous avons adopté une stratégie de sélection en deux étapes :

Premièrement, les résultats des analyses bivariées, mis en perspectives avec la littérature scientifique et enrichis par les échanges menés avec le groupe de travail, ont permis d'effectuer une première sélection de variables (n=32).

Deuxièmement, compte tenu du nombre important de covariables et des interdépendances possibles entre celles-ci, une nouvelle sélection a été effectuée à l'aide de la régression pénalisée Elastic Net (34), combinant les méthodes LASSO et Ridge Regression. Les observations ont été divisées en un échantillon d'entraînement (80 %) et un échantillon de test (20 %). L'échantillon d'entraînement a été divisé en 10 sous-groupes et le modèle a été entraîné et évalué 10 fois (chaque fois sur 9 sous-groupes, avec test sur le 10^e restant). Les paramètres du modèle, ont été optimisés pour maximiser l'aire sous la courbe ROC (AUC). Différentes combinaisons des paramètres de pénalisation (alpha, lambda) ont été testées, et le seuil de classification a été défini *via* l'indice de Youden, afin d'optimiser la sensibilité et la spécificité du modèle. Pour évaluer la stabilité de la sélection des variables, 50 bootstrap ont été réalisés. Seules les variables sélectionnées dans au moins 70 % des rééchantillonnages ont été conservées dans le modèle final, qui comprend 18 variables et offre le meilleur compromis entre performance et parcimonie (AUC = 0,76 ; sensibilité = 0,59 ; spécificité = 0,75 ; ratio événements/variables = 43, seuil Youden de 0,12).

Puis un modèle de régression de Poisson à variance robuste a été utilisé afin d'examiner les associations entre ces 18 variables et la présence d'au moins un trouble santé mentale probable. Les associations sont présentées sous forme de rapports de prévalences (RP) ajustés et accompagnés de leurs IC95 %. Des tests de confusion et d'interaction ont été effectués.

Les analyses ont été effectuées avec R (version 4.3.1), packages *caret* et *glmnet* pour Elastic net et package *survey* pour la régression de Poisson à variance robuste en prenant en compte le plan de sondage et la pondération de l'échantillon.

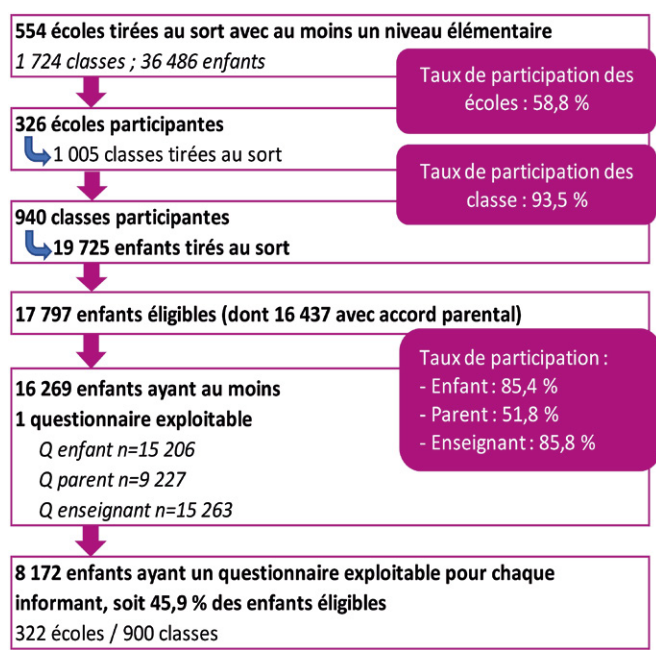
RÉSULTATS

PARTICIPATION ET ÉCHANTILLON D'ANALYSE

La **Figure 1** présente les étapes de constitution de l'échantillon analysé. Sur les 706 écoles tirées au sort, 554 écoles avaient au moins un élève de niveau élémentaire (CP au CM2) et parmi ces dernières, 326 écoles ont participé (58,8 %). Parmi les 326 écoles participantes, 1 005 classes ont été tirées au sort. Sur les 1 005 classes ayant au moins un enfant de niveau élémentaire, 940 classes ont participé (93,5 %). Nous n'avons pas observé de différence significative entre les écoles participantes et non participantes sur les variables disponibles au niveau école (type d'école, secteur de l'école – public non REP, public REP, public REP+, privé sous contrat avec l'Éducation nationale, taille de l'école, région de l'école, type de commune de l'école) ni les classes participantes et non participantes (taille de la classe, classe multiniveaux élémentaire).

Au total, 17 797 enfants étaient éligibles pour participer à l'étude. Un questionnaire enfant a été complété et analysé pour 15 206 (85,4 %) d'entre eux, un questionnaire parent pour 9 227 (51,8 %) et un questionnaire enseignant pour 15 263 (85,8 %). **Enfin, pour 8 172 enfants, soit 45,9 % des enfants éligibles, un questionnaire enfant, un questionnaire parent et un questionnaire enseignant étaient exploitables. C'est sur ce dernier échantillon que les**

FIGURE 1 | Diagramme de participation ; Enabee 2022, France hexagonale



analyses descriptives ont été réalisées. Les analyses multivariées ont été réalisées sur l'échantillon d'enfants ne présentant aucune valeur manquante (n=8 135) ; des valeurs manquantes résiduelles pouvant être liées au type de répondant (autre que parent, par exemple grand-parent).

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON D'ANALYSE

Le **tableau 1** décrit l'échantillon total puis selon la présence ou non de troubles probables tels que mesurés dans Enabee.

Au niveau de l'échantillon total d'enfants analysés :

Caractéristiques individuelles de l'enfant, l'échantillon était composé de 51,3 % de garçons, des complications de grossesse ont été déclarées pour 16,3 % des enfants et 23,7 % des enfants présentaient une maladie chronique selon le parent répondant. La plupart des enfants ne présentaient pas de difficultés scolaires selon le parent ou l'enseignant (71,4 %). Un cinquième (20,4 %) des enfants fréquentait avec régularité ou occasionnellement le centre de loisirs le mercredi et pendant les vacances scolaires en plus du temps passé à l'école (avec ou sans accueil périscolaire). On dénombrait 10,3 % des enfants victimes probables de harcèlement de la part d'autres enfants selon le parent ou l'enseignant. Parmi les enfants de l'échantillon, 14,2 % avaient vécu au moins un événement difficile depuis leur naissance dont 11,5 % un décès d'un proche (père, mère, frère, sœur, adulte ou enfant vivant au quotidien avec l'enfant), 1,7 % un placement à l'aide sociale à l'enfance (ASE), 1,3 % une agression ou un acte de violence par une personne de plus de 15 ans, 0,5 % une adoption. La majorité de l'échantillon (58,9 %) avait vécu au moins un événement difficile depuis un an. L'événement le plus fréquent était le décès d'un membre de la famille autre que le père ou la mère (26,0 %), suivi par un déménagement (22,8 %), la mort d'un animal important pour l'enfant (16,7 %), une maladie ou un accident d'un membre de sa famille proche ayant nécessité une hospitalisation (13,0 %), la perte d'emploi de l'un de ses parents (11,0 %), des problèmes d'argent des parents (9,1 %) et le décès d'un ami proche de l'enfant (1,1 %). Près de la majorité des enfants (48,2 %) avaient vécu deux événements ou moins et une part non négligeable (10,7 %) avaient fait face à trois événements potentiellement difficiles ou plus.

TABLEAU 1 | Description de l'échantillon (proportions pondérées, % et IC 95 %) et analyse multivariée des facteurs associés à la présence d'au moins un trouble probable de santé mentale (proportions pondérées % et IC95 % – Rapports de prévalences ajustés (RPa)) Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire

	Échantillon complet (n=8172)			Pas de trouble (n=7190)			Au moins un trouble probable (n=982)			Rapports de prévalences ajustés		P value
	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	RPa*	[IC à 95 %]	
Caractéristiques individuelles de l'enfant												
Sexe												
Féminin (réf)	3 949	48,7	[47,6-49,8]	3 555	50,0	[48,9-51,2]	394	39,6	[36,2-43,0]	-	-	< 0,0001
Masculin	4 223	51,3	[50,2-52,4]	3 635	50,0	[48,8-51,1]	588	60,5	[57,0-63,8]	1,36	[1,21-1,53]	
Complications au cours de la grossesse												
Non (réf)	6 742	82,5	[81,6-83,4]	5 992	83,5	[82,5-84,4]	750	76,2	[73,4-78,9]	-	-	0,008
Oui	1 349	16,3	[15,5-17,8]	1 131	15,5	[14,6-16,4]	218	22,2	[19,6-25,0]	1,25	[1,09-1,44]	
Ne sait pas	81	1,2	[0,8-1,5]	67	1,1	[0,8-1,4]	14	1,6	[0,8-2,7]	1,00	[0,61-1,64]	
Maladies chroniques												
Non (réf)	6 263	76,3	[75,3-77,4]	5 578	77,4	[76,3-78,5]	685	69,0	[65,6-72,2]	-	-	0,001
Oui	1 909	23,7	[22,6-24,7]	1 612	22,6	[21,5-23,7]	297	31,0	[27,8-34,4]	1,24	[1,09-1,41]	
Difficultés scolaires chez l'enfant selon le parent et/ou l'enseignant												
Aucune (réf)	5 961	71,4	[70,1-72,7]	5 549	76,1	[74,8-77,4]	412	40,3	[37,1-43,5]	-	-	< 0,0001
Oui, rapportées par le parent et l'enseignant	927	12,3	[11,4-13,2]	594	8,8	[8,0-9,6]	333	35,5	[32,3-38,8]	4,07	[3,55-4,67]	
Oui, rapportées uniquement par le parent	437	5,4	[4,8-6,0]	319	4,5	[3,9-5,1]	118	11,8	[9,7-14,1]	3,08	[2,59-3,67]	
Oui, rapportées uniquement par l'enseignant	847	10,9	[10,0-11,8]	728	10,7	[9,8-11,6]	119	12,5	[10,2-15]	1,89	[1,54-2,31]	
Au moins un événement de vie difficile pour l'enfant depuis sa naissance**												
Non (réf)	7 024	85,8	[84,9-86,6]	6 253	86,9	[86,0-87,8]	771	78,0	[75,0-80,8]	-	-	0,005
Oui	1 148	14,2	[13,4-15,1]	937	13,1	[12,2-14]	211	22,0	[19,2-25]	1,22	[1,06-1,40]	
Nombre d'événements de vie difficiles pour l'enfant et/ou sa famille dans l'année précédant l'enquête***												
Aucun événement (réf)	3 362	41,0	[39,9-42,2]	3 032	42,1	[41,0-43,3]	330	33,8	[30,8-36,8]	-	-	0,278
≤ 2 événements	3 935	48,2	[47,2-49,3]	3 423	47,6	[46,5-48,8]	512	52,3	[48,8-55,8]	1,10	[0,97-1,25]	
≥ 3 événements	875	10,7	[10,0-11,5]	735	10,2	[9,5-11,0]	140	13,9	[11,8-16,4]	1,00	[0,83-1,20]	
Caractéristiques familiales et relationnelles de l'enfant												
Âge du parent répondant à la naissance de l'enfant (37 VM car lien autre que parent)****												
< 30 ans (point réf 27)	3 607	44,0	[42,2-45,7]	3 117	43,1	[41,3-45,0]	490	49,5	[45,8-53,1]	1,07	[0,84-1,36]	Non appl.
[30 ans-39 ans] (point réf 33)	4 050	49,8	[48,2-51,5]	3 616	50,6	[48,8-52,3]	434	45,0	[41,3-48,8]	-	-	
≥ 40 ans (point réf 42)	478	6,2	[5,5-6,9]	425	6,3	[5,6-7,1]	53	5,5	[4,0-7,4]	0,95	[0,75-1,2]	
Structure et climat familial (4 VM car question filtrée)												
Parents vivant ensemble et pas de disputes (réf)	6 058	73,3	[72,0-74,6]	5 442	74,9	[73,5-76,2]	616	62,6	[59,2-65,9]	-	-	0,008
Parents vivant ensemble avec disputes	276	3,4	[3,0-3,8]	228	3,2	[2,7-3,6]	48	4,7	[3,3-6,4]	1,18	[0,91-1,53]	
Parents séparés et pas de disputes	1 234	15,6	[14,6-16,6]	1 039	14,9	[13,9-15,9]	195	20,0	[17,1-23,1]	1,22	[1,02-1,43]	
Parents séparés avec disputes	316	4,0	[3,5-4,5]	246	3,5	[3,0-4,1]	70	6,9	[5,3-8,8]	1,42	[1,16-1,75]	
Autre situation*****	284	3,8	[3,3-4,4]	231	3,5	[3,0-4,1]	53	5,8	[4,3-7,7]	1,23	[0,94-1,61]	
Soutien social perçu du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)												
Faible (score total compris dans [3-8])	1 090	13,5	[12,7-14,4]	880	12,5	[11,6-13,4]	210	20,6	[18-23,5]	1,28	[1,09-1,50]	0,004
Modéré (score total compris dans [9-11])	3 662	44,7	[43,5-46,0]	3 215	44,5	[43,2-45,8]	447	46,2	[42,7-49,7]	1,20	[1,06-1,37]	
Important (score total compris dans [12-14]) (réf)	3 418	41,8	[40,5-43,0]	3 093	43	[41,7-44,3]	325	33,2	[30-36,5]	-	-	

	Échantillon complet (n=8172)			Pas de trouble (n=7190)			Au moins un trouble probable (n=982)			Rapports de prévalences ajustés		P value
	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	RPa*	[IC à 95 %]	
Anxiété généralisée modérée à sévère du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)												
Non (score total < 10) [réf]	7 656	93,7	[93,0-94,3]	6 811	94,8	[94,2-95,4]	845	86,0	[83,3-88,4]	-	-	< 0,0001
Oui (score total ≥ 10)	514	6,3	[5,7-7,0]	377	5,2	[4,6-5,8]	137	14,0	[11,6-16,7]	1,48	[1,24-1,78]	
Maladie chronique au sein du ménage (2 VM car 2 familles d'accueil)												
Non (réf)	6 387	77,9	[76,8-78,9]	5 658	78,5	[77,4-79,5]	729	73,7	[70,7-76,5]	-	-	0,678
Oui, chez au moins un des parents	1 783	22,1	[21,1-23,2]	1 530	21,5	[20,5-22,6]	253	26,3	[23,5-29,3]	1,01	0,81-1,27	
Les limitations d'activité chez les parents en lien avec leur santé (GALI) (2 VM car 2 familles d'accueil)												
Non (réf)	6 939	84,7	[83,8-85,6]	6 158	85,6	[84,6-86,5]	781	78,9	[76,0-81,6]	-	-	0,437
Au moins un des parents un peu limité	904	11,2	[10,4-12,0]	767	10,7	[9,9-11,6]	137	14,2	[12,0-16,8]	1,05	[0,89-1,23]	
Au moins un des parents fortement limité	327	4,1	[3,6-4,6]	263	3,7	[3,2-4,2]	64	6,9	[5,2-8,8]	1,17	[0,92-1,47]	
Niveau de diplôme le plus élevé du ménage (2 VM car 2 familles d'accueil)												
Inférieur au baccalauréat	1 584	20,0	[18,4-21,6]	1 323	18,9	[17,3-20,6]	261	26,9	[23,8-30,2]	1,06	[0,87-1,30]	0,332
Baccalauréat (général, professionnel ou technologique)	1 538	18,4	[17,2-19,7]	1 311	17,7	[16,5-18,9]	227	23,5	[20,5-26,7]	1,17	[0,96-1,43]	
1 ^{er} cycle universitaire, formation paramédicale, sociale	2 646	31,4	[30,0-32,7]	2 341	31,6	[30,2-33,1]	305	29,6	[26,4-33,0]	1,12	[0,92-1,36]	
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire, médecine, pharmacie, dentaire, ingénieur, grandes écoles [réf]	2 402	30,2	[27,8-32,8]	2 213	31,8	[29,2-34,4]	189	20,0	[16,6-23,8]	-	-	
Ressenti de la situation financière du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)												
À l'aise ou ça va [réf]	5 486	66,8	[65,4-68,2]	4 962	68,9	[67,4-70,3]	524	53,3	[49,5-57]	-	-	0,001
C'est juste	1 764	21,8	[20,7-22,9]	1 513	21,2	[20,1-22,4]	251	25,6	[22,5-28,9]	1,12	[0,96-1,31]	
Y arrive difficilement, dettes, recours à un crédit à la consommation	920	11,4	[10,6-12,2]	713	9,9	[9,2-10,8]	207	21,1	[18,4-24]	1,38	[1,16-1,64]	
Temps passé au centre de loisirs, les jours sans école												
Ni mercredi, ni vacances [réf]	4 393	53,3	[51,5-55]	3 904	54,0	[52,1-55,9]	489	48,4	[44,9-51,9]	-	-	0,006
Mercredi ou vacances, avec régularité ou occasionnellement	2 136	26,3	[24,8-27,8]	1 884	26,3	[24,7-27,9]	252	26,5	[23,4-29,8]	1,11	[0,95-1,29]	
Mercredi et vacances, avec régularité ou occasionnellement	1 643	20,4	[19,0-22,0]	1 402	19,7	[18,2-21,3]	241	25,1	[21,9-28,6]	1,27	[1,10-1,47]	
Victime probable de harcèlement de la part d'autres enfants, selon le parent ou l'enseignant												
Non [réf]	7 325	89,7	[89,0-90,5]	6 516	90,7	[89,9-91,4]	809	83,3	[80,4-86,0]	-	-	0,001
Oui	847	10,3	[9,5-11,0]	674	9,3	[8,6-10,1]	173	16,7	[14,0-19,6]	1,36	[1,14-1,63]	
Caractéristiques environnementales												
Pénibilité importante du confinement ou inquiétude importante pour le Covid-19 pour l'enfant et/ou sa famille												
Non [réf]	6 223	75,2	[73,9-76,5]	5 582	76,8	[75,5-78,1]	641	64,3	[60,9-67,5]	-	-	0,01
Oui	1 949	24,8	[23,5-26,1]	1 608	23,2	[21,9-24,5]	341	35,7	[32,5-39,1]	1,16	[1,04-1,31]	
Typologie de la commune de l'école, zonage DEPP												
Rurale/peu dense	2 601	29,6	[24,0-35,8]	719	8,2	[5,6-11,6]	119	10,6	[6,6-16,0]	1,17	[0,94-1,45]	0,323
Bourg et petite ville	838	8,6	[5,8-12,0]	2 293	29,8	[24,1-36,0]	308	28,6	[22,1-35,9]	1,00	[0,86-1,17]	
Ville dense à très dense [réf]	4 733	61,8	[55,4-67,9]	4 178	62,0	[55,6-68,0]	555	60,7	[53,1-67,9]	-	-	

DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance ; IC : intervalle de confiance ; réf : valeur de référence ; RPa : Rapports de prévalences ajustés ; VM : valeur manquante
* Les rapports de prévalence en gras sont significatifs

** Événement(s) de vie potentiellement difficile(s) depuis la naissance : parmi décès d'un membre de sa famille proche (père, mère, frère, sœur, adulte ou enfant vivant avec l'enfant au quotidien), victime d'agression ou de violence par une personne de plus de 15 ans, adoption, suivi par l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

*** Événement(s) de vie potentiellement difficile(s) dans l'année précédant l'enquête : parmi déménagement, perte d'emploi de l'un de ses parents (ou adulte vivant avec l'enfant au quotidien), problèmes d'argent des parents (ou adulte vivant avec l'enfant au quotidien), maladie ou accident d'un membre de sa famille proche (père, mère, frère, sœur, adulte ou enfant vivant avec l'enfant au quotidien) ayant nécessité une hospitalisation, décès d'une personne de la famille (grand-parent, oncle, tante, conjoint d'un des parents autre que le père ou la mère), décès d'un ami proche de l'enfant, mort d'un animal important pour l'enfant.

**** L'âge du parent à la naissance a été modélisé à l'aide d'une transformation par polynômes fractionnaires pour être pris en compte en continu dans les analyses. Pour en faciliter l'interprétation, les résultats sont présentés sous forme de classes d'âge permettant de prendre en compte la forme de la courbe.

***** Autre situation : autre parent décédé, n'a toujours eu qu'un parent, famille d'accueil, questionnaire rempli par autre membre de la famille.

Note de lecture des rapports de prévalence ajustés : les résultats de la régression de Poisson multivariée indiquent que **les caractéristiques en gras** sont significativement associées à une augmentation de la prévalence de la présence d'au moins un trouble, après ajustement sur toutes les variables présentées dans le tableau. Par exemple, la prévalence d'au moins un trouble était 1,36 plus élevée ou 36 % plus élevée chez les garçons, avec un intervalle de confiance à 95 % de [1,21-1,53].

Caractéristiques familiales et relationnelles de l'enfant : près de la moitié (49,8 %) des parents répondant étaient âgés de 30 à 39 ans au moment de la naissance de l'enfant, 76,7 % vivaient ensemble, dont 3,4 % dans un climat parental tendu (disputes fréquentes ou très fréquentes entre parents). Une minorité (13,5 %) des parents répondant déclarait recevoir peu de soutien social. Concernant la santé, 6,3 % des parents répondant présentaient une anxiété généralisée probable, 22,1 % des ménages comptaient au moins un des parents atteint d'une maladie chronique et 4,1 % des ménages avaient au moins un parent fortement limité dans ses activités à cause de sa santé. Pour 18,4 % des ménages le niveau de diplôme le plus élevé était le baccalauréat et pour 33,2 % de l'échantillon, le ressenti de la situation financière du parent répondant était juste ou difficile.

Caractéristiques environnementales : Au sein des familles participantes, près d'un quart (24,8 %) avait vécu la période de la pandémie de Covid-19 comme très pénible ou avec beaucoup d'inquiétude. Enfin, l'échantillon d'enfants étudié était scolarisé majoritairement dans des communes denses voire très denses (61,8 %).

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'AU MOINS UN TROUBLE PROBABLE DE SANTÉ MENTALE

Le **tableau 1** décrit également la distribution des caractéristiques des enfants sans / avec troubles de santé mentale, ainsi que le résultat de la régression multivariée de Poisson permettant d'identifier les caractéristiques significativement associées à la présence d'au moins un trouble probable de santé mentale, après ajustement sur toutes les variables présentées dans le tableau.

Caractéristiques individuelles de l'enfant

Les garçons avaient plus fréquemment des troubles que les filles (RPa=1,36 [1,21-1,53]). Il en était de même pour les enfants dont la mère avait déclaré des complications médicales pendant la grossesse, ou ceux atteints de maladie chronique (RPa=1,25 [1,09-1,44] et RPa=1,24 [1,09-1,41] respectivement). Plusieurs autres facteurs étaient significativement associés à la probabilité d'avoir au moins un trouble probable de santé mentale : la présence de difficultés scolaires chez l'enfant, *a fortiori* si elles avaient été identifiées conjointement par le parent et l'enseignant (RPa=4,07 [3,55-4,67]), le fait que l'enfant

ait connu des événements difficiles depuis la naissance (RPa=1,22 [1,06-1,40]). En revanche, le nombre d'événements stressants vécus depuis un an n'était plus significativement associé après ajustement.

Caractéristiques familiales et relationnelles de l'enfant

Le fait d'avoir des parents séparés et qui se disputent était associé à la présence d'au moins un trouble de santé mentale probable chez l'enfant (RPa=1,22 [1,02-1,43], RPa=1,42 [1,16-1,75] respectivement). De même, un soutien social perçu comme modéré ou faible par le parent répondant (RPa =1,2 [1,06-1,37] et RPa=1,28 [1,09-1,50] respectivement) et le fait de grandir auprès d'un parent présentant une anxiété généralisée probable (RPa=1,48 [1,24-1,78]) étaient associés à une plus forte probabilité d'avoir un enfant avec un trouble de santé mentale.

En outre, les difficultés économiques, mesurées *via* la situation financière perçue du parent répondant, étaient également associées : les enfants dont les parents déclarent « *y arriver difficilement ou en ayant des dettes* » présentaient plus fréquemment au moins un trouble probable de santé mentale (RPa=1,38 [1,16-1,64]).

Le niveau de diplôme le plus élevé du ménage, le fait qu'au moins un des parents déclare une maladie chronique et les limitations d'activité des parents n'étaient, par contre, plus associés après ajustement du modèle, alors qu'un effet était observé en univarié.

Par ailleurs, le milieu de vie scolaire et extra-scolaire de l'enfant était également associé : un temps important passé au centre de loisirs les jours sans école (fréquentation avec régularité ou occasionnellement le mercredi et pendant les vacances scolaires) augmentait la probabilité de présenter un trouble (RPa=1,27 [1,10-1,47]), ainsi que le fait d'être victime probable de harcèlement de la part d'autres enfants (RPa=1,36 [1,14-1,63]).

Caractéristiques environnementales

L'environnement au sens large était également associé, les enfants pour lesquels la période Covid-19 avait été pénible ou avait généré une inquiétude importante pour eux et/ou leur famille, présentant une probabilité significativement plus élevée d'avoir un trouble probable de santé mentale (RPa=1,16 [1,04-1,31]).

Enfin, la typologie de la commune de scolarisation n'était pas associée à la survenue d'au moins un trouble probable de santé mentale chez l'enfant.

À noter que plusieurs interactions statistiques ont été testées sans association statistiquement significative : entre la pénibilité ressentie par l'enfant / sa famille de la période Covid-19 et le ressenti financier par le parent répondant, les événements de vie stressants et le diplôme du parent ou entre l'âge du parent et sa santé mentale par exemple.

DISCUSSION

FACTEURS ASSOCIÉS À AU MOINS UN TROUBLE PROBABLE DE SANTÉ MENTALE

Caractéristiques individuelles de l'enfant

Sexe de l'enfant

Dans notre étude, les garçons présentaient plus fréquemment au moins un trouble probable de santé mentale que les filles. Ce constat est classiquement retrouvé en France et en Europe (35), les garçons présentant plus de difficultés oppositionnelles et d'inattention / d'hyperactivité que les filles, troubles qui sont les plus fréquents dans cette tranche d'âge. Ce résultat peut aussi refléter la meilleure sensibilité des échelles utilisées pour les troubles dits « externalisés » que pour les troubles émotionnels (28).

Complications au cours de la grossesse

Comme dans notre étude (RPa pour au moins 1 complication=1,25 [1,09-1,4]), l'étude de Butler *et al.* (36) a trouvé une association significative entre la déclaration de complications pendant la grossesse de la mère et la présence de difficultés probables de santé mentale chez les enfants (ORa pour 1 complication=1,9 [1,4-2,6] et ORa pour 4 complications et plus = 6,9 [3,3-14,4]). Des processus immuno-inflammatoires affectant le développement du cerveau pendant la grossesse et l'impact physiologique du stress chronique sur l'organisme (ou charge allostatique) ont été avancés comme explications dans la littérature. En effet, il y a de plus en plus de données scientifiques sur le rôle de l'inflammation sur le développement et la santé de l'enfant (37), et bien que les mécanismes soient complexes et souvent intriqués, ces complications pourraient servir de marqueur précoce de vulnérabilité psychique chez l'enfant. Par ailleurs, d'autres travaux menés sur la surveillance épidémiologique périnatale ont montré d'une

part que la fréquence des complications de type diabète gestationnel ou prééclampsie pourraient continuer à augmenter dans les années à venir (38), impactant ainsi mécaniquement la santé (mentale) des mères et des enfants et d'autre part que les femmes enceintes présentant des difficultés psychologiques recourent peu aux soins de santé mentale anténatals, surtout celles présentant des complications somatiques de grossesse (publication en cours).

Maladies chroniques

L'association entre la présence déclarée d'une maladie chronique chez l'enfant et la présence de troubles probables de la santé mentale retrouvée dans notre étude est cohérente avec le résultat de nombreuses études internationales (39) et souligne combien sont liés les maladies chroniques somatiques et les troubles mentaux (40). Des facteurs de risque partagés biologiques (immunologiques ou génétiques par exemple) ou environnementaux (stress, traitements médicamenteux, sentiment de différence par rapport aux autres) ou encore les restrictions d'activité et de participation sociale induites par ces maladies chroniques sont, en effet, autant de paramètres qui pourraient expliquer cette association.

Difficultés scolaires chez l'enfant selon le parent et/ou l'enseignant

Parmi l'ensemble des facteurs étudiés, ce sont les difficultés scolaires qui apparaissaient les plus fortement associées aux troubles de santé mentale chez les enfants, résultat largement retrouvé dans la littérature (41), rappelant le lien bidirectionnel robuste entre difficultés scolaires et santé mentale des enfants. Cette relation semble se renforcer au fil de la scolarité, y compris chez les enfants présentant des symptômes subcliniques (42,43). Les troubles comportementaux peuvent précéder les difficultés scolaires, mais l'échec scolaire peut également favoriser l'apparition de symptômes émotionnels et comportementaux (44).

Des difficultés scolaires précoces affectent l'intégration sociale, l'estime de soi et l'état émotionnel de l'enfant. Cette réciprocité des liens entre réussite scolaire et santé mentale montre l'importance des interventions de prévention et de promotion de la santé mentale dès le plus jeune âge et la nécessité d'être vigilant, au plus proche des enfants (et donc à l'école) aux difficultés scolaires et aux troubles de santé mentale ou aux situations à risque de

troubles de la santé mentale (45). Nos résultats montrent que cette association est particulièrement marquée lorsque les difficultés scolaires sont rapportées simultanément par les parents et les enseignants. Cela confirme l'intérêt d'un recueil multi-informants – comme dans Enabee – tout en tenant compte dans l'interprétation du fait que les questions et appréciations sur la présence de « difficultés scolaires » étaient différentes entre le parent (toute difficulté scolaire) et l'enseignant (lorsqu'au moins deux de ces compétences étaient jugées « en dessous » ou « très en dessous de la moyenne » par rapport aux enfants du même âge). Cela permet d'identifier les situations où le risque de trouble de la santé mentale actuel ou future est potentiellement particulièrement élevé (46).

Au moins un événement de vie difficile pour l'enfant depuis sa naissance

Plusieurs types d'événements stressants vécus depuis la naissance ont été collectés dans le questionnaire parental et regroupés en une seule variable pour des raisons d'effectifs : le décès d'un proche constituait le facteur le plus fréquemment rapporté (11,5 % des répondants). La littérature confirme que le deuil précoce est un facteur de risque majeur pour le développement de troubles psychologiques, tant dans l'enfance que plus tard à l'âge adulte (47-50). Les éventuelles agressions subies (physiques, sexuelles, verbales), l'adoption ou le suivi par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ont également été collectées. Les informations sur ces agressions subies par les enfants demeuraient limitées, dans notre enquête : l'identité de l'auteur, la fréquence, la temporalité ou les dynamiques de ces violences n'étaient pas précisées, et une sous-déclaration est probable. Pour autant, les violences physiques, verbales et sexuelles sont clairement associées à une dégradation de la santé mentale et physique dès l'enfance et ont des répercussions tout au long de la vie. Les adultes ayant été victimes de maltraitance / violences durant l'enfance présentent plus fréquemment des symptômes anxieux et dépressifs, ainsi qu'une consommation problématique d'alcool et de substances psychoactives (51,52). L'exposition à ces violences accroît également la probabilité de comportements à risque, tels qu'une activité sexuelle à un âge précoce, avec un risque associé notamment de grossesses chez des adolescentes (53) ou des conduites violentes (54). Enfin, la maltraitance dans l'enfance entraîne des altérations durables du développement cognitif et affectif, qui peuvent renforcer la vulnérabilité psychique à long terme (55).

En France, il n'existe pas de cohorte d'enfants confiés à l'ASE. Les études et rapports disponibles s'accordent toutefois sur la grande vulnérabilité de la santé mentale de ces enfants et adolescents, atteints d'une surmorbidity psychiatrique par rapport à la prévalence observée dans la population générale (56-58). Ils insistent sur le poids des traumatismes, de l'instabilité des parcours et des ruptures des liens d'attachement (59). Malgré les besoins documentés d'accès aux soins pédopsychiatriques, plusieurs difficultés persistent dans l'accès et le maintien de la prise en soins de ces jeunes (60). Le nombre d'événements difficiles pour l'enfant et/ou sa famille survenu au cours de l'année écoulée (type déménagement, perte d'emploi des parents, mort d'un animal...) n'avait plus de lien significatif avec la santé mentale des enfants après prise en compte des autres facteurs (situation financière par exemple).

Caractéristiques familiales et relationnelles

Structure et climat familiaux

Quels que soient les outils permettant d'appréhender l'harmonie entre les parents, les études soulignent que les conflits intra-parentaux sont associés à une augmentation significative des troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents (61), avec un effet potentiel à long terme à l'âge adulte (62). En outre, l'association que nous observons entre la séparation des parents et la santé mentale de l'enfant est largement confirmée dans les données retrouvées dans la littérature (63,64).

Soutien social perçu chez le parent répondant

Le manque de soutien social perçu par les parents répondants apparaît comme un facteur associé à l'augmentation de la prévalence d'un trouble mental probable de santé mentale chez les enfants. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une étude récente, soulignant par ailleurs que cette association est en partie médiée par la qualité des relations intra-parentales et des interactions parent-enfant (65). La capacité des parents à mobiliser un soutien social – tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants – influencerait positivement la santé mentale des enfants, ainsi que leur propre capacité future à mobiliser ce soutien (66). Deux grandes théories peuvent expliquer l'effet du soutien social sur la santé mentale : celle de l'effet « tampon » sur le stress, suggérant que le soutien social diminue l'impact négatif du stress éprouvé par une

personne et celle de l'effet « global », reposant sur l'effet bénéfique des bonnes relations sociales sur la santé, dont la santé mentale (67). Notre étude n'a cependant pas exploré si la perception des enfants eux-mêmes sur le soutien social de leur environnement avait un effet sur leur santé mentale.

Anxiété généralisée modérée à sévère du parent répondant

En ligne avec les observations rapportées dans la littérature (68), la présence de troubles anxieux probables chez le parent répondant était également associée à la présence de troubles probables de santé mentale chez l'enfant. Cette association est notamment sous-tendue par des facteurs génétiques spécifiques aux troubles anxieux. Les pratiques parentales, affectant la qualité de la relation parents-enfants, ont aussi un effet direct sur l'émergence des troubles anxieux chez leur enfant (69,70). Enfin, la relation parent-enfant est une relation d'influence mutuelle et la santé mentale de l'enfant peut aussi influencer la santé mentale des parents (71,72).

Par contre, les présences déclarées d'une maladie chronique ou d'une limitation fonctionnelle chez les parents participants à Enabee n'ont pas été retrouvées associées à la santé mentale de l'enfant, après ajustement sur les autres covariables (alors qu'un effet significatif était trouvé dans l'analyse univariée). Bien que ces résultats soient à considérer avec précaution compte tenu des limites sur le recueil de ces données déclaratives (aucune information recueillie sur la gravité et l'ancienneté de la maladie, ni sur le type de limitations fonctionnelles), ils sont cohérents avec ceux de l'étude allemande BELLA qui n'a pas trouvé non plus d'association significative entre la présence d'une maladie chronique des parents et la santé mentale de leur enfant (40).

Ressenti de la situation financière du parent répondant

Enfin, parmi les caractéristiques socio-économiques étudiées, seul le ressenti financier négatif du parent répondant était associé à une plus grande fréquence de troubles probables de santé mentale chez les enfants, après ajustement. Malgré la diversité des indicateurs utilisés dans la littérature pour analyser les liens entre le niveau socio-économique de la famille (revenus déclarés ou situation financière ressentie, niveau de diplôme de la mère, type de profession, le fait d'être en situation d'emploi ou au chômage, aides financières perçues...) et la santé mentale de l'enfant, un consensus clair se dégage :

dans les familles les plus fragiles sur le plan socio-économique, les parents, comme les enfants, sont plus susceptibles de présenter des difficultés psychologiques (73), *a fortiori* si les difficultés financières persistent dans le temps ou si la situation économique se dégrade à un moment donné. Les enfants, particulièrement pour la tranche d'âge des 6-12 ans, dont les parents ont un faible niveau d'étude ou un faible niveau de revenus financiers présentent plus fréquemment au moins un trouble probable (74). Deux théories sont en jeu pour expliquer le lien causal : l'une reposant sur le fait que les difficultés économiques engendrent des difficultés de santé mentale chez l'enfant et l'autre plus indirecte reposant sur le fait que la santé mentale du parent a un effet de médiation sur la relation entre les difficultés socio-économiques et la santé mentale de l'enfant.

Temps passé au centre de loisirs les jours sans école

Le temps important passé au centre de loisirs, à la fois le mercredi et pendant les vacances scolaires, était associé à une prévalence plus élevée de troubles de santé mentale chez les enfants concernés (RPa=1,27 [1,10-1,47]). Dans la littérature, on observe une sur-représentation dans les centres de loisirs d'enfants provenant de familles à plus faibles revenus, plus vulnérables socialement ou dont les parents sont moins disponibles ou moins à même de les garder (75-77). Dans de nombreux pays, les acteurs des activités périscolaires ont développé des programmes de prévention des troubles mentaux, en particulier dans les territoires où les populations sont les plus vulnérables en termes socio-économiques. Le baromètre de la CNAF (78) montre que le recours au centre de loisirs en France est relié en partie aux contraintes financières (22 % des parents / familles ne pouvant pas se le permettre) ou aux difficultés de mobilisations des autres ressources (56 %). Or dans notre étude, nous n'avons cependant pas de preuve évidente que les facteurs socio-économiques sont impliqués dans cette surreprésentation d'enfants avec un trouble probable de santé mentale. On perçoit que la non-fréquentation des centres de loisirs est plus importante quand un des deux parents ne travaille pas (64,8 % [61,8-67,7]), par rapport aux ménages où les deux parents (ou le seul parent dans le cas des familles monoparentales) travaillent (50,3 % [48,4-52,2]). Ces résultats mettant en évidence une association entre-temps passée le mercredi et pendant les vacances scolaires au centre de loisirs et santé mentale des enfants, invitent à poursuivre les recherches pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents (facteurs organisationnels familiaux, sociaux

ou autres) potentiellement confondants et mieux caractériser les familles pour lesquelles l'accès à ces structures pourrait avoir un rôle protecteur ou, au contraire, révélateur d'une vulnérabilité sociale particulière.

Victime probable de harcèlement de la part d'autres enfants selon le parent ou l'enseignant

Le harcèlement était associé à la présence d'au moins un trouble de santé mentale chez les enfants (RPa = 1,36 [1,14-1,63]). Cette association, sans nécessairement présumer du sens de celle-ci, s'inscrit dans la continuité des travaux existants, qui soulignent le rôle central du harcèlement parmi les facteurs évitables affectant la santé mentale des jeunes (79,80). Au-delà de l'impact sur la santé mentale, il influence le développement psychosocial des enfants, leur parcours scolaire, et même leur trajectoire de vie à long terme (81-83). Malgré les dispositifs déployés (programme de prévention pHARe⁶, les numéros verts 3020/3018⁷, les campagnes de sensibilisation⁸), le harcèlement persiste dans les établissements scolaires. D'après l'enquête Harcèlement 2023 menée par l'Éducation nationale, 5 % des élèves en école élémentaire (CE2-CM2) se déclarent victimes de harcèlement scolaire depuis le début de l'année scolaire (84).

Caractéristique de l'environnement de vie plus large

Pénibilité importante du confinement ou inquiétude importante pour le Covid-19 pour l'enfant et/ou sa famille

La pénibilité du confinement et/ou l'inquiétude importante liée à la pandémie de Covid-19 était associée à une plus grande fréquence de troubles probables chez les enfants. Les données de la littérature s'accordent sur le fait que les troubles de santé mentale ont augmenté pendant et au décours de la pandémie de Covid-19 chez les enfants et les adolescents (85-87). Ces constats sont nuancés par des études longitudinales, mettant en évidence que l'appartenance à des trajectoires défavorables (problèmes internalisés ou externalisés élevés et persistants) était significativement corrélée à des facteurs comme la qualité de vie, le climat familial ou le soutien social au

début de la pandémie. Autrement dit, les enfants qui, au début / pendant de la pandémie de Covid-19, ressentaient un mal-être important, ou issus de familles plus précaires socio-économiquement, étaient statistiquement plus susceptibles d'appartenir aux trajectoires caractérisées par des problèmes de santé mentale élevés ou persistants post-Covid-19 (88-90).

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude s'appuie sur un échantillon aléatoire de grande taille et représentatif des enfants scolarisés à l'échelle de la France hexagonale, incluant une diversité d'établissements scolaires (publics et privés), ce qui renforce l'extrapolation des résultats. Les estimations des troubles probables de santé mentale combinent les points de vue de l'enfant, du parent et de l'enseignant, permettant une vision globale, même si la mesure ne se substitue pas à un diagnostic clinique. Enfin, cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux d'observation épidémiologique de santé périnatale (complications de grossesse, santé mentale de la mère notamment) menée par Santé publique France. Certaines limites doivent toutefois être soulignées. La mesure des facteurs associés repose principalement sur des informations déclaratives parentales, entraînant potentiellement un biais de mémorisation, de mauvaise compréhension ou biais de désirabilité sociale pouvant entraîner une sur ou sous déclaration. Par ailleurs, la moindre participation des parents a pu engendrer un biais de sélection. Pour pallier cela, une correction de la non-réponse totale a été réalisée à partir des données de l'Éducation nationale sur les écoles et les élèves, ainsi qu'aux données de carroyage de l'Insee. En outre, il est possible que les enfants les plus socialement vulnérables ou les plus affectés en termes de santé mentale n'aient pas été suffisamment inclus dans l'étude (par exemple les enfants hospitalisés ou vivant en institution ou les enfants confiés à l'ASE, issus de familles non francophones). De plus, certains facteurs protecteurs connus, sur les ressources personnelles (par exemple la résilience), ressources familiales (par exemple la qualité de la relation parents-enfants) et ressources environnementales n'ont pas été collectées, ne permettant pas d'étudier la modulation possible de ces facteurs sur les facteurs de vulnérabilité mis en évidence ici. De même les antécédents de pathologie psychiatriques familiaux ou toute vulnérabilité génétique familiale n'ont pas été mesurés dans cette étude, ce qui a pu entraîner un biais de confusion que nous n'avons pas pu prendre en compte. Enfin, l'étude est transversale (pas de suivi des enfants dans le temps),

6. <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcèlement/phare-un-dispositif-de-lutte-contre-le-harcèlement-l-ecole-323435>

7. <https://www.info.gouv.fr/actualite/harcèlement-agressions-violences-trois-numéros-pour-aider-les-enfants-en-danger#:~:text=Le%2030%2018%20est%20le,pour%20tout%20renseignement%20ou%20signalement>

8. <https://www.education.gouv.fr/non-au-harcèlement/les-campagnes-de-sensibilisation-323026>

ce qui ne permet pas de distinguer la chronologie de survenue ni l'ancienneté de certains événements mesurés (maladie chronique, harcèlement, etc.) ni d'établir la causalité des liens entre facteurs associés et troubles probables de santé mentale. Enfin, ces travaux mêlent trois types de troubles différents et devraient être complétés par des analyses spécifiques par types de troubles.

Ces résultats soulignent le besoin de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé mentale et de développer des stratégies de sensibilisation en lien avec

les caractéristiques mises en évidence ici. En particulier, en matière de détection, notons la force du lien bidirectionnel entre les difficultés scolaires et la présence de troubles de santé mentale. Ce lien incite à intensifier par exemple le repérage des enfants présentant de telles difficultés. Par ailleurs, l'Éducation nationale a développé, dans le cadre de l'École promotrice de santé, des mesures pour repérer et orienter les élèves en situation de mal-être psychologique et notamment le protocole « du repérage à la prise en charge » (cf. ci-dessous).

DES LEVIERS À MOBILISER POUR FAVORISER LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES

Un des leviers clé de la promotion de la santé mentale et du bien-être de l'enfant, et ce dès son plus jeune âge, est le renforcement de ses compétences psychosociales (CPS) (91). **Les CPS constituent un « ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives »** (92). Par exemple, pour la dimension émotionnelle, il s'agit de renforcer *la capacité à réguler ses émotions*, pour la dimension sociale, *la capacité à développer des liens et comportements prosociaux (coopération, entraide...)*. Il a été montré que les CPS peuvent être renforcées par des interventions psychoéducatives en milieu scolaire dès la maternelle (92). L'instruction interministérielle du 19 août 2022 relative à la **stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037** a pour objectif ambitieux de « *permettre à tous les enfants de développer leurs compétences psychosociales dès le plus jeune âge, pendant toute leur croissance et dans tous les milieux* ». Cette stratégie, en cours de réalisation, s'appuie sur le déploiement d'interventions CPS de qualité, fondées sur les données probantes. Elle est co-pilotée par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère de l'Éducation nationale et elle bénéficie de l'apport d'expertise de Santé publique France. Un déploiement d'interventions CPS répondant aux critères de qualité sur tout le territoire au cours des 15 prochaines années devra permettre que **« la génération 2037 soit la première à grandir dans un environnement continu de soutien au développement**

des CPS » (92-95). De nombreux programmes basés sur les CPS sont déjà mis en œuvre dans les établissements scolaires (voir portail ReperPrev https://reperprev.santepubliquefrance.fr/exl-php/resultat/spf_recherche_interventions_ext?WHERE_FT_ANY_TEXT_COLUMN=sant%C3%A9%20mentale&OR-DERBY=SPF_INTV_ARCHIV,SPF_INTV_NIVP%20DESC&INFLECT=1)

D'autres interventions (de prévention, de repérage ou de soin) à destination des parents, peuvent aussi être mobilisées pour favoriser une meilleure santé mentale de leur enfant, telles que :

Le Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP), soutenu par Santé publique France, qui s'adresse à des familles ayant des enfants de 3 à 6 ans ou de 6 à 11 ans et permet de travailler les compétences parentales et les compétences psychosociales des enfants ;

En 2023, l'Éducation nationale a lancé le **protocole « du repérage à la prise en charge »** afin de mobiliser l'ensemble de la communauté éducative autour de la question de la santé mentale. Une page spécifique a été créée sur le site institutionnel Eduscol, à destination des professionnels de l'éducation : (<https://eduscol.education.fr/4063/agir-pour-favoriser-la-sante-mentale-et-le-bien-etre-des-eleves>).

La politique de soutien à l'accès au psychologue pour les enfants eux-mêmes, **le dispositif « Mon soutien psy »**¹, accessible dès l'âge de 3 ans depuis 2022 en France.

1. Dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy », les enfants en souffrance psychique d'intensité légère à modérée peuvent bénéficier de 12 séances avec un psychologue conventionné, remboursées par l'Assurance maladie, en passant ou non au préalable par leur médecin généraliste (<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/accompagnement-psychologue-conventionne-mon-soutien-psy>).

CONCLUSION

Les précédentes analyses des données d'Enabec 2022 ont montré que 13 % des enfants scolarisés de 6 à 11 ans présentaient probablement au moins un trouble de santé mentale.

Ces nouveaux résultats offrent une photographie de facteurs individuels, liés aux milieux de vie (facteurs familiaux, scolaire et extra-scolaire) ainsi qu'à l'environnement plus large associés à la présence de troubles de la santé mentale chez les enfants. Ainsi à cet âge, sont plus souvent concernés par des troubles probables de santé mentale : les garçons, les enfants dont les mères ont déclaré des complications de grossesse, les enfants souffrant de maladies chroniques. Par ailleurs, les enfants éprouvant des difficultés scolaires (surtout lorsqu'elles sont rapportées par les parents et l'enseignant), ou ayant vécu des événements difficiles (deuil, agression, placement ASE) présentent plus souvent un trouble probable de santé mentale. De plus, les vulnérabilités familiales (anxiété parentale, séparation des parents, faible soutien social, difficultés financières) constituent une situation de fragilité pour l'enfant, plus susceptible de souffrir de troubles de santé mentale dans ces contextes. Il en est de même pour les enfants victimes probables de harcèlement par d'autres enfants ou encore ceux passant un certain temps au centre de loisirs, les jours sans école. À l'exception des difficultés scolaires, chaque facteur identifié, ici, est associé à une augmentation modérée de la prévalence d'au moins un trouble. Cela éclaire sur la diversité et la complexité des influences en jeu, sans pour autant permettre d'inférer de relations causales. D'autant plus que l'étiologie des troubles débutant pendant l'enfance est complexe et multifactorielle, comprenant également une dimension génétique ou encore liée à l'évolution de ces facteurs dans le temps, non estimées ici.

Loin d'une vision déterministe, rappelons que la santé mentale de l'enfant évolue et n'est pas figée : des vulnérabilités peuvent exister, mais elles s'accompagnent aussi de marges d'action et de leviers de protection, de prévention et de soins. Les interventions de prévention peuvent impliquer les enfants, mais aussi leurs parents et leur environnement de vie et relèvent non seulement du secteur sanitaire mais également de nombreux autres secteurs concernés par les milieux de vie des enfants (à l'image de la stratégie nationale CPS interministérielle). La santé mentale peut en effet être soutenue et améliorée par des actions collectives et individuelles, et ce dès l'enfance, période sensible du développement. Des actions visant le renforcement de facteurs protecteurs, tels que le développement des compétences psychosociales

des enfants, le soutien à la parentalité et aux adultes en position d'éducation ou encore l'amélioration du climat scolaire et le soutien des enfants en difficultés scolaires sont autant d'interventions ayant fait la preuve de leur efficacité pour favoriser le bien-être et la santé mentale des enfants, sans oublier l'amélioration des politiques familiales à destination des plus vulnérables (d'un point de vue financier, de soutien social et de composition familiale, notamment les familles monoparentales), la santé mentale n'étant pas indépendante des conditions de vie.

Ces résultats devraient ainsi contribuer à soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé mentale et à une vigilance accrue par les parents eux-mêmes, les professionnels de santé et autres intervenants en cas de situations susceptibles d'engendrer des troubles, permettant ensuite de mieux accompagner ou orienter les enfants ayant besoin d'une prise en soins. ●

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Barthélémy P, Bret V, Constantinou P, Debeugny G, Denis P, Lastier D, *et al.* Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée. Points de repère n° 56. L'Assurance maladie ; 2025 juill. Disponible sur : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07_determinants-croissance-depenses-sante-pathologies_points-de-repere-56_assurance-maladie.pdf
- [2] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
- [3] Solmi M, Dragioti E, Arango C, Radua J, Ostinelli E, Kilic O, *et al.* Risk and protective factors for mental disorders with onset in childhood/adolescence: An umbrella review of published meta-analyses of observational longitudinal studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;120:565-73.
- [4] 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. 20 juin 2023. Saint Maurice : Santé publique France, 9 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Dépôt légal : 20 juin 2023. https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/2023_LPS_enabee_corr.pdf
- [5] Monnier-Besnard S, Decio V, Delorme R, El Haddad M, Kovess-Masfety V, Motreff Y, *et al.* Premiers résultats de l'étude nationale Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2024. 57 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/sante-mentale/depression-et-anxiete/enquetesetudes/premiers-resultats-de-letude-nationale-enabee-sur-le-bien-etre-et-la-sante-mentale-des-enfants-de-3>
- [6] Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* mars 2015;56(3):345-65.
- [7] Aguayo VM, Britto PR. The first and next 1000 days: a continuum for child development in early life. *The Lancet.* 23 nov 2024;404(10467):2028-30.
- [8] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 8 avr 1977;196(4286):129-36.
- [9] Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1979.
- [10] Lamboy B, Beck F, Tessier D, Williamson MO, Fréry N, Turgon R, *et al.* The Key Role of Psychosocial Competencies in Evidence-Based Youth Mental Health Promotion: Academic Support in Consolidating a National Strategy in France. *Int J Environ Res Public Health.* 11 déc 2022;19(24):16641.
- [11] Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, *et al.* Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* déc 2008;17 Suppl 1:22-33.
- [12] Panagi L, Newlove-Delgado T, White SR, Bennett S, Heyman I, Shafran R, *et al.* Trends in comorbid physical and mental health conditions in children from 1999 to 2017 in England. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 23 nov 2022;1-6.
- [13] Shojaei T, Kovess-Masfety V. La santé mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Fondation MGEN ; 2005.
- [14] Drees. Études et Résultats, n° 1271. Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2023.
- [15] Estevez M, Oppenchain N, Rezzoug D, Laurent I, Domecq S, Khireddine-Medouni I, *et al.* Social determinants associated with psychological distress in children and adolescents during and after the first Covid-19-related lockdown in France: results from the CONFEADO study. *BMC Public Health.* 18 juill 2023;23(1):1374.
- [16] Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Santé mentale et psychiatrie, mise en oeuvre de la feuille de route, état d'avancement au 1^{er} mars 2024 [Internet]. 2024. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf
- [17] Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. [Internet]. Organisation mondiale de la santé ; 2022 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- [18] Motreff Y, Marillier M, Saoudi A, Verdoy C, Seconda L, Pognon D, *et al.* Implementation of a Novel Epidemiological Surveillance System for Children's Mental Health and Well-Being in France: Protocol for the National « Enabee » Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2024;10:e57584.
- [19] Monnier-Besnard S, Seconda L, Motreff Y, Regnault N, Aliamet S, Beaucé A, *et al.* Étude nationale sur le bien-être des enfants (Enabee) « Retours sur la démarche de concertation de la 1^{re} édition de l'étude, de décembre 2021 à juin 2023 » [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France ; janvier 2025. 12 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/sante-mentale/depression-et-anxiete/enquetesetudes/etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants-enabee-retours-sur-la-demarche-de-concertation-sur-la>
- [20] Capron C, Théron C, Duyme M. Psychometric properties of the French version of the self-report and teacher Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur J Psychol Assess.* 2007;23:79-88.

- [21] Sapin A, Vanier A, Descarpentry A, Maffre Maviel G, Vuillermoz C, Falissard B, *et al.* Parental mental health and reporting of their child's behaviour: measurement invariance of the French version of the parental strengths and difficulties questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(9):3263-72.
- [22] Valla JP, Bergeron L, Smolla N. The Dominic-R: a pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2000;39(1):85-93.
- [23] Chan-Chee C, Kovess V, Valla JP, Allès-Jardel M, Gras-Vincendon A, Martin C, *et al.* Validation d'un questionnaire interactif sur la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2003;161(6):6.
- [24] Husky MM, Boyd A, Bitfoi A, Carta MG, Chan-Chee C, Goelitz D, *et al.* Self-reported mental health in children ages 6-12 years across eight European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2018;27(6):785-95.
- [25] Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2000;9(2):129-34.
- [26] Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry*. févr 2003;15(1-2):166-72.
- [27] Kovess-Masfety V, Motreff Y, Carta MG, Otten R, Mihova Z, Monnier-Besnard S, *et al.* An attempt to integrate information from young children into parent/teacher-based mental health evaluation of child internalizing disorders in epidemiological surveys. *Int J Soc Psychiatry*. 23 déc 2024;207640241303018.
- [28] Heiervang E, Goodman A, Goodman R. The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. juin 2008;49(6):678-85.
- [29] Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie. World Health Organization; 2004. 289 p.
- [30] Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, *et al.* Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol*. 17 juill 2018;6(1):31.
- [31] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22 mai 2006;166(10):1092-7.
- [32] van Oyen H, Van der Heyden J, Perenboom R, Jagger C. Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI). *Soz Präventivmed*. 2006;51(3):153-61.
- [33] Stekhoven DJ, Bühlmann P. MissForest—non-parametric missing value imputation for mixed-type data. *Bioinformatics*. 1 janv 2012;28(1):112-8.
- [34] Zou H, Hastie T. Regularization and Variable Selection via the Elastic Net. *J R Stat Soc Ser B Stat Methodol*. 2005;67(2):301-20.
- [35] Kovess-Masfety V, Husky MM, Keyes K, Hamilton A, Pez O, Bitfoi A, *et al.* Comparing the prevalence of mental health problems in children 6-11 across Europe. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. août 2016;51(8):1093-103.
- [36] Butler E, Clarke M, Spirtos M, Keeffe LMO, Dooley N. Pregnancy complications and childhood mental health: is the association modified by sex or adverse social circumstances? Findings from the « growing up in Ireland » national infant cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 29 avr 2024.
- [37] Ananth CV, Grandi SM. Impact of Obstetrical Complications on Chronic Health Along the Life Course. In: Wiley. 2024. p. 163-289. (Paediatric and Perinatal Epidemiology; vol. 38). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/13653016/2024/38/3>
- [38] Lebreton É, Tang L, Fosse-Eodorh S, Vambergue A, Cosson E, Regnault N. Factors impacting the recent doubling of French hyperglycaemia prevalence in pregnancy. *Diabetes Metab*. 8 janv 2026;52(2):101724.
- [39] Piquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. mai 2011;36(4):375-84.
- [40] Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. déc 2008;17 Suppl 1:133-47.
- [41] Pagerols M, Prat R, Rivas C, Español-Martín G, Puigbó J, Pagespetit È, *et al.* The impact of psychopathology on academic performance in school-age children and adolescents. *Sci Rep*. 11 mars 2022;12(1):4291.
- [42] Gräf C, Hoffmann I, Diefenbach C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, *et al.* Mental health problems and school performance in first graders: results of the prospective cohort study ikidS. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. oct 2019;28(10):1341-52.
- [43] van Poortvliet M. Child mental health and educational attainment: Longitudinal evidence from the UK. *SSM – Ment Health*. 1 juin 2024;5:100294.
- [44] Van der Ende J, Verhulst FC, Tiemeier H. The bidirectional pathways between internalizing and externalizing problems and academic performance from 6 to 18 years. *Dev Psychopathol*. août 2016;28(3):855-67.
- [45] Valdez CR, Lambert SF, Ialongo NS. Identifying patterns of early risk for mental health and academic problems in adolescence: a longitudinal study of urban youth. *Child Psychiatry Hum Dev*. oct 2011;42(5):521-38.

- [46] van der Ende J, Verhulst FC, Tiemeier H. Agreement of informants on emotional and behavioral problems from childhood to adulthood. *Psychol Assess.* juin 2012;24(2):293-300.
- [47] Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Walker Payne M, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch Gen Psychiatry.* sept 2011;68(9):911-9.
- [48] Berg L, Rostila M, Hjern A. Parental death during childhood and depression in young adults - a national cohort study. *J Child Psychol Psychiatry.* sept 2016;57(9):1092-8.
- [49] Bolton JM, Au W, Chateau D, Walld R, Leslie WD, Enns J, *et al.* Bereavement after sibling death: a population-based longitudinal case-control study. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* févr 2016;15(1):59-66.
- [50] Rostila M, Berg L, Saarela J, Kawachi I, Hjern A. Experience of sibling death in childhood and risk of psychiatric care in adulthood: a national cohort study from Sweden. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* déc 2019;28(12):1581-8.
- [51] Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
- [52] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl.* 3 janv 2009;373(9657):68-81.
- [53] Noll JG, Haralson KJ, Butler EM, Shenk CE. Childhood Maltreatment, Psychological Dysregulation, and Risky Sexual Behaviors in Female Adolescents. *J Pediatr Psychol.* août 2011;36(7):743-52.
- [54] Basto-Pereira M, Gouveia-Pereira M, Pereira CR, Barrett EL, Lawler S, Newton N, *et al.* The global impact of adverse childhood experiences on criminal behavior: A cross-continental study. *Child Abuse Negl.* févr 2022;124:105459.
- [55] Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* mars 2016;57(3):241-66.
- [56] Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Siméoni MC. Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Child Youth Serv Rev.* 1 oct 2011;33(10):1886-90.
- [57] Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, *et al.* The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System. *Medicine (Baltimore).* 18 févr 2016;95(7):e2622.
- [58] Bourgeaux I, Guye O, Fontaine - Gavino K, Jacob I, Fiasson D, Robin P, *et al.* La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Haute-Savoie / Rhône-Alpes, France : CREA Rhône-Alpes ; Observatoire Régional de Santé (ORS) Rhône-Alpes ; IREPS Rhône-Alpes ; Département de la Haute-Savoie ; 2012. 135 p. Disponible sur : https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2024/01/oned_creaire_a_rapport.pdf.pdf ONPE
- [59] Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), GIP Enfance en Danger. La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement. Paris : ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance) / GIP Enfance en Danger; 2022. 76 p. Disponible sur : https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2023/12/ragp_2022_v5_0.pdf
- [60] Hédon C, Delemar E. Santé mentale des enfants : le droit au bien-être [Internet]. Paris : Défenseur des droits ; 2021. 76 p. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_rapport-annuel-enfants_2021_20211028.pdf
- [61] Ran G, Niu X, Zhang Q, Li S, Liu J, Chen X, *et al.* The Association between Interparental Conflict and Youth Anxiety: A Three-level Meta-analysis. *J Youth Adolesc.* avr 2021;50(4):599-612.
- [62] Maurer J, Meyrose AK, Kaman A, Mauz E, Ravens-Sieberer U, Reiss F. Socioeconomic Status, Protective Factors, and Mental Health Problems in Transition from Adolescence to Emerging Adulthood: Results of the Longitudinal BELLA Study. *Child Psychiatry Hum Dev.* juin 2025;56(3):649-60.
- [63] Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, *et al.* All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* mai 2024;25(Suppl 2):249-71.
- [64] Yap MBH, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 avr 2015;175:424-40.
- [65] Yan Z, Yu S, Lin W. Parents' perceived social support and children's mental health: the chain mediating role of parental marital quality and parent-child relationships. *Curr Psychol.* 1 févr 2024;43(5):4198-210.
- [66] Bauer A, Stevens M, Purtscheller D, Knapp M, Fonagy P, Evans-Lacko S, *et al.* Mobilising social support to improve mental health for children and adolescents: A systematic review using principles of realist synthesis. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251750.
- [67] Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* juin 2011;52(2):145-61.
- [68] Sweeney S, Wilson C. Parental anxiety and offspring development: A systematic review. *J Affect Disord.* 14 avr 2023;327:64-78.
- [69] Cheesman R, Eilertsen EM, Ahmadzadeh YI, Gjerde LC, Hannigan LJ, Havdahl A, *et al.* How important are parents in the development of child anxiety and depression? A genomic analysis of parent-offspring trios in the Norwegian Mother Father and Child Cohort Study (MoBa). *BMC Med.* 27 oct 2020;18(1):284.

- [70] Jami ES, Hammerschlag AR, Bartels M, Middeldorp CM. Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Transl Psychiatry*. 1 avr 2021;11(1):197.
- [71] Lowthian E, Bedston S, Kristensen SM, Akbari A, Fry R, Huxley K, *et al*. Maternal Mental Health and Children's Problem Behaviours: A Bi-directional Relationship? *Res Child Adolesc Psychopathol*. nov 2023;51(11):1611-26.
- [72] Shek DTL, Li X, Yang B, Yang J. Is parental anxiety related to child anxiety? Insights from a four-wave longitudinal study in a Chinese context. *Front Psychiatry*. 28 avr 2025;16:1570652.
- [73] Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mai 2003;38(5):229-37.
- [74] Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PloS One*. 2019;14(3):e0213700.
- [75] Posner JK, Vandell DL. Low-income children's after-school care: are there beneficial effects of after-school programs? *Child Dev*. avr 1994;65(2 Spec No):440-56.
- [76] Frazier SL, Cappella E, Atkins MS. Linking mental health and after school systems for children in urban poverty: preventing problems, promoting possibilities. *Adm Policy Ment Health*. juill 2007;34(4):389-99.
- [77] Halpern R. After-school programs for low-income children: promise and challenges. *Future Child*. 1999;9(2):81-95.
- [78] Crépin A, Ensellem C. Baromètre des temps et activités péri et extrascolaires 2021. Paris: Caisse nationale des Allocations familiales (CNAF), Direction des statistiques, des études et de la recherche (DSER); 2022. (L'e-ssentiel). Report No.: 207. Disponible sur : https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/cnaf/Nous_connaitre/Recherche_et_statistiques/Essentiel/207_2022_ESSENTIEL_Baro_peri_extra_scol_2021_CNAF.pdf
- [79] Gini G, Pozzoli T. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*. oct 2013;132(4):720-9.
- [80] Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 22 mars 2017;7(1):60-76.
- [81] Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry*. juill 2014;171(7):777-84.
- [82] Wolke D, Baumann N, Strauss V, Johnson S, Marlow N. Bullying of Preterm Children and Emotional Problems at School Age: Cross-Culturally Invariant Effects. *J Pediatr*. 1 juin 2015;166(6):1417-22.
- [83] Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*. avr 2013;70(4):419-26.
- [84] Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Premiers résultats statistiques de l'Enquête harcèlement 2023 [Internet]. 2024 févr [cité 19 mars 2024]. (Série Études). Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/premiers-resultats-statistiques-de-l-enquete-harcelement-2023-380517>
- [85] NHS England Digital [Internet]. [cité 16 sept 2025]. Mental Health of Children and Young People in England 2021 - wave 2 follow up to the 2017 survey. Disponible sur : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2021-follow-up-to-the-2017-survey>
- [86] NHS Digital. Mental Health of Children and Young People in England, 2020. Wave 1 follow up to the 2017 survey. 2020. Disponible sur : https://files.digital.nhs.uk/AF/AECD6B/mhcy_p_2020_rep_v2.pdf
- [87] du Roscoët E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, *et al*. La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. Saint-Maurice, France : Santé publique France ; 2023 p. 570-89. (BEH). Report No. : 26. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/pdf/2023_26_2.pdf
- [88] Kaman A, Devine J, Wirtz MA, Erhart M, Boecker M, Napp AK, *et al*. Trajectories of mental health in children and adolescents during the Covid-19 pandemic: findings from the longitudinal COPSY study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 18 juill 2024;18(1):89.
- [89] Park JL, McArthur BA, Plamondon A, Hewitt JMA, Racine N, McDonald S, *et al*. The course of children's mental health symptoms during and beyond the Covid-19 pandemic. *Psychol Med*. 9 sept 2024;54(12):1-12.
- [90] Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the Covid-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juin 2022;31(6):879-89.
- [91] Santé publique France. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2022. 37 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/referentiel/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes>
- [92] Santé publique France. Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. 2022. 135 p. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>

[93] Le ministre de la justice, Le ministre du travail du plein emploi et de l'insertion, Le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse, La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Le ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, Le ministre de la santé et de la prévention. Instruction interministérielle relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037. BO santé n° 2022/18 du 19/08/2022 [Internet]. août 31, 2022 p. 83-102. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf>

[94] Lamboy B, Jeannel D, Mouraire E, Simar C, Shankland R, Rose L, *et al.* Les compétences psychosociales. Un référentiel opérationnel à destination des professionnels experts et formateurs CPS. Tome I. Saint-Maurice: Santé publique France ; 2025. 231 p. Disponible sur: http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00005613

[95] Lamboy B, Jeannel D, Mouraire E, Gauchet A, Simar C, Shankland R. Les compétences psychosociales. Un référentiel opérationnel à destination des professionnels experts et formateurs CPS. Tome II. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2026. 224 p. Disponible sur : http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00006442

AUTEURS

Valentina Decio¹, Yvon Motreff¹, Mariane Sentenac¹, Arnaud Cachia², Richard Delorme³, Cédric Galera⁴, Anne Gatecel⁵, Jean-Baptiste Hazo⁶, Vivianne Kovess-masfety⁸, Maria Melchior⁷, Caroline Paccard⁹, Alexandra Rouquette¹⁰, Xavier Thierry¹¹, Jaqueline Wendland¹², Nolwenn Regnault¹, Stéphanie Monnier-Besnard¹

1. Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes
2. Centre national de recherche scientifique (CNRS), Université Paris Cité
3. Centre d'excellence pour l'autisme et les troubles du neurodéveloppement (InovAND) et Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris Cité Université,
4. CHU Bordeaux, Université de Bordeaux, Inserm
5. AP-HP, Sorbonne Université
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
7. Inserm et Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique
8. Université Paris Cité, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé
9. Santé publique France, Direction Appui, Traitements et Analyses de données
10. Université Paris Saclay, CESP, Inserm, Service de santé publique et d'épidémiologie, AP-HP Paris-Saclay
11. Institut national d'études démographiques (Ined)
12. Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, Université Paris Cité, AP-HP

RELECTEURS

Béatrice LAMBOY – Docteure en psychologie, conseillère scientifique, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Pierre FOURNERET – PU-PH, Professeur de pédopsychiatrie, Université Claude Bernard Lyon 1 & Chef de service – Psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent Hôpital Femme Mère Enfant – Hospices Civils de Lyon

REMERCIEMENTS

MOTS CLÉS :
SANTÉ MENTALE,
ENFANTS,
FACTEURS ASSOCIÉS,
ÉCOLES ÉLÉMENTAIRES

L'étude Enabee a été conduite par Santé publique France, dans le cadre de ses missions, avec l'appui du ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Santé publique France est financée par l'Assurance maladie.

Nous remercions vivement l'ensemble des participants (enfants, enseignants et parents), les directeurs et directrices des écoles, les personnels éducatifs et de santé qui ont contribué à la mise en œuvre d'Enabee 2022. Nous remercions l'ensemble du comité de pilotage, le comité d'appui thématique et les parties prenantes du groupe de concertation.

Nous remercions les personnes suivantes ayant apporté leur appui et expertise à la conception de l'étude ou aux travaux d'analyses des données d'Enabee (par ordre alphabétique) : Maria El Haddad, Dominique Jeannel, Pierre Joly, Anne Gallay, Maude Marillier, Anne-Laure Perrine, Damien Pognon, Jean-Baptiste Richard, Abdessattar Saoudi, Louise Seconda et Stéphanie Vandentorren, Charlotte Verdot.

ASPECTS ÉTHIQUES

Les autorisations réglementaires nécessaires au bon déroulement de l'étude sont listées ci-après : un accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) (DR-2022-009 du 07/01/22), un avis favorable du Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (Cesrees) (décision du 14/10/21) ainsi que la reconnaissance d'intérêt général et de qualité statistique (visa n° 2022X712SA) par le comité du Label (par délégation du Conseil national de l'information statistique ; Cnis). Les parents avaient la possibilité de refuser la participation à l'étude. Les données ont été analysées par Santé publique France sous leur forme pseudonymisée (sans donnée d'identification).