

SANTÉ MENTALE /
ENFANCE

DÉCEMBRE 2024

ÉTUDES ET ENQUÊTES

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

Résumé

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

Contexte

La santé mentale et le bien-être des enfants sont des préoccupations majeures de santé publique, pouvant influencer les apprentissages, la vie sociale et, à court, moyen ou long terme, leur état de santé futur. À ce jour, nous ne disposons pas de données objectivant la santé mentale et le bien-être des enfants de 3 à 11 ans en population générale en France. Afin de pallier ce manque, Santé publique France a mené « l'Étude nationale sur le bien-être des enfants » pour la première fois en 2022 (Enabee 2022), avec le soutien du ministère chargé de la santé et du ministère de l'Éducation nationale. Enabee 2022 est la première étude nationale visant à mesurer la santé mentale et le bien-être des enfants scolarisés à l'école maternelle (enfants âgés de 3 à 6 ans) et élémentaire (enfants âgés de 6 à 11 ans) en France hexagonale. Cette étude a vocation à être répétée à intervalles réguliers afin de mieux comprendre comment évoluent la santé mentale et le bien-être des enfants en France.

Objectif

L'objectif du présent rapport était d'estimer la prévalence des difficultés émotionnelles, des difficultés d'opposition et d'inattention/hyperactivité probables, le niveau de bien-être et d'évaluer le recours aux soins pour des raisons de santé mentale parmi les enfants scolarisés de la petite section à la grande section de maternelle (3 à 6 ans) en France hexagonale, en complément des résultats sur les enfants scolarisés en école élémentaire déjà publiés.

Matériels et méthodes

Enabee 2022 est une étude transversale descriptive nationale réalisée dans les écoles françaises en 2022. Le plan d'échantillonnage probabiliste comporte trois degrés : les écoles, tirées au sort en premier ; ensuite jusqu'à quatre classes par école et, enfin, tous les élèves de chacune des classes sélectionnées. Les données ont été recueillies entre mai et juillet 2022. Pour chaque enfant, un des parents et son enseignant ont été interrogés au moyen d'un questionnaire en ligne sécurisé ou à défaut par téléphone. Les difficultés émotionnelles, d'opposition et d'inattention/hyperactivité ont été évaluées par les versions parent et enseignant de l'échelle standardisée *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) ; le bien-être avec la version parent de l'échelle standardisée Kindl (Kiddy-kindl). Différents indicateurs ont été calculés en tenant compte de l'informant (parent ou enseignant) ainsi que du retentissement de ces difficultés sur la vie de l'enfant. Enfin, les points de vue du parent et de l'enseignant ont été combinés, selon l'algorithme de combinaison du SDQ, pour estimer les prévalences de ces différents types de difficultés rencontrées par les enfants. Pour évaluer le recours aux soins, les parents ont déclaré l'éventuel recours à différents types de professionnels pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage de leur enfant.

Résultats

Sur les 438 écoles tirées au sort qui avaient au moins un élève scolarisé en maternelle, 246 écoles ont participé (56,2 %). Sur les 9 038 enfants éligibles à l'enquête, un questionnaire enseignant a été complété et analysé pour 5 721 d'entre eux (63,3 %) et un questionnaire parent pour 3 785 enfants (41,9 %). Pour 2 683 enfants (29,7 % des enfants éligibles), un questionnaire parent et un questionnaire enseignant étaient disponibles. Les analyses par informant retrouvaient un faible niveau de concordance, rappelant que les appréciations respectives des symptômes et de leur impact, sont complémentaires notamment en raison de

la différence de contexte d'observation de l'enfant. En intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant sur ce dernier échantillon, 8,3 % [IC 95 % : 7,1-9,6] des enfants de 3 à 6 ans présentaient au moins un type de difficultés probables ayant un retentissement sur leur vie. Plus précisément, 1,8 % [1,3-2,5] des enfants présentait des difficultés émotionnelles probables avec retentissement, 5,9 % [4,8-7,2] des enfants présentaient des difficultés oppositionnelles probables avec retentissement et 1,9 % [1,4-2,6] présentait des difficultés d'inattention/hyperactivité probables avec retentissement. Environ un tiers des enfants qui présentaient au moins un type de difficultés probables ayant un retentissement sur leur vie avait consulté un professionnel de santé mentale (33,7 % [26,4-41,6]) au cours de l'année précédente en rapport avec ces difficultés. Les différents scores moyens des sous-échelles de bien-être variaient de 78,1 (bien-être famille) à 88,5 (bien-être émotionnel), sur une échelle de 0 à 100. Les comparaisons du niveau de bien-être selon le sexe de l'enfant n'avaient pas mis en évidence de différence significative entre les filles et les garçons.

Discussion

L'étude Enabee vise à mieux comprendre la santé mentale et le bien-être des enfants âgés de 3 à 6 ans. Elle constitue une 1^{re} étape déterminante dans l'observation épidémiologique de la santé mentale des enfants jusqu'alors peu explorées en France. Après avoir interrogé parents et enseignants, l'étude suggère que de nombreux enfants expriment des symptômes évocateurs de difficultés d'opposition (de l'ordre de 6 %) et dans une moindre mesure des difficultés émotionnelles ou d'inattention/hyperactivité (de l'ordre de 2 %) et ce dès la maternelle, en cohérence avec les rares données épidémiologiques disponibles sur cette tranche d'âge. À ces âges précoces, les attentes des adultes et leurs évaluations peuvent diverger ; de plus les problèmes de comportements et émotionnels peuvent évoluer rapidement : il importe donc d'être prudent quant à l'interprétation des résultats. Il ne s'agit pas d'identifier ou de stigmatiser tel ou tel enfant, mais bien d'avoir une représentation épidémiologique des besoins des enfants dans leur ensemble et de pouvoir développer à terme une politique de prévention plus adaptée et pertinente, répondant aux besoins des nouvelles générations. La méthode d'évaluation repose sur les symptômes et le retentissement perçus par le parent et l'enseignant de l'enfant et la combinaison de leurs perceptions. L'évaluation de la santé mentale des enfants très jeunes, à partir de plusieurs informants adultes, est complexe et nécessite de prolonger la réflexion méthodologique afin d'améliorer, si nécessaire, la performance des outils psychométriques utilisés. Néanmoins, ces premiers indicateurs et la reconduite à intervalles réguliers de cette étude permettront de suivre leur évolution au cours du temps et d'accompagner les actions nationales de prévention et de promotion de la santé sur cette tranche d'âge. Parmi ces actions, figurent notamment les politiques publiques développées dans les suites du rapport « 1 000 premiers jours » de l'enfant, visant à créer un environnement favorable à son développement ou encore la stratégie interministérielle de développement des compétences psychosociales chez les 3-25 ans, permettant notamment d'améliorer les compétences de régulation des émotions des enfants. L'Éducation nationale a, en outre, développé une politique dans le cadre de l'École promotrice de santé et, à la suite de la crise sanitaire de la Covid-19, des mesures pour repérer et orienter les élèves en situation de mal-être psychologique.

MOTS-CLÉS : SANTÉ MENTALE, BIEN-ÊTRE, ÉCOLE MATERNELLE, ENFANTS, SDQ, DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES, DIFFICULTÉS OPPOSITIONNELLES, DIFFICULTÉS D'INATTENTION OU D'HYPERACTIVITÉ, ENSEIGNANT, PARENT

Abstract

Initial findings from the national Enabee study on the well-being and mental health of children aged 3 to 6 enrolled in preschool in metropolitan France

Context

Children's mental health and well-being are major public health concerns, as they can influence future health and social outcomes. Until recently, population based data focused on children aged 3 to 11 years were lacking in France. In order to address this gap, Santé publique France, the French national public health agency, conducted the first 'National study on children's well-being' in 2022 (Enabee 2022), with the support of the French Ministry of Health and the French Ministry of Education. Enabee 2022 was the first national study aimed at measuring the well-being and mental health of children aged 3 to 11 years old in metropolitan France. The Enabee study was designed to be repeated at regular intervals in order to monitor the mental health and well-being of children growing up in France over the long-term.

Objective

The objective of this report was to estimate the prevalence of probable emotional, oppositional, and inattention/hyperactivity difficulties, the level of well-being and to evaluate the use of care for mental health reasons among children attending pre-school (3 to 6 years of age) in metropolitan France.

Methods

Enabee 2022 is a national cross-sectional study implemented in French schools in 2022. The probabilistic sampling plan was deployed in three stages: first, schools were randomly selected; second, up to four classes per school were selected; third, all students in each class were selected. Data collection took place between May and July 2022. For each child, one of the parents and the teacher were interviewed using a secure online questionnaire or by telephone. Emotional, oppositional, and inattention/hyperactivity difficulties were measured by the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); well-being was reported by the parent version of Kindl (Kiddy-kindl). Different indicators were calculated considering the informant (parent or teacher) as well as the impact of the difficulties on the child's functioning. Finally, parent and teacher reports were combined according to the SDQ combination algorithm to produce a prevalence of those difficulties. To assess the use of mental health care, parents reported visits of different types of professionals for psychological or learning difficulties.

Results

Of the 438 schools selected for the study with at least one child attending pre-school, 246 schools participated (56.2%). Among the 9,038 children eligible for the survey, a teacher questionnaire was completed and analysed for 5,721 children (63.3%) and a parent questionnaire for 3785 children (41.9%). Finally, for 2,683 children, or 29.7% of eligible children, both questionnaires were completed. This multi-informant approach confirmed the discrepancies on estimates (difficulties and impairment), emphasizing their complementarity. By integrating the point of view of the parent and the teacher, 8.3% [95% CI: 7.1–9.6] of children aged 3 to 6 presented at least one type of probable difficulty with an impact on their functioning. More precisely, 1.8% [1.3–2.5] of children presented probable emotional difficulties, 5.9% [4.8–7.2] probable oppositional difficulties and 1.9% [1.4–2.6] probable inattention or hyperactivity difficulties. About a third of children who presented at least one type

of probable difficulty having an impact on their functioning had consulted a mental health professional (33.7% [26.4–41.6]) during the previous year.

Discussion

The aim of the Enabee survey is to improve our understanding of young children's mental health and well-being. It constitutes an important development towards the epidemiological observation of mental health among children aged 3 to 6 years, which was previously lacking in France. According to parents and teachers, a significant proportion of children probably had symptoms related to oppositional and, less frequently, emotional or inattention/hyperactivity difficulties as early as preschool. This finding is consistent with the rare epidemiological data on this age group already published. Assessing the mental health of very young children from a dual adult perspective was a considerable challenge. Adult expectations of children can differ at this early age; also, children's behaviors and emotional problems can evolve quickly. Consequently, these results should be interpreted with caution. The main goal was to get an overview of the children's needs in order to set up relevant health promotion policies for future generations. Refining the methodology could improve the quality of the tools used. Nevertheless, these first data and the study's regular reiteration will help monitor children's mental health and well-being indicators over time and lend support to national mental health prevention and promotion actions. These actions include the public policy for the "First 1000 days" of a child's life that aims to create a supportive environment for their development, the "health promoting school" framework set up by the Ministry of Education, specific interventions targeting children who suffer from bad mental health and the interministerial strategy for the development of social emotional learning among 3 to 25-year-olds.

KEY WORDS : MENTAL HEALTH, WELL-BEING, PRESCHOOL, CHILDREN, SDQ, EMOTIONAL DIFFICULTIES, OPPOSITIONAL DIFFICULTIES, INATTENTION OR HYPERACTIVITY DIFFICULTIES, TEACHER, PARENT

Citation suggérée : Monnier-Besnard S, Decio V, Delorme R, El Haddad M, Kovess-Masfety V, Motreff Y, Perrine AL, Sentenac M, Regnault, N. 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. www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 / ISBN-NET : 979-10-289-0955-0 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : DÉCEMBRE 2024

Coordination du projet

Équipe projet Enabee, Unité Périnatalité, petite enfance et santé mentale, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes, Santé publique France :

- Valentina Decio
- Stéphanie Monnier-Besnard
- Yvon Motreff
- Mariane Sentenac
- Nolwenn Regnault, responsable de l'Unité

Auteurs

Stéphanie Monnier-Besnard¹, Valentina Decio¹, Richard Delorme², Maria El Haddad³, Viviane Kovess-Masfety⁴, Yvon Motreff¹, Anne-Laure Perrine³, Mariane Sentenac¹, Nolwenn Regnault¹

¹. Santé publique France, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes

². Hôpital Robert Debré, Paris

³. Santé publique France, Direction Appui, traitements et analyses de données

⁴. Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS), Université Paris Cité

Comité d'appui thématique

Président :

Richard Delorme ^{1,2}

Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Membres :

Corinne Alberti ^{1,2}

AP-HP, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),

Arnaud Cachia ^{1,2}

Centre national de recherche scientifique (CNRS), Université Paris Cité

Julie Chastang ²

Sorbonne Université

Laurent Chazelas ²

Éducation nationale (rectorat de Nice), Association française des psychologues de l'Éducation nationale

Cédric Galera ^{1,2}

CHU Bordeaux, Université de Bordeaux, Inserm

Christophe Gauld ²

Hospices civils de Lyon

Emmanuelle Godeau ^{1,2}

École des hautes études en santé publique (EHESP)

Pascale Haag ^{1,2}

École des hautes études en sciences sociales (EHESS)

Nicolas Henkes ^{1,2}

CNRS, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3)

Caroline Huron ^{1,2}

Inserm, Learning Planet Institute

Viviane Kovess-Masfety ^{1,2}

LPPS, Université Paris Cité

Gilles Lazimi ^{1,2}

Sorbonne Université

Maria Melchior ^{1,2}

Inserm

Franck Ramus ^{1,2}

CNRS, École normale supérieure (ENS)

Alexandra Rouquette ²

Université Paris Saclay, CESP, Inserm, Service de santé publique et d'épidémiologie, AP-HP Paris-Saclay

Rébecca Shankland ^{1,2}

Université Lumière Lyon 2

Xavier Thierry ^{1,2}

Institut national d'études démographiques (Ined)

Anne Vachez-Gatecel ²

AP-HP, Sorbonne Université

Jaqueline Wendland ²

LPPS, Université Paris Cité, AP-HP

¹ Mandat 2021-2024 ; ² Mandat 2024-2026

Remerciements

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 également CGI business consulting pour leur appui dans la gestion de projet lors de la conception de l'étude, Eclectic Expérience pour leur appui dans la concertation avec les parties prenantes et Ipsos Observer Institute pour le terrain de l'étude.

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

En savoir plus sur Enabee

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

<https://enabee.fr/>

Liste des acronymes

CDC	<i>Centers for disease control and prevention</i>
CE1	Cours élémentaire 1 ^{re} année
Cesrees	Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé
CFI	<i>Comparative fit index</i>
CM2	Cours moyen deuxième année
Cnil	Commission nationale de l'information et des libertés
Cnis	Conseil national de l'information statistique
CP	Cours préparatoire
CPS	Compétences psychosociales
CV	Coefficient de variation
DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
Diapre	Données individuelles anonymes du premier degré
DROM	Départements et régions d'outre-mer
FDEP	Indice de défavorisation sociale
FPC	Facteur de correction pour une population finie
GRH	Groupes de réponses homogènes
GSM	Grande section de maternelle
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MSM	Moyenne section de maternelle
Onde	Outil numérique pour la direction d'école
PSM	Petite section de maternelle
REP	Réseau d'éducation prioritaire
REP+	Réseau d'éducation prioritaire, avec moyens renforcés
RMSEA	<i>Root mean square error of approximation</i>
SDQ	<i>Strengths and difficulties questionnaire</i>
SNDS	Système national des données de santé
SRMR	<i>Standardized root mean square residual</i>
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TLI	<i>Tucker-Lewis index</i>
Ulis	Unité localisée pour l'inclusion scolaire

Liste des tableaux, figures et annexes

Tableaux

Tableau 1 - Motifs de refus de participation des écoles ; Échantillon des écoles non-participantes avec au moins un élève de niveau maternelle (n=192 écoles) ; Enabee 2022, France hexagonale.....	23
Tableau 2 - Description des échantillons d'analyse et comparaison avec la base de sondage ; Échantillons « parents » (n=3 785), « enseignants » (n=5 721) et « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	24
Tableau 3 - Caractéristiques des enfants dans les échantillons pondérés analysés, Échantillons « parents » (n=3 785) et « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	26
Tableau 4 - Coefficients de corrélation entre informants dans Enabee 2022 (enfants scolarisés en niveau maternelle et élémentaire) et dans les autres enquêtes.....	27
Tableau 5 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés et par sexe, selon le parent ; Échantillon « parents » (n=3 785) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle.....	30
Tableau 6 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés et par sexe, selon l'enseignant ; Échantillon « enseignants » (n=5 721) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle.....	30
Tableau 7 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec retentissement sur leur vie, en intégrant les points de vue du parent et de l'enseignant, par type de difficultés ; Échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	32
Tableau 8 - Proportions pondérées (%) d'enfants ayant eu recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction du type de professionnel et de la présence d'au moins une difficulté probable avec retentissement en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant ; Échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle.....	33
Tableau 9 - Proportions pondérées (%) d'enfants ayant eu recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction du type de professionnel, du sexe des enfants et de la présence d'au moins une difficulté probable avec retentissement en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant ; Échantillon « parents et enseignants (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	34
Tableau 10 - Distribution des scores de qualité de vie rapportée par les parents, par dimension ; Échantillon « parents et enseignants » (n= 2 683), Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	34

Figures

Figure 1 - Liste des différents échantillons analysés ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	20
Figure 2 - Diagramme de la participation ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle.....	22
Figure 3 - Diagrammes de Venn représentant le degré de discordance entre le SDQ parents et le SDQ enseignants ; Échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	27

Figure 4 - Co-occurrences des difficultés probables avec ou sans retentissement, selon le parent (proportions (%) pondérées et IC 95 %) ; Échantillon « parents » : enfants avec au moins une difficulté (n=890) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle ...	31
Figure 5 - Co-occurrences des difficultés probables avec ou sans retentissement, selon l'enseignant (proportions (%) pondérées et IC 95 %) ; Échantillon « enseignants » : enfants avec au moins une difficulté (n=963) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	32
Figure 6 - Distribution des scores de qualité de vie rapportée par les parents, par dimension, et selon le sexe des enfants ; Échantillon « parents et enseignants » (n= 2 683), Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	35

Annexes

Annexe 1. Caractéristiques des écoles participantes et non participantes ; Échantillon des écoles avec au moins un élève de niveau maternelle tirées au sort (n=438 écoles) ; Enabee 2022, France hexagonale...	51
Annexe 2. Caractéristiques des classes participantes et non participantes ; Échantillon des classes ayant au moins un enfant de niveau maternelle tirées au sort (n=493 classes) ; Enabee 2022, France hexagonale	52
Annexe 3. Caractéristiques des enfants dans les échantillons « enseignants et parents » (n=2 683), « enseignants seuls (n=3 038) et « parents seuls » (n=1 102), résultats non pondérés ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	53
Annexe 4. Analyses psychométriques.....	55
Annexe 5. Diagrammes de Bland-Altman évaluant la concordance des scores SDQ entre les parents et les enseignants ; Échantillon « enseignants et parents » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle	56
Annexe 6. Détails des analyses portant sur les difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés, selon le parent et selon l'enseignant.....	57

Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	4
Coordination du projet	6
Auteurs.....	6
Comité d'appui thématique	6
Remerciements.....	7
En savoir plus sur Enabee.....	7
Liste des acronymes.....	8
Liste des tableaux, figures et annexes	9
INTRODUCTION	12
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	14
Champ de l'étude.....	14
Conception de l'étude	14
Recueil des données	14
Tirage au sort.....	14
La participation des écoles, le point de départ de l'étude	14
Collecte des données	15
Questionnaires et indicateurs de santé mentale	15
Le Strengths and Difficulties Questionnaire	15
Le Kiddy-Kindl.....	17
Recours aux soins pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage	18
Analyses statistiques	18
Correction de la non-réponse totale et pondération	18
Correction de la non-réponse partielle : imputation.....	19
Participation et description des échantillons analysés	19
Analyses psychométriques	20
Degré de discordance des réponses au SDQ selon les informants.....	21
Description des indicateurs.....	21
Aspects réglementaires et éthiques	21
RÉSULTATS	22
Participation et description des échantillons analysés	22
Comparaison des bases avant pondération	22
Comparaison des échantillons analysés avec la base de sondage.....	24
Description des échantillons analysés pondérés.....	26
Degré de discordance des réponses entre les enseignants et les parents.....	27
Prévalences par informant.....	28
Prévalences intégrant les deux points de vue	32
Recours aux soins pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage	33
Bien-être des enfants.....	34
DISCUSSION	36
La participation des écoles maternelles et des parents dans cette 1 ^{re} édition.....	36
Cohérence des estimations Enabee par rapport aux données de la littérature	36
Des points de vue des parents et des enseignants complémentaires	38
Le niveau de bien-être mesuré	39
Forces et limites.....	39
Définition, pilotage et évaluation des politiques de santé publique	40
Perspectives et conclusion	42
Références bibliographiques	44
ANNEXES	51

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Elle est nécessaire au bon fonctionnement de l'individu et de son entourage (familial, amical et professionnel) et il n'y a pas de santé sans santé mentale (1). Les problèmes de santé mentale forment un continuum entre la détresse psychologique qui peut être passagère et le stade pathologique qui nécessite parfois des soins spécialisés. Mieux connaître l'état de santé mentale et le bien-être des enfants et des adolescents est indispensable, non seulement parce qu'ils influencent leur développement, mais aussi parce qu'ils conditionneront durablement l'adulte qu'ils deviendront (2). En effet, la littérature scientifique rapporte que les difficultés peuvent survenir précocement (35 % des pathologies psychiatriques de l'adulte débuteraient avant l'âge de 14 ans, 48 % avant 18 ans et 62,5 % avant 25 ans (3)) et qu'elles peuvent avoir des conséquences sur le bien-être tout au long de la vie (4-6).

D'après les résultats de revues de la littérature internationale réalisées avant la crise de la Covid-19, 13 % environ des enfants de plus de 4 ans et des adolescents semblaient présenter au moins un trouble de santé mentale (7,8). Bien qu'il existe un nombre limité d'études épidémiologiques explorant la santé mentale des enfants âgés de moins de 6 ans, les prévalences estimées varient entre 6 et 10 % (9-11). En France, il y a, à notre connaissance, seulement deux études anciennes consacrées à l'état de santé mentale des enfants de 6-11 ans (12,13) et, plus récemment, le volet de l'enquête EpiCov s'intéressant aux difficultés psychosociales, réalisé en 2021 (14) ainsi que l'étude de cohorte Elfe (15).

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a renforcé la nécessité de développer l'observation épidémiologique de la santé mentale des enfants, permettant de disposer d'une photographie de la situation sanitaire et d'évaluer et de suivre les répercussions d'événements majeurs. En France, pendant cette période, le suivi régulier des passages aux urgences effectué par Santé publique France a montré une augmentation des passages pour troubles de l'humeur chez les moins de 15 ans (16). Cette dégradation de la santé mentale par rapport aux années précédant la crise sanitaire a été confirmée par les résultats d'enquêtes en population conduites en France chez les collégiens et les lycéens (17) et dans d'autres pays européens (18,19), ainsi que par plusieurs méta-analyses internationales chez les enfants et adolescents (20,21).

En l'absence de dispositif pérenne d'observation de la santé mentale des enfants de moins de 11 ans, il est difficile de quantifier précisément cet effet. Des données épidémiologiques sont donc nécessaires pour estimer la part d'enfants concernés en France et mieux décrire les facteurs associés à l'apparition de difficultés psychologiques afin de cibler des actions de prévention.

Ainsi, l'étude Enabee, « Étude nationale sur le bien-être des enfants », avait pour objectif de produire les premiers indicateurs de santé mentale et de bien-être des enfants, scolarisés en écoles maternelles et élémentaires (3 à 11 ans) en France hexagonale : difficultés émotionnelles, difficultés oppositionnelles, difficultés d'inattention/ hyperactivité estimées à partir d'instruments psychométriques (qualifiées de *probables* dans le reste du document), niveau de bien-être ainsi que sur le recours aux soins. Ce rapport présente les résultats descriptifs concernant spécifiquement les élèves scolarisés en maternelle âgés de 3 à 6 ans (les résultats concernant les élèves d'élémentaire âgés de 6 à 11 ans ont fait l'objet d'une autre publication disponible sur le site de Santé publique France (22)).

Encadré 1. Le protocole en bref

Santé publique France, avec l'appui du ministère chargé de la Santé et de la Prévention et du ministère de l'Éducation nationale, a lancé l'étude Enabee, première étude nationale épidémiologique visant à mesurer la fréquence de certains troubles ou difficultés probables ainsi que le niveau de bien-être des enfants scolarisés de la petite section de maternelle (PSM) au cours moyen deuxième année (CM2), en France hexagonale. Le protocole a été construit avec le soutien d'un comité d'appui scientifique pluridisciplinaire¹ et en concertation avec, notamment, des représentants de parents d'élèves, de la santé scolaire, des syndicats enseignants. Plusieurs points de vue complémentaires ont été collectés pour obtenir une vision complète de l'état de santé mentale des enfants : les enfants eux-mêmes à partir du Cours Préparatoire (CP), les enseignants ainsi qu'un parent ou adulte vivant avec l'enfant de la PSM au CM2. Des écoles et des classes ont été tirées au sort. L'ensemble des élèves d'une classe tirée au sort a été invité à participer à l'enquête. La participation à cette étude n'avait pas de caractère obligatoire. Cette étude a reçu toutes les autorisations réglementaires nécessaires ainsi que la reconnaissance d'intérêt général et de qualité statistique, par le comité du Label (par délégation du Cnis). La 1^{re} édition s'est déroulée du 2 mai 2022 au 31 juillet 2022. Les enfants et les enseignants d'écoles élémentaires remplissaient un questionnaire sur tablette pendant une session en classe, et les enseignants de maternelle et les parents, quel que soit le niveau scolaire de l'enfant, remplissaient un questionnaire web sécurisé ou un questionnaire téléphonique. Les questionnaires reposaient sur des échelles psychométriques standardisées (*Strengths and Difficulties Questionnaire* et *Dominique Interactif*), analysés séparément selon les informants, puis en tenant compte des différents points de vue recueillis pour chaque enfant participant. Les dimensions évaluées correspondaient aux difficultés les plus fréquemment rencontrées sur cette tranche d'âge : difficultés émotionnelles, oppositionnelles et d'inattention/hyperactivité. Les prévalences calculées représentaient la proportion d'enfants ayant atteint le seuil « atypique » à ces échelles psychométriques, c'est-à-dire considérés comme ayant un nombre élevé de symptômes et associés à un retentissement dans la vie de l'enfant. Une autre échelle, le *Kindl* (renseigné par le parent pour les enfants de la PSM à la grande section de maternelle (GSM) et directement par l'enfant du CP au CM2), permet d'évaluer le bien-être de l'enfant.

Le parent renseignait également un questionnaire portant sur la santé physique et l'environnement de vie de l'enfant (temps d'écran, activités extra-scolaires, recours aux soins pour des raisons de santé mentale/troubles des apprentissages et position socio-économique de ses parents) ainsi que sur sa propre santé (dont sa santé mentale). Conformément à l'information faite aux parents, une procédure de sollicitation de la santé scolaire a été mise en place lorsque certaines réponses des enfants (niveau élémentaire) à l'auto-questionnaire sur leur santé mentale suggéraient une nécessité de prise de contact avec les parents. Le protocole détaillé de l'étude a fait l'objet d'une publication scientifique (23). Cette première étude transversale décrit l'état de santé mentale et le bien-être des enfants, mesurés en 2022 et a vocation à être reconduite régulièrement pour décrire leurs évolutions au cours du temps.

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Champ de l'étude

Le champ de l'enquête Enabee est constitué de l'ensemble des enfants scolarisés à la rentrée scolaire 2021-2022, dans le 1^{er} degré, de la petite section de maternelle (PSM) au cours moyen deuxième année (CM2), dans les écoles publiques ou privées sous contrat avec l'Éducation nationale, situées en France hexagonale. Le présent rapport ne concerne que les enfants scolarisés en maternelle (à l'exclusion de ceux relevant d'une Unité localisée pour l'inclusion scolaire (Ulis)).

Conception de l'étude

Avec l'appui d'un comité d'appui thématique pluridisciplinaire et d'un comité de pilotage¹, l'équipe projet de Santé publique France a élaboré la méthodologie de l'enquête. En outre, une partie de l'enquête se déroulant au sein des écoles, il était important que les parties prenantes, à savoir des représentants de l'Éducation nationale (syndicats enseignants et de santé scolaire), des parents d'élèves et des familles notamment, soient consultées sur la réalisation de l'étude en termes d'acceptabilité et de faisabilité. Ainsi, les objectifs et finalités de l'enquête ont pu être partagés et des adaptations du protocole discutées, pour aboutir à des outils consensuels et au déploiement d'un dispositif national unique d'observation de la santé mentale et du bien-être des enfants (23).

Recueil des données

Tirage au sort

Un tirage au sort à trois degrés a été réalisé à partir des bases de données du ministère de l'Éducation nationale, avec tirage au sort d'un échantillon d'écoles publiques et privées sous contrat avec l'Éducation nationale (1^{er} degré), puis tirage au sort parmi les écoles sélectionnées d'un échantillon de classes (2^e degré) (toutes les classes sélectionnées dans le cas des écoles de moins de 5 classes ou 4 classes dans le cas des écoles de 5 classes et plus), dans lesquelles l'ensemble des élèves ont été invités à participer à l'enquête (3^e degré). Le tirage au sort des écoles a été stratifié selon le secteur de l'école :

- Strate 1 : écoles publiques (hors Réseau d'éducation prioritaire avec moyens renforcés (REP+))
- Strate 2 : écoles REP+ (avec une surreprésentation)
- Strate 3 : écoles privées sous contrat avec l'Éducation nationale

La participation des écoles, le point de départ de l'étude

Divers contacts avec les écoles, par la voie hiérarchique de l'Éducation nationale puis par contact direct de la directrice ou du directeur, ont permis de solliciter les écoles pour participer à l'étude. Une fois obtenu l'accord de la directrice ou du directeur et de l'enseignant(e) de la classe de l'enfant, un courrier postal a été adressé aux parents (ou représentants légaux) pour leur présenter l'étude et leur donner la possibilité de refuser la participation de leur enfant s'ils le souhaitaient. En cas de refus de la part d'un parent, l'enseignant ne remplissait pas le questionnaire pour l'enfant concerné et les parents n'étaient pas sollicités pour renseigner le questionnaire qui leur était destiné. Des réunions d'information ont été organisées en distanciel par l'équipe projet de Santé publique France à destination des équipes éducatives afin de leur présenter l'étude (objectifs et déroulement).

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>

Les raisons de la non-participation des écoles ont été collectées sous forme d'une question à choix multiples (par exemple : « Pas confiance dans la confidentialité des données », « Le sujet est trop sensible »). Nous avons considéré une classe comme participante si au moins un questionnaire était rempli pour au moins un enfant de la classe. Les raisons de non-participation des enseignants (participation au niveau classe) dans les écoles participantes n'ont pas été collectées.

Collecte des données

Les données ont été collectées auprès des parents et des enseignants en fin d'année scolaire, entre le 2 mai 2022 et le 31 juillet 2022, afin que les enseignants aient une connaissance suffisante de leurs élèves pour pouvoir compléter un questionnaire portant sur leurs difficultés éventuelles.

En raison de leur jeune âge, et contrairement à ce qui a été fait chez les enfants scolarisés en écoles élémentaires, les enfants scolarisés en maternelle n'ont pas été interrogés. Les enseignants remplissaient un questionnaire électronique (ou téléphonique) pour chacun des enfants de leur classe. Le questionnaire comprenait notamment une échelle de santé mentale (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, cf. ci-dessous). Les parents remplissaient un questionnaire électronique (ou téléphonique) comprenant 6 parties : famille et milieu de vie, activités et mode de vie de l'enfant, santé de l'enfant dont la santé mentale, Covid-19, parentalité, santé du parent répondant, soutien social et enfin quelques questions pour décrire le statut socio-économique de la famille de l'enfant. Les deux parents pouvaient participer sur demande. Pour les premières analyses réalisées, un seul parent répondant a été tiré au sort (mais toutes les réponses seront analysées ultérieurement). Les questionnaires électroniques étaient accessibles de manière sécurisée via une procédure envoyée par courrier.

Questionnaires et indicateurs de santé mentale

Le Strengths and Difficulties Questionnaire

Description du questionnaire

L'état de santé mentale de l'enfant a été mesuré auprès des parents et des enseignants, au moyen de l'instrument *Strengths and Difficulties Questionnaire*[®] (SDQ) (24,25), versions « Enseignant » et « Parent ». Le SDQ est un questionnaire de 25 items évaluant la perception des adultes des difficultés émotionnelles, d'opposition² et d'inattention/hyperactivité rencontrées par l'enfant au cours des six derniers mois ou de l'année scolaire actuelle. Par exemple, il est demandé au parent si son enfant fait souvent « des crises de colère ou s'emporte facilement » (symptôme d'opposition) ou s'il a « de nombreuses peurs, est facilement effrayé » (symptôme émotionnel), ou s'il est « facilement distrait(e), a du mal à se concentrer », ou encore s'il est « agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place » (symptôme d'inattention/hyperactivité). Deux autres dimensions sont également mesurées : les « difficultés relationnelles avec les pairs » et les « comportements pro-sociaux des enfants ». Ces 5 dimensions sont composées de 5 items chacune, coté chacun de 0 à 2 (« pas vrai », « un peu vrai », « très vrai »). Pour chaque dimension, un score de 0 à 10 était obtenu en additionnant les réponses. Un score total des difficultés, allant de 0 à 40, a également été calculé en combinant 4 des 5 sous-dimensions (dimension « comportements pro-sociaux des enfants » non prise en compte).

Des seuils précédemment établis dans la littérature internationale³ ont été appliqués. Ces seuils ont été établis à partir d'un échantillon d'enfants britanniques âgés de 5 à 15 ans en 1999 (26); le seuil

² Les enfants de cette tranche d'âge étant davantage sujets à des difficultés de type opposition plutôt que des troubles des conduites (terminologie de l'échelle) à proprement parler, nous avons donc retenu par la suite, le terme « opposition » correspondant à un ensemble composé d'une humeur particulièrement colérique/irritable, d'un comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif qui dépasse les querelles des fratries et persiste plusieurs mois.

³ <https://sdqinfo.org/py/sdqinfo/c0.py>; <https://sdqinfo.org/norms/UKSchoolNorm.html> ;

de la catégorie « atypique » étant le 90^e percentile. Des seuils identiques pour les dimensions émotionnelle, oppositionnelle, et inattention/hyperactivité ont été retrouvés en 2004 sur une population d'enfants scolarisés en élémentaire en région PACA (27). Ainsi nous avons considéré que :

- un enfant présentait des difficultés émotionnelles probables, lorsque le score à la dimension émotionnelle était : score parent \geq à 5 ; score enseignant \geq à 6 ;
- un enfant présentait des difficultés oppositionnelles probables, lorsque le score à la dimension oppositionnelle était : score parent et enseignant \geq à 4 ;
- un enfant présentait des difficultés d'inattention ou d'hyperactivité probables, lorsque le score à la dimension inattention/hyperactivité était : score parent et enseignant \geq à 7 ;
- un enfant présentait un score « total difficultés » élevé (« atypique ») lorsque la somme des scores aux sous-échelles des difficultés émotionnelles, des difficultés d'inattention/hyperactivité, des difficultés oppositionnelles et des difficultés relationnelles avec les pairs au SDQ parent était \geq à 17 ; au SDQ enseignant était \geq 16.

Indicateurs issus des réponses aux sous-dimensions par informant

Pour chaque point de vue (parents et enseignants), les indicateurs suivants ont été créés :

- proportion d'enfants présentant des difficultés émotionnelles probables ;
- proportion d'enfants présentant des difficultés oppositionnelles probables ;
- proportion d'enfants présentant des difficultés d'inattention/hyperactivité probables ;
- proportion d'enfants présentant au moins un type de difficultés probables (émotionnelle, oppositionnelle, ou d'inattention/hyperactivité) ;
- proportion d'enfants présentant un score « total difficultés » élevé.

Indicateurs issus de la combinaison des informations des sous-échelles avec le retentissement par informant

Un module complémentaire dans le SDQ évaluant le retentissement des difficultés sur la vie de l'enfant (par exemple, la vie à la maison, les amitiés, les apprentissages, les loisirs) (28) a été ajouté dans l'étude. Un score de retentissement sur la vie de l'enfant a ainsi été calculé en sommant les réponses de la façon suivante : 0 pour « pas du tout » ou « un peu », 1 pour « assez » et 2 pour « beaucoup ». Le score de retentissement allait de 0 à 10 pour le SDQ parent, comportant 5 items interrogeant le retentissement sur la vie familiale, les amitiés, les loisirs, les apprentissages et globalement sur la gêne ressentie par l'enfant à cause de ses difficultés. Pour le SDQ enseignant, le score allait de 0 à 6 comportant 3 items, interrogeant le retentissement sur les apprentissages à l'école, les relations avec les camarades et globalement sur la gêne ressentie par l'enfant à cause de ces difficultés. Les seuils britanniques ont également été appliqués pour apprécier la présence d'un retentissement significatif (28) :

- un retentissement sur la vie de l'enfant était présent du point de vue du parent lorsque le score de retentissement était \geq à 2 ; de même pour l'enseignant.

Ainsi, en combinant les informations sur la présence de difficultés probables et de retentissement sur la vie de l'enfant, pour chaque point de vue (enseignants et parents) les indicateurs suivants ont été créés :

- proportion d'enfants présentant des difficultés émotionnelles probables avec retentissement sur leur vie ;
- proportion d'enfants présentant des difficultés oppositionnelles probables avec retentissement sur leur vie ;
- proportion d'enfants présentant des difficultés d'inattention/hyperactivité probables avec retentissement sur leur vie ;

- proportion d'enfants présentant au moins un type de difficultés probables (émotionnelle, oppositionnelle, ou d'inattention/hyperactivité) avec retentissement sur leur vie ;
- proportion d'enfants présentant un score « total difficultés » élevé avec retentissement sur leur vie.

Indicateurs intégrant les réponses du parent et de l'enseignant

Enfin, une dernière catégorie d'indicateurs a été créée en intégrant à la fois le point de vue du parent et de l'enseignant pour chaque enfant. En cohérence avec le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (DSM-IV) et la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), la méthode de calcul de ces indicateurs repose sur un algorithme de combinaison des réponses au SDQ publié (25,29) qui calcule des prévalences intégrées sur la base uniquement de la présence de difficultés avec retentissement sur la vie de l'enfant (le détail des seuils utilisés dans l'algorithme, pouvant être différents de ceux par informants, est disponible sur le site du SDQ⁴) :

- proportion d'enfants présentant des difficultés oppositionnelles probables avec retentissement sur leur vie en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant. De telles difficultés étaient comptabilisées si elles étaient identifiées par le parent OU l'enseignant ;
- proportion d'enfants présentant des difficultés d'inattention/hyperactivité probables avec retentissement sur leur vie en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant. De telles difficultés étaient comptabilisées si elles étaient identifiées par le parent ET l'enseignant ;
- proportion d'enfants présentant des difficultés émotionnelles probables avec retentissement sur leur vie en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant. Deux cas de figure possibles (2 ou 1 seul informant) pour comptabiliser de telles difficultés :
 - l'enfant présentait des difficultés émotionnelles probables avec retentissement sur sa vie du point de vue du parent ET du point de vue de l'enseignant
OU
 - l'enfant présentait des difficultés émotionnelles probables avec retentissement sur sa vie selon un seul informant ET il ne présentait pas de difficultés oppositionnelles probables avec retentissement sur sa vie en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant, ni de difficultés d'inattention/hyperactivité probables avec retentissement sur sa vie en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant (cf. indicateurs ci-dessus).
- proportion d'enfants présentant au moins un type de difficultés probables avec retentissement sur sa vie en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant si l'enfant présentait au moins une des trois difficultés probables listée ci-dessus.

Le Kiddy-Kindl

Le bien-être de l'enfant a été mesuré avec une échelle générique d'évaluation de la qualité de vie de l'enfant en lien avec la santé, le Kiddy-Kindl (version 4-7 ans) (30–32), complétée par les parents d'enfants et couvrant 6 dimensions du bien-être (4 items chacune) : physique, émotionnelle, liée à la famille, à l'école, aux amis, ainsi que l'estime de soi. Par exemple, pour la dimension « estime de soi » de son enfant, il est demandé au parent si son enfant s'est senti fier de lui, la semaine précédant la passation du questionnaire. Le parent répond selon 5 modalités, cotées de 1 à 5 (« jamais », « rarement », « parfois », « souvent » et « toujours »). Les sous-scores pour chacune des 6 dimensions sont obtenus en additionnant les réponses de chaque question puis rapportés à un score de 0 (la plus mauvaise qualité de vie) à 100 (meilleure qualité de vie possible).

⁴ <https://www.sdqinfo.org/c7.html>

Recours aux soins pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage

Le recours aux soins en lien avec la santé mentale a été évalué en demandant au parent si « Depuis un an, [son enfant] a été vu par un ou des professionnels pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage ». Si le parent répondait oui, il lui était demandé de préciser le type de professionnel consulté (médecin généraliste, pédiatre, psychiatre, psychologue, psychologue de l'Éducation nationale, orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste, psychomotricien ou un autre professionnel non listé). Les professionnels ont été regroupés en 3 catégories : 1) a vu au moins une fois un médecin de première ligne (médecin généraliste ou pédiatre), 2) a vu au moins une fois un professionnel de santé mentale (psychologue de l'Éducation nationale, psychologue, ou psychiatre), 3) a vu au moins une fois un professionnel de la rééducation (orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste ou psychomotricien).

Analyses statistiques

Correction de la non-réponse totale et pondération

La non-réponse totale a été corrigée par repondération. Des poids initiaux correspondant à l'inverse du taux de sondage ont été calculés puis ajustés pour tenir compte de la non-réponse qui s'observait à différents niveaux :

- au niveau des écoles : impossibilité à joindre ou refus de participation du directeur d'établissement, impossibilité de mettre en œuvre la collecte au sein d'une école ;
- au niveau des classes : impossibilité à joindre ou refus de participation de l'enseignant, impossibilité de mettre en œuvre la collecte au sein d'une classe ;
- au niveau des élèves :
 - non-réponse générale, s'appliquant aux parents et aux enseignants : changement de classe ou d'école, pli non distribué, refus de participation d'un des 2 parents ;
 - non-réponse à l'un des questionnaires (parent ou enseignant), questionnaire incomplet, questionnaire considéré comme inexploitable au vu des réponses incohérentes, absence de réponse de l'enseignant, absence de réponse du parent.

L'utilisation de la base « Données individuelles anonymes du premier degré - Diapre » de l'Éducation nationale comme base de sondage nous a permis de disposer d'informations sur les écoles et les classes participantes et non-participantes. Nous avons également disposé des informations issues de la base « Outil numérique pour la direction d'école - Onde » commune aux élèves participants et non-participants ainsi que des informations contextuelles sur le lieu de résidence de l'enfant à l'aide des données socio-économiques du carroyage (grille naturelle⁵ de l'Institut national de la statistique et des études économiques, Insee).

La correction de la non-réponse totale a été faite selon les étapes suivantes :

1. Correction de la non-réponse au niveau école : à partir des variables disponibles au niveau école (localisation géographique, typologie de commune, médiane du niveau de vie de la commune, FDEP de la commune (33), type d'école, sectorisation, taille d'école).
2. Correction de la non-réponse au niveau classe : à partir des variables disponibles au niveau classe (variables au niveau écoles ainsi que les variables suivantes : niveaux de la classe, nombre d'élèves dans la classe, classe dédoublée (classes de CP et CE1 à faible effectif), classe multiniveaux, présence d'élèves rattachés à un dispositif Ulis).
3. Correction de la non-réponse au niveau élève à partir :
 - des variables disponibles dans la base de données Onde : sexe, âge, niveau de scolarisation, pays de naissance ;

⁵ [Données carroyées – Carreau de 200m – Revenus, pauvreté et niveau de vie en 2015 - Données carroyées | Insee](#)

- des informations contextuelles sur leur lieu de résidence à l'aide du carroyage de l'Insee : caractéristiques des ménages, des logements, et des revenus des habitants du carreau dans lequel la résidence de l'enfant se trouve ;
 - ainsi que des variables citées précédemment concernant les écoles et les classes.
4. Correction de la non-réponse au niveau enseignants, parents et parents/enseignants à partir :
- des variables écoles, classes et élèves citées précédemment ;
 - des réponses des enseignants au questionnaire SDQ (pour le niveau parents/enseignants).

Les biais possibles liés à la non-réponse totale ont été corrigés en utilisant la méthode des scores (34), basée sur le principe des réponses homogènes des unités échantillonnées à l'intérieur de groupes de réponses homogènes (GRH). Ces GRH sont constitués en modélisant la probabilité de réponse en fonction de variables connues pour les répondants et les non-répondants. Finalement, trois jeux de poids ont été créés : un jeu de poids enseignants pour les analyses de tous les questionnaires enseignants (échantillon « enseignants »), un jeu de poids parents pour les analyses de tous les questionnaires parents (échantillon « parents ») et un jeu de poids parents/enseignants pour les analyses des enfants pour lesquels nous disposons à la fois d'un questionnaire parent et d'un questionnaire enseignant (échantillon « parents et enseignants »).

Les jeux de poids ont ensuite subi une étape de calage sur marges (sur le sexe de l'enfant et sur une variable combinant le niveau scolaire de l'enfant et le secteur de l'école) afin d'avoir une distribution similaire entre les trois échantillons et la base de sondage sur ces variables. Le calage a été réalisé à l'aide de la macro Calmar de l'Insee (35) en utilisant la méthode « logit bornée ». Enfin, une troncature des poids a été réalisée pour éviter d'avoir des poids de valeurs extrêmes trop influents.

Correction de la non-réponse partielle : imputation

L'imputation des données manquantes a été réalisée avec un algorithme d'imputation par forêt aléatoire, implémenté en R dans le *package MissForest* (36). L'algorithme commence par imputer toutes les données manquantes en utilisant la moyenne ou le mode, puis pour chaque variable ayant des valeurs manquantes, MissForest crée une forêt aléatoire sur les données observées et prédit ensuite les valeurs manquantes. Ce processus d'entraînement et de prédiction est répété de manière itérative jusqu'à ce qu'un critère d'arrêt soit rempli ou qu'un nombre maximal d'itérations spécifié par l'utilisateur soit atteint (5 dans notre cas).

Participation et description des échantillons analysés

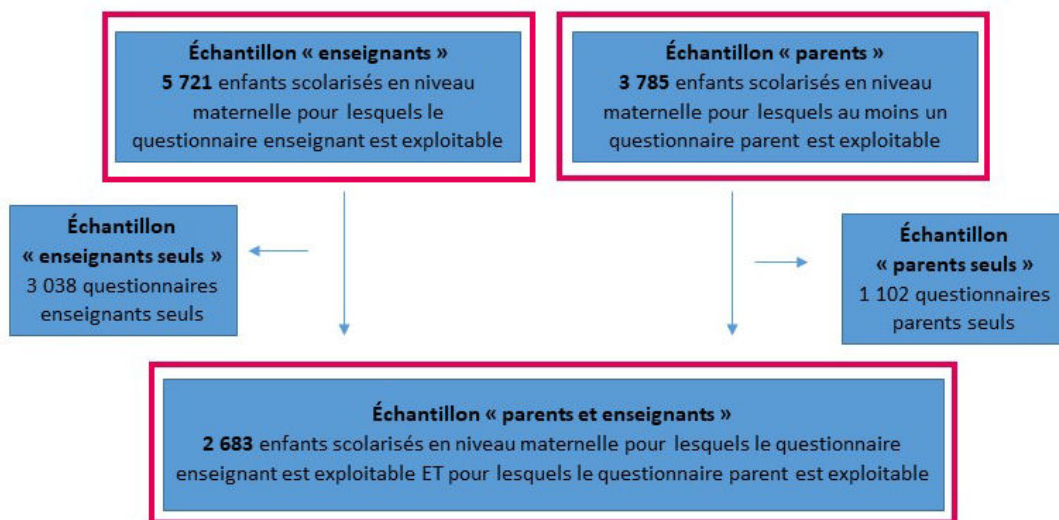
Comparaisons des bases avant pondération

Afin d'évaluer un éventuel biais de sélection dans la constitution des trois échantillons d'analyse emboîtés, des caractéristiques aux niveaux école, classe et individuel (issues notamment de la base de sondage Diapre et des questionnaires parents) ont été comparées à l'aide de tests du Chi2 de Pearson (ou tests exacts de Fisher) sur des données non pondérées :

- les caractéristiques des écoles participantes et non participantes ainsi que des classes participantes et non participantes ;
- les caractéristiques des enfants avec un questionnaire parent exploité avec celles des enfants sans questionnaire parent exploité (c'est-à-dire dont les parents ont refusé que leur enfant participe, les courriers non distribués, des enfants en dispositif Ulis, les enfants ayant changé de classe ou d'école en cours d'année ainsi que des enfants ayant un questionnaire parent manquant ou inexploitable). D'autre part, nous avons comparé les caractéristiques des enfants avec un questionnaire enseignant exploité avec celles des enfants ayant un questionnaire enseignant manquant ;
- Les caractéristiques aux niveaux classe et/ou individuel entre les échantillons « parents et enseignants » et « parents seuls » et « enseignants seuls ».

La Figure 1 présente les différents échantillons analysés. Les blocs bleus entourés de rouge représentent les 3 échantillons à partir desquels les indicateurs ont été estimés.

Figure 1 - Liste des différents échantillons analysés ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle



Comparaisons des échantillons analysés avec la base de sondage

Enfin, les distributions des variables de la base de sondage ont été comparées avec la distribution pondérée de ces variables dans chacun des trois échantillons d'analyses au moyen de la distance standardisée (37). Si la distance standardisée était inférieure à 10 %, nous avons considéré que la distribution des variables pondérées était comparable à la distribution des variables de la base de sondage.

Analyses psychométriques

Pour chacun des instruments, les qualités psychométriques ont été analysées dans des travaux précédents pour le SDQ (38,39) et pour le Kiddy-Kindl (30) sur lesquels nous nous sommes appuyés. Nous avons cependant vérifié la cohérence interne, à travers l'estimation des coefficients alpha de Cronbach et oméga de Mc Donald, de l'échelle globale et des sous-échelles du SDQ et du Kiddy-Kindl. Pour ces deux coefficients, une valeur supérieure à 0,7 indique une cohérence interne acceptable (40,41). Afin d'évaluer la validité de structure des outils dans la population des enfants scolarisés en maternelle (PSM-GSM), nous avons également effectué des analyses basées sur les structures factorielles retrouvées dans les articles de référence de ces outils (42). Nous avons donc employé des modèles d'équation structurelle exploratoire (ESEM) (43) pour le SDQ et des analyses factorielles confirmatoires avec méthode du maximum de vraisemblance (MLM) et correction de Satorra-Bentler pour le Kindl. Pour ces analyses, il est d'usage de considérer les limites suivantes concernant les indices d'adéquations : un *Comparative Fit Index* (CFI) supérieur à 0,90, un Tucker-Lewis Index (TLI) supérieur à 0,90, un *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) inférieur à 0,08 et un *Standardized Root Mean square Residual* (SRMR) inférieur à 0,08 étaient considérés comme acceptables tandis qu'un CFI supérieur à 0,95, un RMSEA inférieur à 0,06 et un SRMR inférieur à 0,06 étaient considérés comme bons (44,45). Ces analyses montrent que la structure du SDQ enseignant et du SDQ parent est valide (indicateurs d'adéquation des modèles aux données satisfaisants). Les résultats en détail sont présentés en Annexe 4.

Degré de discordance des réponses au SDQ selon les informants

Le degré de discordance entre les réponses au SDQ des parents et celles des enseignants a été examiné en estimant les coefficients de corrélation non-paramétriques de Spearman, les Kappa de Cohen d'une part et à partir de représentations graphiques d'autre part (diagrammes de Venn et méthode de Bland-Altman (46)) sur données non pondérées. Les coefficients de corrélation ont été utilisés afin d'estimer l'association globale entre les réponses des parents et des enseignants. Les Kappa de Cohen ont permis d'explorer la fidélité inter-informant par sous dimension. Les seuils suivants ont été choisis pour interpréter les Kappa de Cohen : 1 (accord parfait) ; 0,81-0,99 (presque parfait) ; 0,61-0,80 (substantiel) ; 0,41-0,60 (modéré) ; 0,21-0,40 (faible) ; 0,01-0,20 (aucun à léger) ; 0 (aucun) (47). Le diagramme Bland-Altman a été utilisé afin d'examiner si la différence entre les parents et les enseignants variait selon la moyenne des scores parents-enseignants. Nous avons calculé les moyennes et les écarts types des différences de scores aux SDQ entre les parents et les enseignants. La condition de normalité de la distribution des différences a été vérifiée graphiquement. Un diagramme de Bland-Altman représentant les différences des scores parent-enseignant en fonction de la moyenne de ces deux scores a été réalisé pour les trois sous-dimensions. Les limites de concordance à 95 % (*limits of agreement*) ont été calculées comme la moyenne +/- 1,96 écart type des différences parent-enseignant (48).

Description des indicateurs

Les indicateurs quantitatifs ont été décrits *a minima* par des moyennes et leur intervalle de confiance (à 95 %), les indicateurs qualitatifs par des proportions et leur intervalle de confiance (à 95 %), estimés par la méthode de Clopper-Pearson. Les effectifs bruts et les valeurs des coefficients de variation (CV) ont été pris en compte pour quantifier la précision des estimations produites : un CV compris entre 16,6 % et 33,3 % indique une mauvaise précision de l'estimation, à interpréter donc avec précaution (signalée d'un ^M), et un CV supérieur à 33,3 % suggère une estimation peu fiable à ne pas diffuser (signalée en « non disponible »)⁶.

Les comparaisons entre les différents groupes ont été effectuées par comparaison des intervalles de confiance : les différences ont été considérées comme significatives lorsque les intervalles étaient disjoints. Les trop faibles effectifs n'ont pas permis de présenter les résultats selon le secteur de l'école (écoles publiques hors REP ou REP + ; écoles privées ; écoles REP et écoles REP+), le niveau scolaire (petite section, moyenne section ou grande section) et pas systématiquement selon le sexe des enfants.

Les différentes estimations ont été réalisées en tenant compte du plan de sondage en grappes ainsi que des poids ajustés de la non-réponse totale, la stratification ainsi que le facteur de correction pour une population finie (FPC).

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels SAS Enterprise Guide v7.1 et R v4.3.1.

Aspects réglementaires et 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).

⁶ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13f0026m/2007001/table/tab5p1-fra.htm>

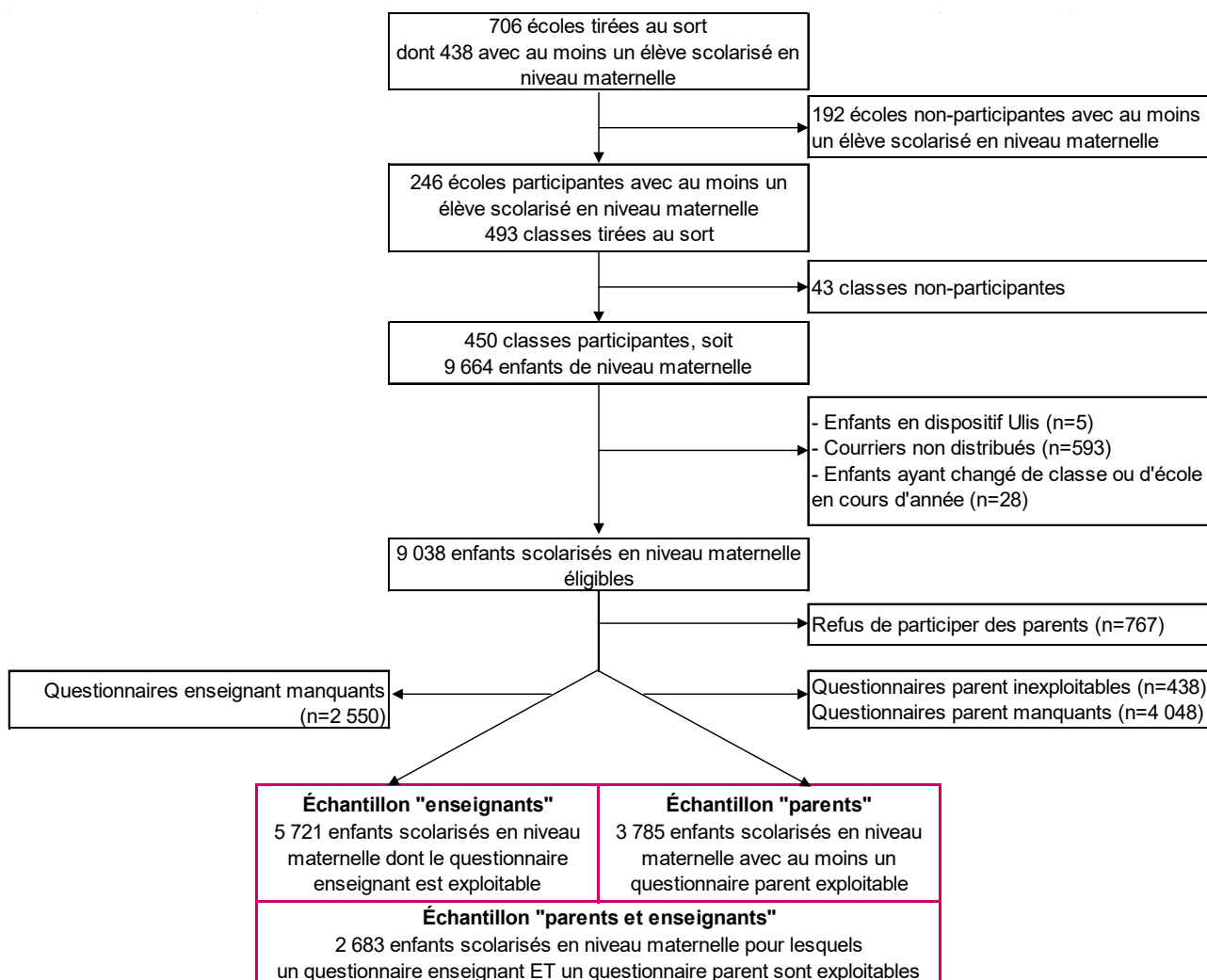
RÉSULTATS

Participation et description des échantillons analysés

Comparaison des bases avant pondération

La Figure 2 présente l'ensemble des étapes de sélection des échantillons analysés dans ce rapport.

Figure 2 - Diagramme de la participation ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle



Participation des écoles et des classes

Sur les 706 écoles tirées au sort, 438 écoles (dont 152 écoles maternelles et 286 écoles primaires⁷) avaient au moins un élève de niveau maternelle (PSM, MSM ou GSM) et parmi ces dernières, 246 écoles ont participé (56,2 %). Pour les 192 autres écoles, le principal motif de refus de participer était le manque de temps (43,7 %). Cinquante-et-une écoles sont restées quant à elles injoignables (26,6 %) (cf. Tableau 1).

⁷ L'école primaire regroupe l'école maternelle (de la petite à la grande section) et l'école élémentaire (du CP au CM2).

Tableau 1 - Motifs de refus de participation des écoles ; Échantillon des écoles non-participantes avec au moins un élève de niveau maternelle (n=192 écoles) ; Enabee 2022, France hexagonale

Motifs de non-participation	n	(%)
Manque de temps	84	(43,7)
École injoignable	51	(26,6)
Pas d'intérêt pour l'étude	15	(7,8)
Refus des enseignants	10	(5,2)
Réticence(s) par rapport à l'étude	8	(4,2)
A besoin d'une autorisation hiérarchique	8	(4,2)
Autre motif	9	(4,7)
Raison non précisée	7	(3,6)

La comparaison des écoles participantes avec les écoles non participantes a montré que la seule différence significative concernait le type d'école : 60,6 % des écoles primaires ont participé contre 47,7 % des écoles maternelles ($p=0,01$). Le tableau de l'Annexe 1 décrit les principales caractéristiques des écoles participantes et non participantes ayant au moins un élève de niveau maternelle participant.

Parmi les 246 écoles participantes, 493 classes ont été tirées au sort. Sur les 493 classes ayant au moins un enfant de niveau maternelle, 450 classes ont participé (91,3 %). Nous n'avons pas observé de différence significative entre les classes participantes et non participantes selon les variables concernant la classe (taille de la classe, classe multiniveaux maternelle et élémentaire) (Annexe 2).

Participation des parents et des enseignants

Un total de 9 038 enfants de niveau maternelle dans 246 écoles et 450 classes étaient éligibles (Figure 2). Un questionnaire enseignant a été complété et analysé pour 5 721 d'entre eux (63,3 %) et un questionnaire parent pour 3 785 (41,9 %). Enfin, pour 2 683 enfants, soit 29,7 % des enfants éligibles, un questionnaire parent et un questionnaire enseignant étaient exploitables.

Nous avons comparé les caractéristiques des enfants avec un questionnaire parent exploitable (n=3 785) avec celles :

1. des enfants dont les parents ont refusé de participer (n=767) ;
2. des enfants en dispositif Ulis ou concernés par des courriers d'information sur l'étude non distribués ou ayant changé d'école/classe en cours d'année (n=626) ;
3. des enfants ayant un questionnaire parent manquant ou inexploitable (n=4 486).

Comparés aux enfants avec un questionnaire parent exploitable, ceux pour lesquels les parents ont refusé de participer à l'étude, les enfants en dispositif Ulis ou concernés par des courriers d'information sur l'étude non distribués ou ayant changé d'école/classe en cours d'année et les enfants ayant un questionnaire parent manquant ou inexploitable étaient plus fréquemment nés à l'étranger et scolarisés en REP ou REP+ (versus scolarisés en école publique hors REP ou REP+). Comparés aux enfants avec un questionnaire parent exploitable, ceux pour lesquels les parents se sont opposés et les enfants ayant un questionnaire parent manquant ou inexploitable étaient plus souvent scolarisés dans le privé (versus scolarisés en école publique hors REP) (données non présentées).

Nous avons également comparé les caractéristiques des enfants avec un questionnaire enseignant exploitable (n=5 721) avec celles des enfants ayant un questionnaire enseignant manquant (n=2 550). Les distributions selon le sexe et le pays de naissance des enfants étaient comparables, en revanche, les enseignants dans les écoles REP, REP+ ou privées (versus en école publique hors REP/REP+) étaient moins susceptibles d'avoir complété un questionnaire (données non présentées).

Comparaison des échantillons analysés avec les échantillons « enseignants seuls » et « parents seuls »

Afin d'explorer un éventuel biais de sélection, les caractéristiques des enfants exclus des analyses parce que le questionnaire parent ou enseignant était manquant ont été étudiées.

Le tableau de l'Annexe 3 rapporte :

- la distribution non pondérée des principales caractéristiques aux niveaux classe et individuel dans l'échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ;
- la distribution non pondérée des caractéristiques de l'échantillon « enseignants seuls » dans lequel le questionnaire parent était manquant ou inexploitable (n=3 038) ;
- et la distribution non pondérée de l'échantillon « parents seuls » dans lequel un questionnaire parent était complété mais pas le questionnaire enseignant (n=1 102).

On observe notamment une proportion plus élevée d'enfants avec des difficultés émotionnelles, oppositionnelles et d'inattention/hyperactivité (rapportés par les enseignants) dans l'échantillon dans lequel les parents n'ont pas complété de questionnaire (échantillon « enseignant seul », n=3 038) comparé à l'échantillon où les deux questionnaires étaient disponibles.

Les enfants avec uniquement un questionnaire parent complété (échantillon « parents seuls », n=1 102) étaient plus souvent en moyenne ou grande section et dans une classe multiniveaux comparés aux enfants de l'échantillon « parents et enseignants ». Ces enfants étaient également plus souvent issus de foyer à revenus élevés, en comparaison des enfants de l'échantillon « parents et enseignants ». Par ailleurs, nous n'avons pas observé de différence significative entre l'échantillon « parents et enseignants » et l'échantillon « parents seuls » concernant les difficultés mesurées (SDQ version parent).

Comparaison des échantillons analysés avec la base de sondage

Le Tableau 2 décrit les effectifs bruts ainsi que les proportions pondérées des trois échantillons d'analyse (« parents », « enseignants », et « parents et enseignants ») ainsi que la répartition des différentes caractéristiques en comparaison avec la base de sondage, c'est-à-dire de l'ensemble des élèves scolarisés en maternelle en France hexagonale dans des écoles maternelles ou primaires, publiques ou privées sous contrat avec l'Éducation nationale au cours de l'année scolaire 2021-2022. Les moyennes des distances standardisées pour l'ensemble des variables disponibles dans la base de sondage entre chacun des trois échantillons et la base de sondage étaient inférieures à 10 %. Cela indique que nos trois échantillons étaient représentatifs de notre population cible sur ces différentes variables.

Tableau 2 - Description des échantillons d'analyse et comparaison avec la base de sondage ; Échantillons « parents » (n=3 785), « enseignants » (n=5 721) et « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabée 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

	Base de sondage		Échantillon « parents » n = 3 785			Échantillon « enseignants » n = 5 721			Échantillon « parents et enseignants » n = 2 683		
	N	%	n	%**	D* en %	n	%**	D* en %	n	%**	D* en %
Sexe					0,8			0,5			0,6
Garçon	1 108 203	51,2	1 961	51,6	0,8	2 941	51,4	0,5	1 375	50,9	-0,6
Fille	1 055 663	48,8	1 824	48,4	-0,8	2 780	48,6	-0,5	1 308	49,1	0,6
Secteur de l'école en 4 modalités					1,5			0,6			1,0
<i>Public</i>	1 898 460	87,7	3 400	88,2	1,5	4 800	87,6	-0,3	2 428	88,2	1,5
Dont public non REP	1 549 894	71,6	2 886	72,4	1,7	3 857	71,2	-0,9	2 051	72,2	1,4
Dont REP	222 209	10,3	278	9,8	-1,7	556	10,4	0,2	229	10,1	-0,7
Dont REP+	126 357	5,8	236	6,0	1,0	387	6,0	1,0	148	5,9	0,3
<i>Privé</i>	265 406	12,3	385	11,8	-1,5	921	12,4	0,3	255	11,8	-1,5

	Base de sondage		Échantillon « parents » n = 3 785			Échantillon « enseignants » n = 5 721			Échantillon « parents et enseignants » n = 2 683		
	N	%	n	%**	D* en %	n	%**	D* en %	n	%**	D* en %
Niveau scolaire					0,5			1,0			1,3
PSM*	698 184	32,3	1 247	32,7	0,8	2 007	33,0	1,4	955	33,2	1,9
MSM*	718 855	33,2	1 257	33,2	0,0	1 748	32,7	-1,0	837	32,7	-1,0
GSM*	746 827	34,5	1 281	34,1	-0,8	1 966	34,3	-0,4	891	34,1	-0,9
Taille de l'école (nombre d'élèves)					2,8			3,7			3,0
<62	210 934	9,7	426	9,5	-0,6	642	11,2	4,8	348	11,2	5,0
[62; 108[	577 285	26,7	1 035	25,6	-2,4	1 409	24,4	-5,2	703	24,3	-5,4
[108; 176[	673 278	31,1	1 064	29,8	-2,9	1 734	32,6	3,2	804	31,8	1,4
≥ 76	702 369	32,5	1 260	35,1	5,4	1 936	31,8	-1,5	828	32,7	0,4
Type d'école					8,5			3,2			5,7
Maternelle	1 224 851	56,6	1 972	60,8	8,5	2 815	58,2	3,2	1 383	59,4	5,7
Primaire	939 015	43,4	1 813	39,2	-8,5	2 906	41,8	-3,2	1 300	40,6	-5,7
Région					5,7			6,3			6,4
Île-de-France	471 711	21,8	735	25,0	7,6	1 116	24,4	6,1	502	25,8	9,3
Centre-Val de Loire	81 980	3,8	127	4,4	2,9	164	3,9	0,4	71	3,6	-0,8
Bourgogne-Franche-Comté	83 527	3,9	66	2,7	-6,9	111	3,1	-4,1	43	2,8	-6,2
Normandie	106 480	4,9	142	3,1	-9,3	132	2,1	-15,4	59	2,2	-14,7
Hauts-de-France	208 604	9,6	424	10,1	1,8	678	10,7	3,5	311	10,6	3,2
Grand-Est	171 558	7,9	340	6,3	-6,3	490	6,7	-4,5	268	6,8	-4,2
Pays de la Loire	127 024	5,9	209	5,6	-1,2	270	6,3	1,7	148	6,8	3,7
Bretagne	102 610	4,7	234	5,2	2,2	275	5,3	2,6	132	5,1	1,7
Nouvelle-Aquitaine	171 494	7,9	287	5,2	-11,1	397	4,4	-14,6	188	4,4	-14,8
Occitanie	181 856	8,4	403	11,3	9,6	679	10,6	7,4	332	10,8	8,2
Auvergne-Rhône-Alpes	276 425	12,8	467	11,4	-4,3	809	11,2	-4,8	367	11,4	-4,3
Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Corse	180 597	8,3	351	9,8	5,2	600	11,4	10,4	262	9,8	5,3
FDEP* par quintile					1,1			4,3			2,8
<p20 du FDEP	501 697	23,2	877	24,3	2,6	1 047	20,4	-6,8	531	21,4	-4,3
[p20 ; p40[du FDEP	422 755	19,5	690	19,4	-0,3	914	18,3	-3,1	482	19,2	-0,7
[p40 ; p60[du FDEP	399 703	18,5	696	18,2	-0,9	923	18,2	-0,7	425	17,8	-1,9
[p60 ; p80[du FDEP	400 816	18,5	714	18,1	-1,0	1 356	20,9	5,9	562	18,9	1,0
≥p80 du FDEP	438 895	20,3	808	20,1	-0,6	1 481	22,2	4,7	683	22,7	5,9
Médiane du niveau vie quartile					3,1			7,5			7,4
< 19 990€	674 953	31,2	1 153	31,6	0,8	2 293	35,3	8,6	958	35,4	9,0
[19 990 € ; 21 450 €]	442 173	20,4	848	22,7	5,6	1 211	22,8	5,9	602	22,7	5,7
[21 450 € ; 23 315 €]	430 889	19,9	757	18,9	-2,5	1 031	20,0	0,2	515	19,6	-0,9
≥ 23 315 €	615 272	28,4	1 027	26,8	-3,5	1 186	21,9	-15,0	608	22,3	-14,1
Typologie de la commune de l'école					4,9			5,4			6,8
Banlieue	912 464	42,2	1 573	45,8	7,3	2 471	45,3	6,2	1 135	47,4	10,5
Ville-centre	659 728	30,5	1 009	28,2	-5,0	1 620	29,0	-3,4	694	27,4	-6,8
Hors unité urbaine	394 850	18,2	836	16,3	-5,2	1 071	15,4	-7,6	597	15,4	-7,5
Ville isolée	196 824	9,1	367	9,7	2,0	559	10,4	4,3	257	9,8	2,3
Typologie de la commune zonage DEPP*					5,2			7,4			7,9
Commune rurale	382 938	17,7	807	15,8	-5,2	1 038	15,0	-7,4	568	14,8	-7,9
Rurale éloignée très peu dense	18 130	0,8	49	0,7	-1,3	61	0,6	-2,6	35	0,7	-2,1
Rurale éloignée peu dense	131 143	6,1	269	5,5	-2,5	432	6,2	0,8	217	6,0	-0,1
Rurale périphérique très peu dense	11 423	0,5	25	0,7	2,0	27	0,5	-0,1	17	0,6	1,3
Rurale périphérique peu dense	222 242	10,3	464	8,9	-4,7	518	7,6	-9,4	299	7,5	-9,8
Commune urbaine	1 780 928	82,3	2 978	84,2	5,2	4 683	85,0	7,4	2 115	85,2	7,9
Bourg	90 071	4,2	248	4,6	2,2	396	5,7	7,3	209	5,9	7,8
Petite ville	180 682	8,3	322	8,8	1,6	368	8,5	0,5	151	6,8	-6,0
Urbaine périphérique peu dense	102 759	4,7	211	6,0	5,7	353	6,9	9,2	183	7,2	10,4
Urbaine dense	512 264	23,7	797	17,5	-15,2	1 232	16,7	-17,5	572	16,9	-16,8
Urbaine très dense	895 152	41,4	1 400	47,3	11,9	2 334	47,2	11,8	1 000	48,4	14,2
Total	2 163 866	100,0	3 785	100,0		5 721	100,0		2 683	100,0	

*Abréviations : D = Distance standardisée ;
DEPP = Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance ;
FDEP = Indice de défavorisation sociale (French Deprivation Index) ;
GSM = Grande section de maternelle ;
MSM = Moyenne section de maternelle ;
PSM = Petite section de maternelle ;
REP = Réseau d'éducation prioritaire ;
REP+ = Réseau d'éducation prioritaire, avec moyens renforcés
** Proportions pondérées

Description des échantillons analysés pondérés

Le Tableau 3 décrit les caractéristiques des échantillons « parents » et « parents et enseignants » disponibles dans le questionnaire parent. Il est à noter que les données décrivant les caractéristiques des enseignants participants (âge, sexe...) ne sont pas disponibles. Les caractéristiques de ces deux échantillons n'étaient pas significativement différentes puisque l'ensemble des intervalles de confiance se recoupaient.

Dans ces deux échantillons, le parent répondant était très majoritairement la mère (76 %). L'âge moyen du parent répondant était de 36,7 ans (+/- 0,1) et 36,6 ans (+/- 0,2) respectivement. Les enfants étaient très majoritairement nés en France, de parents nés en France (dont DROM). Les parents étaient pour la plupart diplômés d'un niveau 1^{er} cycle universitaire et plus. Pour environ 10 % des parents, le revenu net était < 1 500 euros par mois. La grande majorité des enfants vivait avec ses deux parents (Tableau 3).

Tableau 3 - Caractéristiques des enfants dans les échantillons pondérés analysés, Échantillons « parents » (n=3 785) et « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabée 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

	Échantillon « parents » n=3 785			Échantillon « parents et enseignants » n=2 683		
	n bruts	%**	[IC 95 %]	n bruts	%**	[IC 95 %]
Lien du répondant avec l'enfant						
Sa mère	2 913	75,8	[73,1-78,3]	2 076	76,1	[73,2-78,8]
Son père	855	23,8	[21,3-26,5]	594	23,4	[20,7-26,3]
Autre	17	0,4	[0,2-0,7]	13	0,5	[0,2-0,8]
Pays de naissance de l'enfant*						
France hexagonale	3 625	95,4	[94,4-96,3]	2 560	95,2	[93,9-96,2]
France – DROM	52	1,5	[1,0-2,0]	41	1,6	[1,0-2,4]
Autre pays	101	3,1	[2,4-4,1]	76	3,3	[2,4-4,3]
Pays de naissance du parent répondant*						
France hexagonale	3 138	80,4	[77-83,5]	2 220	79,8	[75,5-83,6]
France – DROM	86	2,4	[1,8-3,1]	68	2,7	[1,9-3,6]
Autre pays	554	17,2	[14,2-20,5]	389	17,5	[13,8-21,7]
Niveau de diplôme du parent répondant*						
Aucun diplôme ou brevet des collèges	395	11,1	[9,5-12,8]	290	11,8	[9,9-13,8]
CAP, BEP, BEPS, brevet de technicien, brevet professionnel, BEI, BEC, BEA	542	13,8	[12,2-15,6]	382	13,7	[11,9-15,7]
Baccalauréat (général, professionnel ou technologique)	749	18,9	[17,1-20,8]	547	19,8	[17,6-22,1]
1 ^{er} cycle universitaire, formation paramédicale, sociale	1 108	28,3	[26,4-30,3]	763	27,0	[24,7-29,4]
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire, médecine, pharmacie, dentaire, ingénieur, grandes écoles	984	27,8	[24-32]	695	27,8	[23,2-32,6]
Enfants vivants avec deux parents						
Oui	3 232	84,6	[82,8-86,3]	2 283	83,6	[81,3-85,7]
Non	553	15,4	[13,7-17,2]	400	16,4	[14,3-18,7]
Parmi les enfants ne vivant pas avec deux parents						
Parents séparés ou divorcés	427	76,5	[72,2-80,5]	304	75,5	[70,0-80,4]
Décès de l'autre parent	16	2,8	[1,6-4,6]	13	3,1	[1,6-5,3]
L'enfant a toujours eu un seul parent	56	10,1	[7,6-13,1]	44	11,0	[7,7-15,0]
Autre situation	54	10,5	[7,6-14,1]	39	10,5	[7,1-14,8]
Revenus de votre foyer*						
< 1 500 €	328	9,4	[7,9-11,1]	239	10,1	[8,4-12,1]
1 500 – 3 000 €	1 407	37,0	[34,3-39,8]	1 038	38,3	[35,3-41,4]
3 000 – 4 500 €	1 328	33,0	[30,7-35,4]	912	32,3	[29,7-35]
> 4 500 €	715	20,5	[17,0-24,3]	488	19,2	[15,4-23,5]

*Ces questions n'étaient pas posées lorsqu'un éducateur ou une famille d'accueil répondait (échantillon "Parents" : n=7 ; échantillon "Parents et Enseignants" : n=6)

**Proportions pondérées

Degré de discordance des réponses entre les enseignants et les parents

Selon l'estimation des coefficients de corrélation de Spearman (inférieure à 0,4), l'association entre les informants était considérée comme faible à modérée (49), quelle que soit la dimension évaluée. Elle était variable selon le type de difficultés : la plus faible était observée pour les difficultés émotionnelles, suivie des difficultés oppositionnelles puis celles relatives à l'inattention/hyperactivité, comme le montre le Tableau 4. Ces coefficients étaient plus faibles que ceux observés pour les enfants de classes élémentaires d'Enabee. Ces résultats étaient cohérents avec les données disponibles pour d'autres échantillons (50,51). Les estimations des Kappa de Cohen ont montré un accord inter-informants faible ou léger entre les parents et les enseignants selon la sous-dimension étudiée (difficultés émotionnelles = 0,08 ; difficultés d'opposition = 0,18 ; difficultés d'inattention/hyperactivité = 0,28).

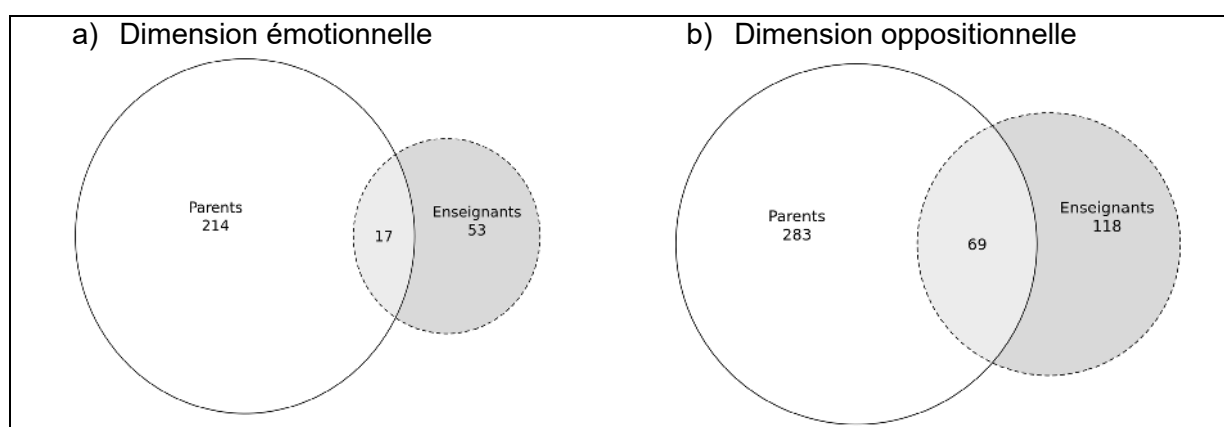
Tableau 4 - Coefficients de corrélation entre informants dans Enabee 2022 (enfants scolarisés en niveau maternelle et élémentaire) et dans les autres enquêtes

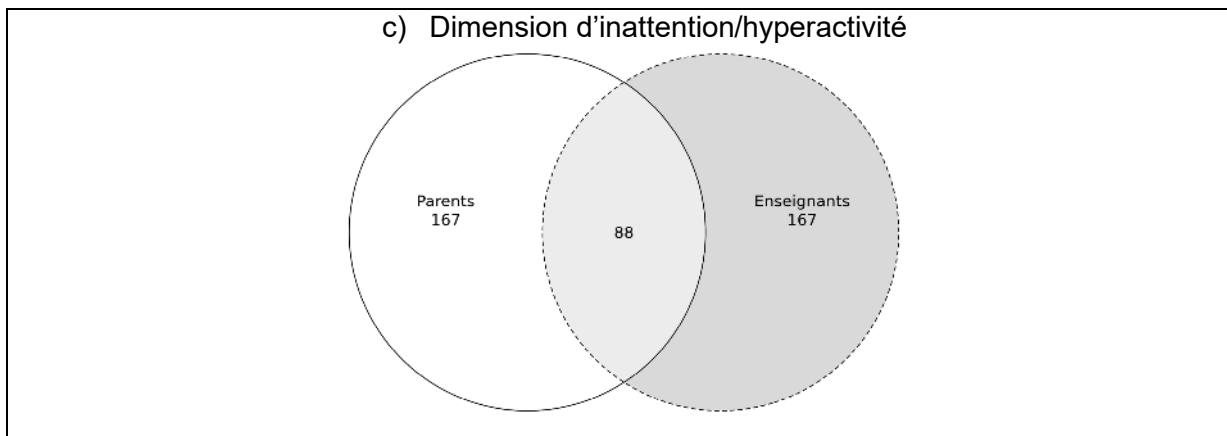
Échelles du SDQ	Enabee 2022	Enabee 2022	Royaume-Uni*	Enquête européenne**
	Maternelles n=2 683***	Élémentaires n=8 172****	5-15 ans n=7 313****	6-11 ans n=4 864****
Total difficultés	0,32	0,45	0,46	0,43
Difficultés émotionnelles	0,14	0,25	0,27	0,27
Difficultés oppositionnelles	0,29	0,36	0,37	0,39
Difficultés d'inattention/hyperactivité	0,40	0,52	0,48	0,48

* Échantillon d'enfants britanniques ayant servi de référence pour établir les seuils appliqués dans Enabee (Goodman 2001) **Cheng 2008 ***Coefficient de Spearman **** Coefficient de Pearson

Les diagrammes de Venn (Figure 3) représentent les effectifs d'enfants identifiés avec des difficultés probables par les parents et par les enseignants, dans les trois sous-dimensions étudiées. On observait un recoupement plus important pour la dimension d'inattention/hyperactivité comparativement à la dimension d'opposition et la dimension émotionnelle.

Figure 3 - Diagrammes de Venn représentant le degré de discordance entre le SDQ parents et le SDQ enseignants ; Échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle





Note : Les cercles pleins représentent le nombre d'enfants présentant des difficultés selon le parent, cercle pointillé selon l'enseignant. L'intersection des deux cercles illustre le nombre d'enfants identifiés par les deux informants.

Les diagrammes de Bland-Altman (Annexe 5), représentant l'association entre les différences des scores parents-enseignants et la moyenne des scores des deux informants, indiquaient des écarts entre les informants plus importants dans le cas de scores intermédiaires (compris entre 4 et 6) et une meilleure concordance pour des scores très bas ou des scores très élevés.

Prévalences par informant

Les questionnaires parents et enseignants ont d'abord été analysés séparément pour estimer les prévalences des enfants ayant des difficultés probables et des difficultés probables avec retentissement sur leur vie.

Sur cette tranche d'âge, sans prendre en compte le retentissement sur la vie de l'enfant, on constatait que :

Selon les parents,

- 8,5 % [7,5-9,6] des enfants présentaient des difficultés émotionnelles probables ;
- 12,8 % [11,7-14,0] des enfants présentaient des difficultés oppositionnelles probables ;
- 9,4 % [8,3-10,5] des enfants présentaient des difficultés d'inattention/hyperactivité probables.

Selon les enseignants,

- 3,1 % [2,5-3,9] des enfants présentaient des difficultés émotionnelles probables ;
- 7,9 % [6,8-9,1] des enfants présentaient des difficultés oppositionnelles probables ;
- 11,2 % [10,0-12,5] des enfants présentaient des difficultés d'inattention/hyperactivité probables.

Les difficultés émotionnelles probables étaient les moins fréquentes pour les deux informants (comparées aux difficultés oppositionnelles et d'inattention/hyperactivité probables), mais restaient plus souvent déclarées par les parents que par les enseignants.

En prenant en compte le retentissement sur la vie de l'enfant, quel que soit l'informant, la proportion d'enfants présentant des difficultés avec retentissement sur leur vie était quasiment diminuée de moitié, voire beaucoup plus, par rapport à celle d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie.

Selon les parents, une fois le retentissement sur la vie de l'enfant pris en compte, les différentes proportions concernaient :

- 2,3 % [1,8-2,9] des enfants pour les difficultés émotionnelles probables avec retentissement ;
- 3,2 % [2,6-3,9] des enfants pour les difficultés oppositionnelles probables avec retentissement ;
- 3,1 % [2,5-3,7] des enfants pour les difficultés d'inattention/hyperactivité probables avec retentissement.

Selon les enseignants, une fois le retentissement sur la vie de l'enfant pris en compte, les différentes proportions concernaient :

- 1,6 % [1,2-2,1] des enfants pour des difficultés émotionnelles probables avec retentissement ;
- 4,4 % [3,5-5,3] des enfants pour des difficultés oppositionnelles probables avec retentissement ;
- 6,1 % [5,2-7,0] des enfants pour des difficultés d'inattention/hyperactivité probables avec retentissement.

Globalement, la proportion d'enfants présentant au moins une difficulté probable avec retentissement sur sa vie était significativement plus importante du point de vue des enseignants (8,2 % [7,0-9,4]) que du point de vue des parents (5,4 % [4,6-6,2]). Le détail de ces analyses est présenté en Annexe 6.

Ces prévalences ont également été estimées selon le sexe des enfants par le parent (Tableau 5) et par l'enseignant (Tableau 6).

- Selon les parents : les garçons présentaient significativement plus de difficultés oppositionnelles probables ou de difficultés d'inattention/hyperactivité probables que les filles, et ce indépendamment du retentissement ;
- Selon les enseignants : les garçons présentaient significativement plus de difficultés oppositionnelles probables ou d'inattention/hyperactivité probables que les filles, quel que soit le retentissement. Par contre, on ne détectait pas de différences selon le sexe pour les difficultés émotionnelles probables, et ce quel que soit le retentissement. Les enfants présentant des difficultés émotionnelles probables déclarées par l'enseignant étaient assez peu nombreux (3,0 % et 3,2 % chez les filles et les garçons respectivement ; 1,3 % et 1,9 % si l'on tenait compte du retentissement) en comparaison des autres types de difficultés.

Tableau 5 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés et par sexe, selon le parent ; Échantillon « parents » (n=3 785) ; Enabée 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

Type de difficultés probables	FILLES (n=1 824)						GARÇONS (n=1 961)					
	Difficultés avec ou sans retentissement			Difficultés avec retentissement			Difficultés avec ou sans retentissement			Difficultés avec retentissement		
	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]
Émotionnelles	185	9,9	[8,5-11,4]	36	^M 2,0	[1,4-2,9]	147	7,1	[5,9-8,6]	54	2,6	[1,9-3,4]
Oppositionnelles	171	9,2	[7,8-10,8]	36	^M 2,1	[1,5-3,0]	312	16,2	[14,4-18,1]	82	4,3	[3,3-5,4]
Inattention ou hyperactivité	110	6,1	[4,9-7,5]	26	^M 1,6	[1,0-2,3]	246	12,4	[10,9-14,1]	88	4,5	[3,6-5,6]
Au moins un type de difficulté	368	19,8	[17,8-22,0]	67	3,9	[3,0-4,9]	522	26,6	[24,5-28,7]	130	6,8	[5,7-8,0]
Score « total difficultés » élevé	63	3,6	[2,6-4,8]	24	^M 1,4	[0,9-2,2]	134	6,8	[5,6-8,3]	78	4,1	[3,1-5,3]

^M Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % : mauvaise précision de l'estimation – à interpréter avec précaution

Tableau 6 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés et par sexe, selon l'enseignant ; Échantillon « enseignants » (n=5 721) ; Enabée 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

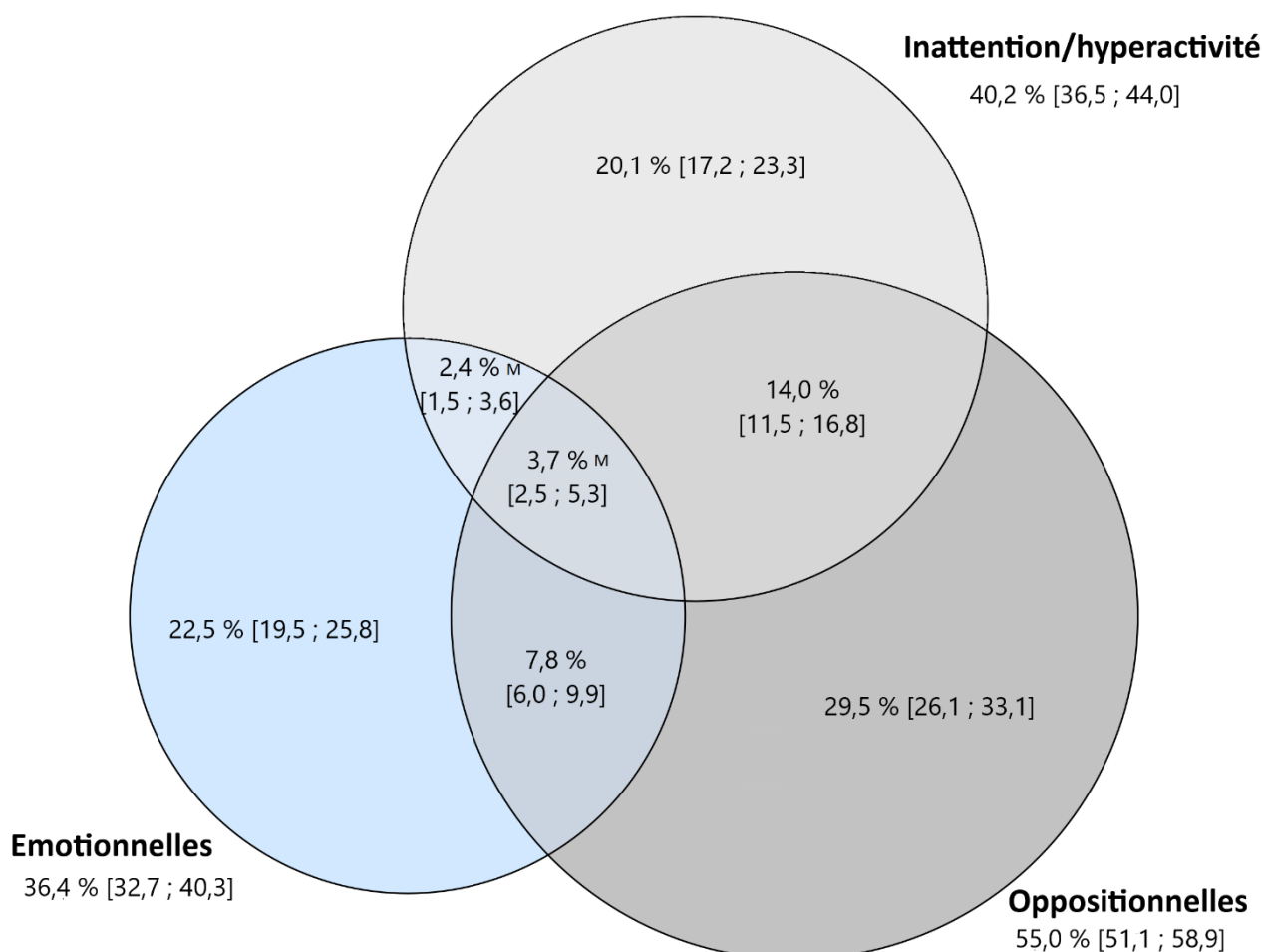
Type de difficultés probables	FILLES (n= 2 780)						GARÇONS (n= 2 941)					
	Difficultés avec ou sans retentissement			Difficultés avec retentissement			Difficultés avec ou sans retentissement			Difficultés avec retentissement		
	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]
Émotionnelles	83	3,0	[2,3-3,9]	36	^M 1,3	[0,8-1,9]	96	3,2	[2,5-4,2]	52	^M 1,9	[1,3-2,7]
Oppositionnelles	125	4,7	[3,7-5,9]	66	2,4	[1,7-3,3]	321	10,9	[9,3-12,6]	177	6,2	[4,9-7,6]
Inattention ou hyperactivité	178	6,6	[5,5-7,9]	99	3,6	[2,8-4,6]	457	15,5	[13,8-17,4]	244	8,4	[7,0-9,9]
Au moins un type de difficulté	316	11,6	[10,0-13,4]	143	5,2	[4,2-6,3]	647	21,9	[19,6-24,2]	318	11,0	[9,3-12,8]
Score « total difficultés » élevé	95	3,6	[2,8-4,6]	75	2,8	[2,2-3,7]	246	8,6	[7,0-10,5]	193	6,9	[5,5-8,6]

^M Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % : mauvaise précision de l'estimation – à interpréter avec précaution

La co-occurrence entre les difficultés a été examinée :

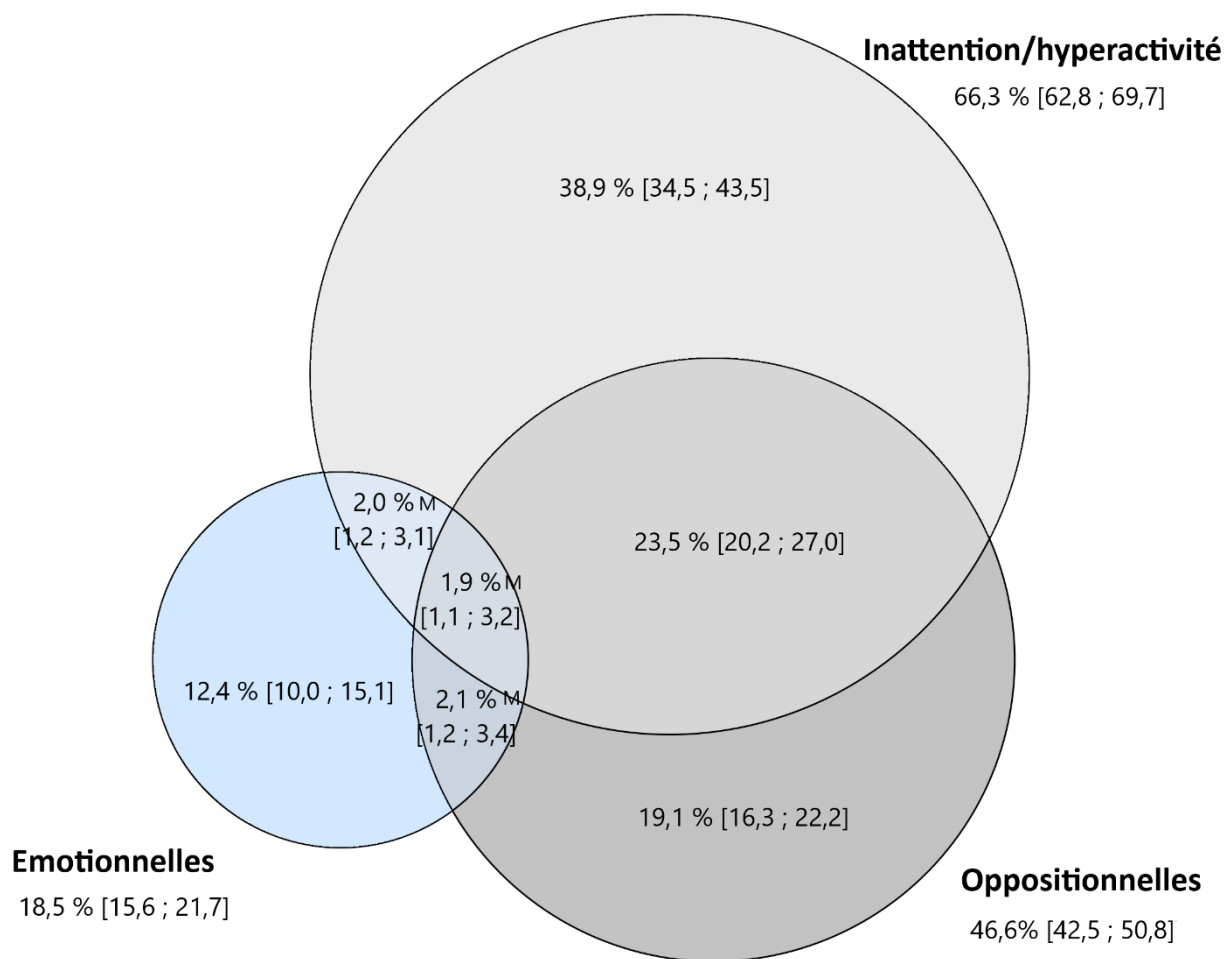
- Selon les parents : parmi les enfants présentant au moins une difficulté rapportée par les parents (n=890), 72,1 % [68,6-75,4] ne présentaient qu'un seul type de difficultés et 27,9 % [24,6-31,4] présentaient plusieurs difficultés, dont 24,2 % présentant 2 difficultés et 3,7 % trois. La co-occurrence de difficultés oppositionnelles et d'inattention/hyperactivité est classiquement retrouvée mais on peut noter que pour 13,9 % des enfants, des difficultés émotionnelles étaient associées avec des difficultés d'opposition et/ou d'inattention/hyperactivité (Figure 4).
- Selon les enseignants : parmi les enfants présentant au moins une difficulté rapportée par les enseignants (n=963), ils étaient 29,5 % [25,9-33,4] à présenter plusieurs difficultés. La répartition des co-occurrences est cependant un peu différente. Notamment la co-occurrence avec les difficultés émotionnelles ne représente au total que 6 % des enfants avec au moins une difficulté (Figure 5).

Figure 4 - Co-occurrences des difficultés probables avec ou sans retentissement, selon le parent (proportions (%) pondérées et IC 95 %) ; Échantillon « parents » : enfants avec au moins une difficulté (n=890) ; Enabec 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle



^M Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % : mauvaise précision de l'estimation – à interpréter avec précaution

Figure 5 - Co-occurrences des difficultés probables avec ou sans retentissement, selon l'enseignant (proportions (%) pondérées et IC 95 %) ; Échantillon « enseignants » : enfants avec au moins une difficulté (n=963) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle



M Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % : mauvaise précision de l'estimation – à interpréter avec précaution

Prévalences intégrant les deux points de vue

Globalement, 8,3 % des enfants présentaient au moins un type de difficulté probable avec retentissement sur leur vie, en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant (algorithme de Goodman) (Tableau 7). Les difficultés probables avec retentissement sur la vie de l'enfant les plus fréquentes étaient les difficultés oppositionnelles (5,9 % [4,8-7,2]). Les difficultés émotionnelles et les difficultés d'inattention ou hyperactivité étaient relativement moins fréquentes (1,8 % [1,3-2,5] et 1,9 % [1,4-2,6], respectivement). Les garçons présentaient plus de difficultés probables avec retentissement sur leur vie que les filles (11,3 % [9,3-13,5] versus 5,2 % [3,9-6,7], respectivement).

Tableau 7 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec retentissement sur leur vie, en intégrant les points de vue du parent et de l'enseignant, par type de difficultés ; Échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

Type de difficultés probables avec retentissement	n bruts	%	[IC à 95 %]
Émotionnelles	46	1,8	[1,3-2,5]
Oppositionnelles	133	5,9	[4,8-7,2]
Inattention ou hyperactivité	43	1,9	[1,4-2,6]
Au moins un type de difficulté probable	192	8,3	[7,1-9,6]

Recours aux soins pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage

Au cours des douze mois précédant l'étude, 12,9 % [11,5-14,5] des enfants scolarisés en maternelle ont consulté au moins une fois un professionnel de santé, pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage (Tableau 8). Cette proportion était plus élevée parmi les enfants présentant au moins une difficulté probable avec retentissement sur la vie de l'enfant en intégrant les points de vue du parent et de l'enseignant (40,4 % [33,0-48,1]) par rapport à ceux n'en présentant pas (10,5 % [9,1-11,9]). Environ un tiers des enfants présentant au moins une difficulté probable avec retentissement sur la vie de l'enfant en intégrant les points de vue du parent et de l'enseignant ont consulté un professionnel de santé mentale (33,7 % [26,4-41,6]).

Tableau 8 - Proportions pondérées (%) d'enfants ayant eu recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction du type de professionnel et de la présence d'au moins une difficulté probable avec retentissement en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant ; Échantillon « parents et enseignants » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

	Enfants présentant une difficulté probable avec retentissement (n=192)			Enfants sans difficulté probable avec retentissement (n=2 491)			Total (n=2 683)		
	n bruts	%	[IC à 95 %]	n bruts	%	[IC à 95 %]	n bruts	%	[IC à 95 %]
Au moins un professionnel	79	40,4	[33,0-48,1]	242	10,5	[9,1-11,9]	321	12,9	[11,5-14,5]
Au moins un médecin de 1^{re} ligne	49	24,9	[19,0-31,7]	135	6,0	[5,1-7,0]	184	7,6	[6,5-8,7]
Médecin généraliste	37	18,5	[13,3-24,7]	93	4,1	[3,4-5,1]	130	5,3	[4,5-6,3]
Pédiatre (3 VM*)	32	16,4	[11,5-22,5]	77	3,4	[2,7-4,3]	109	4,5	[3,6-5,5]
Au moins un professionnel de santé mentale (6 VM*)	65	33,7	[26,4-41,6]	141	6,2	[5,2-7,3]	206	8,5	[7,3-9,8]
Psychiatre (3 VM*)	32	^M 15,8	[10,8-22,0]	37	1,7	[1,2-2,3]	69	2,9	[2,2-3,6]
Psychologue (3 VM*)	46	23,7	[17,4-30,8]	104	4,6	[3,7-5,6]	150	6,1	[5,1-7,3]
Psychologue Éduc. nat. (9 VM)	22	^M 12,7	[7,8-19,0]	25	^M 1,1	[0,7-1,7]	47	2,1	[1,5-2,8]
Au moins un professionnel de la rééducation (7 VM)	46	22,2	[16,5-28,8]	125	5,3	[4,3-6,4]	171	6,7	[5,6-7,9]
Orthophoniste (1 VM*)	34	16,6	[11,5-22,8]	113	4,7	[3,8-5,8]	147	5,7	[4,7-6,9]
Ergothérapeute (3VM*)		non disponible			non disponible			non disponible	
Orthoptiste (6 VM*)	20	^M 9,3	[5,5-14,4]	35	^M 1,4	[1,0-2,1]	55	2,1	[1,5-2,8]
Psychomotricien (6 VM*)	26	^M 12	[7,7-17,5]	34	^M 1,6	[1,1-2,2]	60	2,4	[1,8-3,1]

^M Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % : mauvaise précision de l'estimation – à interpréter avec précaution.

*VM : valeur manquante. La modalité « ne sait pas » n'a pas pu être imputée et a été considérée comme valeur manquante.

On remarque également que la proportion d'enfants ayant consulté au cours de l'année précédente était plus élevée chez les garçons que chez les filles (16,2 % [14,0-18,6] versus 9,6 % [7,7-11,8], respectivement) et ce quelle que soit la catégorie de professionnel de santé (Tableau 9). Cette différence se retrouvait également dans l'échantillon d'enfants ayant au moins une difficulté probable avec retentissement en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant mais n'était pas statistiquement significative.

Tableau 9 - Proportions pondérées (%) d'enfants ayant eu recours aux soins pour raison de santé mentale en fonction du type de professionnel, du sexe des enfants et de la présence d'au moins une difficulté probable avec retentissement en intégrant le point de vue du parent et de l'enseignant ; Échantillon « parents et enseignants (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

	Enfants avec au moins une difficulté probable avec retentissement (n=192)			Enfants sans difficulté probable avec retentissement (n=2 491)			Total (n=2 683)		
	n bruts	%	[IC à 95 %]	n bruts	%	[IC à 95 %]	n bruts	%	[IC à 95 %]
Au moins un professionnel	79	40,4	[33,0-48,1]	242	10,5	[9,1-11,9]	321	12,9	[11,5-14,5]
Filles	18	^M 32,9	[21,2-46,4]	95	8,3	[6,5-10,5]	113	9,6	[7,7-11,8]
Garçons	61	43,7	[35,2-52,6]	147	12,7	[10,5-15,2]	208	16,2	[14,0-18,6]
Au moins un médecin de 1^{re} ligne	49	24,9	[19,0-31,7]	135	6,0	[5,1-7,0]	184	7,6	[6,5-8,7]
Filles	10	^M 19,5	[9,8-32,8]	54	4,7	[3,5-6,2]	64	5,5	[4,2-7,0]
Garçons	39	27,4	[20,0-35,8]	81	7,3	[5,8-9,0]	120	9,6	[8,0-11,4]
Au moins un professionnel de santé mentale (6 VM*)	65	33,7	[26,4-41,6]	141	6,2	[5,2-7,3]	206	8,5	[7,3-9,8]
Filles	14	^M 26,4	[15,6-39,7]	61	5,3	[3,9-7,0]	75	6,4	[4,9-8,2]
Garçons	51	36,9	[28,6-45,8]	80	7,2	[5,7-8,9]	131	10,5	[8,9-12,4]
Au moins un professionnel de la rééducation (7 VM*)	46	22,2	[16,5-28,8]	125	5,3	[4,3-6,4]	171	6,7	[5,6-7,9]
Filles			non disponible	43	3,8	[2,7-5,3]	49	4,1	[3,0-5,6]
Garçons	40	27,6	[20,2-36,0]	82	6,8	[5,2-8,7]	122	9,1	[7,5-11,1]

^M Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 % : mauvaise précision de l'estimation – à interpréter avec précaution
*VM : valeur manquante. La modalité « ne sait pas » n'a pas pu être imputée et a été considérée comme valeur manquante.

Bien-être des enfants

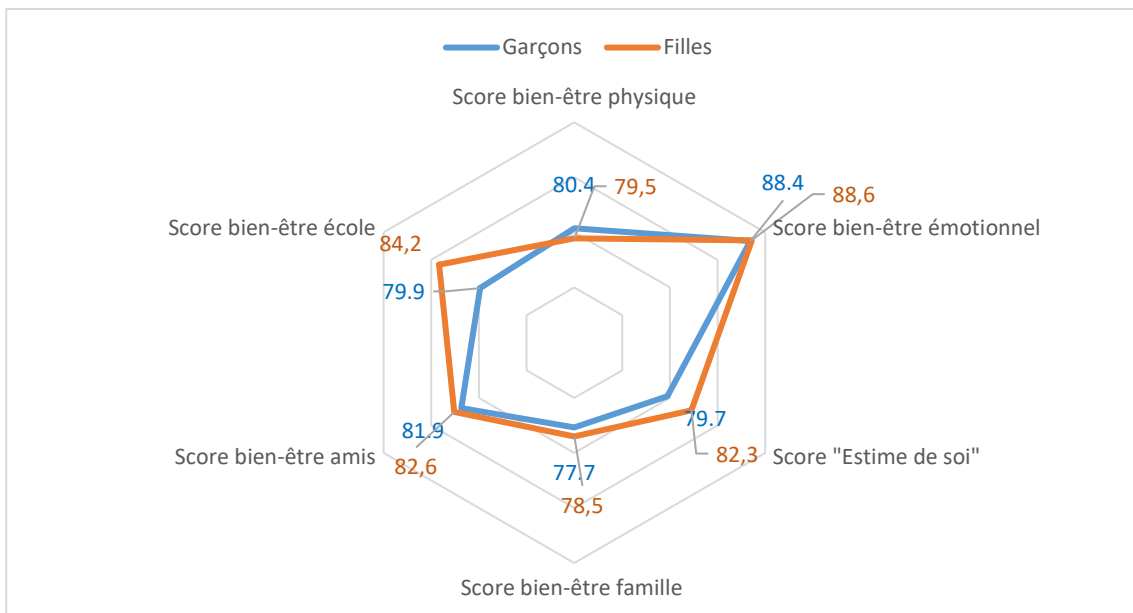
Les scores moyens des sous-échelles du Kiddy-Kindl variaient de 78,1 (bien-être famille) à 88,5 (bien-être émotionnel) (Tableau 10). On observait également un score supérieur à 65 (valeur maximale : 100) pour 75 % des enfants de l'échantillon dans tous les domaines mesurés.

Tableau 10 - Distribution des scores de qualité de vie rapportée par les parents, par dimension ; Échantillon « parents et enseignants » (n = 2 683), Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

Score	Min	Max	Médiane	Moyenne	Écart-type	IC 95 %	1 ^{er} quartile	3 ^e quartile
Bien-être physique	0,0	100	79,2	79,9	0,35	[79,2-80,6]	68,3	88,6
Bien-être émotionnel	18,8	100	88,0	88,5	0,29	[87,9-89,1]	79,4	93,9
Estime de soi	0,0	100	77,6	81,0	0,36	[80,3-81,7]	69,6	88,6
Bien-être famille	12,5	100	75,6	78,1	0,37	[77,4-78,8]	65,7	85,4
Bien-être amis	0,0	100	80,3	82,2	0,34	[81,6-82,9]	72,0	88,9
Bien-être école	12,5	100	80,8	82,0	0,39	[81,2-82,8]	70,4	89,5

Les comparaisons selon le sexe de l'enfant n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les filles et les garçons sur le score physique, émotionnel, famille, amis et sur l'estime de soi. Les garçons tendaient à avoir une moins bonne qualité de vie selon les parents dans le domaine de l'école ; cette différence était cependant relativement faible (<5 points) ce qui ne présupait donc pas de différences notables pour les enfants (Figure 6).

Figure 6 - Distribution des scores de qualité de vie rapportée par les parents, par dimension, et selon le sexe des enfants ; Échantillon « parents et enseignants » (n= 2 683), Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle



DISCUSSION

Ces premiers résultats descriptifs montrent que 8,3 % [7,1-9,6] des enfants âgés de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle présentaient au moins une difficulté émotionnelle, oppositionnelle ou d'inattention/hyperactivité probable avec un retentissement sur leur vie au quotidien. Il est néanmoins nécessaire de rappeler que, pour cette première édition, la participation des écoles maternelles et des parents est partielle, ce qui limite la taille des échantillons d'analyse.

La participation des écoles maternelles et des parents dans cette 1^{re} édition

La participation limitée des écoles avec élèves de maternelle (56,2 %) peut s'expliquer en partie par la période de collecte des données (mai-juin 2022), le manque de temps étant la raison de refus la plus fréquemment évoquée par les directeurs d'école en cette fin d'année scolaire post-Covid. La collecte des données ne peut néanmoins se faire qu'à cette période de l'année scolaire pour que les enseignants puissent bien apprécier la santé mentale des enfants notamment. Par ailleurs, nous ne pouvons pas exclure que des écoles n'aient pas souhaité participer pour des raisons liées au sujet de la santé mentale. Le taux de réponse des enseignants était satisfaisant (63,3 %) bien que sensiblement inférieur à celui des enseignants des enfants d'écoles élémentaires (85,8 %⁸). Un des facteurs explicatifs de cette différence pourrait venir de la décharge de temps prévue pour la passation des questionnaires en classe aux enseignants d'élémentaire, ce qui n'était pas le cas pour les enseignants de maternelle. Le taux de réponse des parents (41,9 %) était également plus faible chez les parents d'enfants de maternelle que chez ceux d'élémentaire (51,8 %⁸) mais semblable à ceux retrouvés dans d'autres enquêtes en France en population générale (52,53). Ces participations plus faibles qu'en élémentaire affectent sensiblement le nombre d'enfants pour lesquels nous disposons des deux points de vue, soit un peu moins d'un tiers des enfants éligibles. Pour les prochaines éditions d'Enabee, la communication à destination des écoles maternelles en particulier, mais aussi des enseignants et des parents devra être renforcée pour augmenter la participation.

Cohérence des estimations Enabee par rapport aux données de la littérature

Les résultats de cette première édition de l'étude Enabee indiquent, qu'en intégrant le point de vue des parents et des enseignants, 8,3 % [7,1-9,6] des enfants âgés de 3 à 6 ans, scolarisés en maternelle présentaient au moins une difficulté émotionnelle, oppositionnelle ou d'inattention/hyperactivité probable avec un retentissement sur leur vie au quotidien. Plus précisément, 1,8 % [1,3-2,5] présentait des difficultés émotionnelles probables, 1,9 % [1,4-2,6] des difficultés d'inattention ou d'hyperactivité probables et 5,9 % [4,8-7,2] des difficultés oppositionnelles probables. Ces prévalences étaient du même ordre de grandeur que les estimations retrouvées dans la littérature internationale, bien qu'elles soient difficilement comparables dans cette classe d'âge, du fait de différences méthodologiques (hétérogénéité des méthodes de mesure notamment) ainsi que de l'absence d'étude sur la période récente, en particulier post Covid-19. Il est à noter que la plupart des études disponibles fournissent des estimations basées sur l'interrogation d'un seul parent. Aux Etats-Unis, les estimations les plus récentes (2016-2019) des *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* pour les enfants de 3 à 5 ans étaient de 3,8 % [3,4-4,4] pour la dimension oppositionnelle, de 1,6 % [1,1-2,3] et 2,0 % [1,6-2,5] pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) selon l'enquête utilisée, respectivement NHIS 2017-2018 et

⁸ Estimation basée sur le nombre d'enfants éligibles (n=17 797) et non pas sur le nombre d'enfants pour lesquels un questionnaire était susceptible d'être rempli (enfants éligibles – refus de participation des parents).

NSCH 2016-2019, et enfin 1,6 % [1,4-2,0] pour l'anxiété (54). À noter que ces données se basent sur plusieurs enquêtes demandant aux parents si un diagnostic des différents troubles présents au moment de l'enquête a été posé par un médecin. En Allemagne, l'étude BELLA portant sur la santé mentale des enfants en 2005-2006, a évalué les difficultés des enfants âgés de 3 à 6 ans avec le SDQ en utilisant des seuils validés sur la population des enfants allemands. Les seuils utilisés diffèrent donc légèrement des seuils utilisés dans Enabee (seuils britanniques) et ne permettent pas de comparaison directe. Toutefois, les prévalences sont du même ordre de grandeur que celles obtenues dans Enabee (score « total difficultés » au SDQ parent élevé avec retentissement sur la vie de l'enfant pour 3,9 % [2,0-5,8] des enfants dans l'étude BELLA (11) et 2,8 % [2,2-3,5] dans Enabee). En France, le 3^e volet de l'étude EpiCov (14) réalisé en juillet 2021 pendant la pandémie de Covid-19, environ un an avant Enabee, avait rapporté, sur la base des mêmes seuils que ceux utilisés dans Enabee, des prévalences du point de vue du parent sans prise en compte du retentissement, chez les enfants de 3-5 ans du même ordre de grandeur : 10,6 % [8,5-12,6] pour les difficultés émotionnelles, 16,5 % [13,9-19,0] pour les difficultés d'opposition et 13,0 % [11,2-14,8] pour les difficultés d'inattention et d'hyperactivité (*versus* 8,5 % [7,5-9,6], 12,8 % [11,7-14,0] et 9,4 % [8,3-10,5] respectivement dans Enabee). Ces estimations varient de manière semblable selon le sexe des enfants (un peu plus de difficultés émotionnelles chez les filles et plus de difficultés oppositionnelles/d'inattention-hyperactivité chez les garçons). Néanmoins, compte tenu des différences méthodologiques⁹, des objectifs différents poursuivis par les deux études et des intervalles de confiance des estimations qui peuvent se recouper, on ne peut pas tirer de conclusion quant à une éventuelle diminution post-Covid.

En cohérence avec la littérature et les âges progressifs d'apparition des symptômes psychologiques, les prévalences de difficultés probables estimées chez les enfants de 3 à 6 ans sont moins élevées que celles rapportées pour les enfants de 6 à 11 ans dans Enabee pour la dimension émotionnelle et inattention/hyperactivité et comparables pour la dimension oppositionnelle (22). Certains symptômes peuvent également s'exprimer de manière différenciée selon l'âge de l'enfant et être plus difficilement identifiés avant l'âge de 5 ans par les échelles psychométriques validées en population générale d'enfants âgés de 5-15 ans (25,51). D'autre part, certains troubles peuvent s'installer après la petite enfance, entre 6 et 11 ans. C'est ce qui est retrouvé notamment dans les données d'Epicov pour la dimension émotionnelle chez les garçons et les filles de 6 à 10 ans et pour la dimension inattention/hyperactivité chez les garçons âgés de 6 à 10 ans (14), ainsi que dans celles des CDC aux Etats-Unis pour le TDAH (2,1 % chez les 2-5 ans, 8,9 % chez les 6-11 ans et 11,9 % chez les 12-17 ans (55)). Quelques études se sont par ailleurs intéressées à la stabilité des symptômes au cours du temps et suggèrent que les symptômes émotionnels sont plus versatiles que les symptômes évocateurs de difficultés d'opposition ou d'inattention/hyperactivité (5,56-58). Le caractère transversal de l'étude Enabee ne permet pas de suivre les enfants dans le temps pour étudier leur trajectoire développementale. Néanmoins, l'appariement avec les données du Système national des données de santé (SNDS), pour les enfants dont les parents l'ont accepté, devrait permettre de décrire des éléments de leur consommation de soins future. Des études de recherche telle que le projet *Pre-School Brain Imaging and Behaviour Project* (PIP)¹⁰, première étude européenne à suivre le développement des enfants en âge préscolaire, avec ou sans autisme et les troubles du neurodéveloppement connexes, amélioreront également les connaissances sur ce sujet.

Dans notre échantillon d'enfants scolarisés en maternelle (3-6 ans), 12,9 % [11,5-14,5] des enfants avaient consulté au cours de l'année précédente un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage. Cette proportion est du même ordre de grandeur que celle observée dans l'étude Epicov un an plus tôt : 9,3 % [7,8-10,8] des enfants de 3 à 5 ans entre mars 2020 et juillet 2021 (14). Dans Epicov, contrairement à Enabee, la question relative au recours aux soins n'intégrait toutefois pas les difficultés d'apprentissage. Dans notre étude, les garçons avaient plus recours aux soins que les filles, résultat en phase avec ce qui est observé dans les

⁹ Le design est différent (transversal/suivi de cohorte), les objectifs principaux sont différents (Enabee est une étude dédiée à la santé mentale des enfants alors qu'Epicov est une étude dédiée à l'épidémie de la COVID-19) et les modalités de tirage au sort ainsi que la correction de la non-réponse sont différentes pouvant conduire à des échantillons pondérés différents.

¹⁰ <https://ffhu-i2-d2.inovand.org/recherche/projet-de-recherche/>

centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (59). Parmi les enfants présentant des difficultés probables ayant un impact sur leur vie en intégrant le point de vue des parents et des enseignants, 33,7 % [26,4-41,6] avaient consulté un professionnel de santé mentale dans l'année précédant l'étude. Bien que ce chiffre illustre qu'une proportion importante d'enfants ayant probablement besoin d'une prise en charge accède effectivement à une prise en charge spécialisée, une majorité d'enfants n'y avait toutefois pas eu accès. Cela plaide pour une amélioration des dispositifs d'accompagnement en santé mentale des enfants avant l'âge de 6 ans (60).

Des points de vue des parents et des enseignants complémentaires

La faible concordance entre les informants (parents *versus* enseignants) concernant la perception des difficultés psychologiques chez l'enfant, observée dans Enabee, a été largement rapportée dans la littérature (61-63), en particulier pour la dimension émotionnelle. Il apparaît aujourd'hui évident que cette différence de point de vue n'est pas attribuable à un biais de mesure et qu'elle est d'autant plus importante à prendre en compte qu'elle concerne autant les symptômes que le retentissement dans la vie de l'enfant. Il n'y a pas de « meilleur » informant mais des informations différenciées et complémentaires : le regard croisé permet d'obtenir une évaluation plus complète et plus spécifique de l'état de santé mentale des enfants (8,64). Les explications souvent avancées quant à cette divergence d'appréciation sont : le fait que les enfants peuvent se comporter différemment selon le contexte scolaire ou familial, avec une expression différenciée des symptômes selon le cadre de vie et l'entourage (65) et que les informants eux-mêmes, n'occupant pas la même place auprès de l'enfant, n'évaluent pas le même niveau d'un comportement identique (sur ou sous-évaluation) ainsi que la volatilité des symptômes. En outre, la plus faible concordance entre les informants est généralement observée (y compris dans Enabee) pour les dimensions émotionnelles (ou « intériorisées ») par rapport aux autres dimensions (66), illustrant la difficulté pour les tiers ne vivant pas avec l'enfant (ici les enseignants) d'identifier les difficultés émotionnelles des enfants. Dans Enabee, cela avait pu être pris en compte en ajoutant le point de vue de l'enfant pour cette dimension, mais uniquement pour les enfants scolarisés en niveau élémentaire. Il pourrait être opportun de veiller à cette dimension en particulier dans les travaux méthodologiques d'amélioration de l'estimation combinée des points de vue.

Une fois les points de vue collectés, le défi méthodologique est de les combiner de la manière la plus spécifique. Nous avons utilisé l'instrument SDQ, largement utilisé en épidémiologie de la santé mentale et pour lequel les auteurs ont proposé un algorithme combinatoire basé sur le principe du « ou » et du « et » selon la sous-dimension évaluée. Cet algorithme de combinaison, bien que validé à partir de populations cliniques, présentent des limites. Il utilise des seuils (pouvant être différents de ceux par informant) et tient compte de la présence de comorbidités pour la dimension émotionnelle. Ces paramètres fixés en 2000 (25,29), mériteraient d'être réévalués pour s'assurer qu'ils correspondent à la situation actuelle des enfants et des pratiques cliniques ; les attitudes parentales ainsi que celles des enseignants ayant pu évoluer depuis, changeant leur appréciation de symptômes d'opposition par exemple. Par ailleurs, la prise en compte des réponses des deux informants présente l'avantage et l'inconvénient en miroir de ne plus pouvoir isoler des symptômes spécifiques à un contexte ou à un informant (63).

Malgré ces limites inhérentes à la difficulté de la combinaison des points de vue dans la mesure de l'état de santé mentale des enfants, Enabee présente l'intérêt de tenir compte des données de la littérature en faveur d'une estimation épidémiologique basée sur plusieurs informants, permettant de produire une estimation plus robuste que celle basée sur un seul des points de vue.

Le niveau de bien-être mesuré

Plusieurs dimensions du bien-être de l'enfant ont été évaluées auprès du parent. Avec des scores moyens compris entre $78,1 \pm 0,4$ (dimension de la famille) et $88,5 \pm 0,3$ (dimension émotionnelle), les résultats d'Enabee suggèrent un niveau de bien-être comparable à la seule étude qui, à notre connaissance, a utilisé l'instrument Kindl, pour cette tranche d'âge (67). En revanche, ces résultats étaient légèrement supérieurs à ceux obtenus pour les enfants scolarisés en élémentaires qui présentaient des scores variant entre $64,5 \pm 0,7$ (dimension « estime de soi » chez les CM1-CM2) et $78,8 \pm 0,5$ (dimension « famille » chez les CM1-CM2) suggérant globalement, un meilleur niveau de bien-être chez les enfants scolarisés en maternelle (22). Si le bien-être est essentiel au fonctionnement quotidien de tout un chacun, cela reste un concept difficile à mesurer chez les enfants si jeunes (68), notamment en raison de la part subjective de l'évaluation (69). En effet, s'il convient de le mesurer directement auprès de la personne concernée, cela n'est pas toujours possible en raison par exemple de l'âge de l'enfant comme dans le cas présent où le parent a été interrogé à sa place. Les résultats d'études conduites auprès d'enfants plus âgés présentant des troubles du neurodéveloppement et de leurs parents, ont montré que les parents tendaient à sous-estimer la qualité de vie de leurs enfants, particulièrement dans les dimensions les plus subjectivement évaluables (relation sociale et dimension émotionnelle) (70–72). On peut donc supposer une sous-estimation du bien-être dans Enabee de la part des parents d'enfants de maternelle, notamment du score de bien-être émotionnel. Il sera intéressant de suivre l'évolution dans le temps, de ces niveaux lors de la prochaine édition d'Enabee ainsi que d'étudier les facteurs associés au bien-être, tels que la présence de troubles psychiques ou maladies chroniques par exemple.

Forces et limites

Enabee est la 1^{re} étude fournissant des indicateurs de santé mentale, basée sur un échantillon représentatif d'enfants âgés de 3 à 6 ans scolarisés à l'école maternelle, en France hexagonale. Les estimations épidémiologiques reposent sur la complémentarité de la perception du parent et de l'enseignant des différents symptômes et de leur impact sur la vie quotidienne de l'enfant. Cette étude répond à une attente des parties prenantes, en lien avec l'importance que revêt la santé mentale dans la santé globale des enfants. La mobilisation d'un comité pluridisciplinaire et d'un comité de pilotage ainsi que la concertation des représentants des parties prenantes, des familles, de la santé scolaire et des enseignants a permis la mise en place d'un tel dispositif pour la première fois au niveau national en France, dans le champ de la santé mentale.

Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Tout d'abord, la plus faible participation des écoles, des enseignants et des parents pour les enfants scolarisés en maternelle en comparaison au volet collecté dans les écoles élémentaires d'Enabee limite en particulier la taille de l'échantillon pour lequel on dispose des questionnaires parents et enseignants et ne permet pas d'analyser certaines sous-populations (niveaux de classes, type d'écoles, etc.) avec suffisamment de précision statistique. Ensuite, un biais de sélection entraînant une possible sous-estimation des prévalences des difficultés étudiées ne peut être exclu. Les parents souffrant de troubles de santé mentale peuvent être moins enclins à participer aux études sur la santé mentale (73). Comme le montrent les données recueillies auprès des enseignants, les enfants dont les parents ont participé semblaient présenter des indicateurs de santé mentale plus favorables que les enfants dont les parents n'ont pas participé. Ce résultat est retrouvé dans une autre étude en Angleterre où le suivi de cohorte initié en 2020 sur la base d'une enquête de 2017, a montré que la participation des parents en 2020 était moins importante parmi les parents des enfants qui avaient une moins bonne santé mentale en 2017 (74). Le recours aux données de l'Éducation nationale sur les écoles et les élèves, ainsi qu'aux données de carroyage de l'Insee, a permis d'obtenir des informations sur le contexte de vie des enfants pour corriger la non-réponse et ainsi limiter, en partie, ce biais. Ainsi, les trois échantillons analysés avaient des caractéristiques connues proches de celles de la population de référence. En outre, bien que 99 % des enfants de 3 à 11 ans en France soient

scolarisés, il est possible que les enfants les plus vulnérables ou les plus affectés en termes de santé mentale n'aient pas été suffisamment inclus dans l'étude : par exemple les enfants sans logement fixe (75), ou confiés à l'aide sociale à l'enfance. Pour décrire la santé mentale au sein de ces différentes sous-populations d'enfants, il serait nécessaire de mettre en place des études spécifiques.

Par ailleurs, la question sur le recours aux soins ne permettait pas de distinguer les recours relatifs à des difficultés psychologiques de ceux relatifs à des troubles des apprentissages. Cependant une comorbidité importante entre ces difficultés existe (76,77).

Enfin, les symptômes recherchés dans notre étude reflètent des difficultés *probables* et non pas des diagnostics cliniques. Les prévalences mesurées dans Enabee se basent sur une échelle psychométrique et une combinaison des points de vue des informants validées sur une population anglaise en 1999. La présence de seulement 5 questions pour la sous-dimension émotionnelle *versus* 10 questions pour les sous-dimensions opposition et inattention/hyperactivité, pourrait induire une sous-estimation de la fréquence des difficultés émotionnelles des enfants par exemple. Les attentes parentales ou des enseignants en termes d'éducation et/ou de perception des dimensions émotionnelles et comportementales ont notamment évolué depuis. La réflexion sur les aspects techniques de mesure doit se poursuivre afin d'améliorer les performances de la mesure, et éventuellement être adaptés pour les prochaines éditions d'Enabee.

Ce point est d'autant plus à prendre en considération qu'à ces âges précoces, les problèmes de comportements et émotionnels peuvent évoluer rapidement : il importe donc d'être prudent quant à l'interprétation des résultats. Il ne s'agit pas d'identifier ou de stigmatiser tel ou tel enfant, mais bien d'avoir une représentation épidémiologique des besoins des enfants dans leur ensemble et de pouvoir développer à terme une politique de prévention plus adaptée et pertinente, répondant aux besoins des nouvelles générations.

En effet, ces premiers indicateurs sont utiles et nécessaires, au regard notamment du signal sanitaire d'une potentielle forte dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents au décours de l'épidémie de la Covid-19. Ils constituent un point de départ pour suivre l'évolution dans le temps. La mesure de l'état de santé mentale des enfants, ne disposant pas, contrairement à d'autres mesures, d'un examen « gold standard », les données d'Enabee 2022 permettent de fournir une première photographie de l'état de santé mentale des enfants en France et à terme de mieux décrire les facteurs associés. La pérennité de l'étude permettra d'avoir une meilleure compréhension de l'évolution de la santé mentale et du bien-être de cette population vulnérable que sont les jeunes enfants, d'adapter au mieux les dispositifs d'accompagnement et de suivre l'impact des événements marquants qu'ils rencontrent.

Définition, pilotage et évaluation des politiques de santé publique

En plus d'apporter des premières valeurs qui pourront servir de référence (T0) pour les indicateurs de santé mentale dans cette population vulnérable, le renouvellement à intervalles réguliers de cette étude permettra de suivre leur évolution au cours du temps, à l'instar de ce qui est fait pour la santé physique et de contribuer à l'orientation, au pilotage et à l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé mentale qui sont en train de se mettre en place au niveau national. Les données de l'étude Enabee constituent d'ores et déjà un indicateur de résultat de l'action « Promouvoir le bien-être mental » de l'axe 1 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie publiée en 2018 (78). La nécessité de mieux comprendre la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, de mettre en place des indicateurs pour décrire l'évolution de la prévalence des difficultés psychiques, d'évaluer les politiques publiques consacrées à ce sujet et l'apport d'Enabee dans ce contexte ont été rappelés par le rapport des Assises de pédiatrie et de la santé de l'enfant (79).

Globalement, plusieurs politiques publiques visent à améliorer la santé mentale des enfants. On peut citer par exemple :

- La politique des 1 000 premiers jours (80,81) qui vise dès la période périnatale, à promouvoir ou favoriser un environnement favorable au développement du jeune enfant (l'entretien prénatal précoce et postnatal par exemple) ainsi que les interventions visant à assurer des interactions précoces parent-enfant de qualité qui sont déterminantes dans le développement de l'enfant et plus largement dans sa construction tout au long de la vie (82) ;
- Des actions visant à améliorer la santé mentale des parents eux-mêmes (prévention de la dépression du post-partum ou programmes de soutien à la parentalité par exemple) car il est démontré qu'un état de santé mentale dégradée des parents peut avoir un effet sur la santé de l'enfant (83) et les interactions précoces (84) ;
- La politique de soutien à l'accès au psychologue pour les enfants eux-mêmes, le dispositif « Mon soutien psy »¹¹, accessible dès l'âge de 3 ans depuis 2022 en France ou encore les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour les enfants ayant des troubles précoces du développement avant 7 ans, en lien avec les dispositifs existants (centres de protection maternelle et infantile, centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques notamment) ;
- Dès la rentrée 2022, l'Éducation nationale a mis en avant le bien-être comme une priorité de l'École. La démarche globale est celle de l'École promotrice de santé (EPSa¹²), considérant la santé comme une ressource de la vie quotidienne à développer avec une approche positive. En 2022, 30 minutes d'activité physique quotidienne en complément de l'éducation physique et sportive ont été instaurées dans toutes les écoles. En effet, pratiquer une activité physique quotidienne contribue au bien-être et à la santé physique et mentale¹³. En 2023, un plan d'action pour la santé mentale a été appliqué. Parmi plusieurs mesures, une concerne les élèves de maternelle : le protocole santé mentale « 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>). Par ailleurs, le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse est co-pilote, avec le ministère de la Santé et de la Prévention, de la stratégie interministérielle de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes 2022-2037. À ce titre, une feuille de route visant à favoriser le déploiement des CPS dans les établissements scolaires est en cours de finalisation ; un Programme national de formation (PNF) CPS a été lancé en 2023. Un guide pédagogique sur les CPS a été co-construit avec Santé publique France (le « kit Empathie ») dans le cadre du projet de déploiement des séances d'empathie à l'école à la rentrée 2024, comme indiqué sur la page Eduscol consacrée au sujet : <https://eduscol.education.fr/3901/developper-les-competences-psychosociales-chez-les-eleves> (voir Encadré 2).

¹¹ 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>).

¹² <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>

¹³ <https://eduscol.education.fr/2569/30-minutes-d-activite-physique-quotidienne-en-complement-de-l-eps>

Encadré 2. Les compétences psychosociales, un levier à mobiliser au bénéfice de la santé mentale

Un levier clé de la promotion de la santé mentale et du bien-être de l'enfant, et ce dès son plus jeune âge, est le développement de ses compétences psychosociales (CPS) (85). 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 » (86). Parmi ces compétences, on peut par exemple citer pour la dimension cognitive, *savoir penser de façon critique*, pour la dimension émotionnelle, *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. Ainsi, même si elles sont déterminées par des facteurs individuels et des facteurs sociaux, les compétences psychosociales peuvent évoluer et être renforcées par des apprentissages formels et informels dans un environnement éducatif soutenant leur développement. 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 plus de quarante années de recherche interventionnelle internationale, sur autant d'années de pratiques françaises et de multiples expérimentations de programmes CPS en France. Elle est pilotée par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère de l'Éducation nationale. 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 » (86–88).

Perspectives et conclusion

Dans le contexte de pandémie de la Covid-19, il importait de mettre en place, en complément des statistiques de recours aux soins pour un motif relatif à la santé mentale, un système d'observation épidémiologique capable d'orienter les politiques de santé publique en matière de santé mentale et de bien-être, en réponse à la crise sanitaire, et à plus long terme. Ce dispositif pourra évoluer, notamment au regard de l'amélioration potentielle des outils de repérage des symptômes évocateurs de difficultés psychiques de l'enfant. Cette première édition d'Enabee a pu être mise en place avec succès en partenariat avec les différentes parties prenantes, parents, enseignants, responsables politiques et professionnels de la santé mentale. En cela, l'étude Enabee est déjà un premier succès. Elle constitue une étape déterminante en fournissant une première photographie de l'état de santé mentale des enfants en France. Sa récurrence permettra d'avoir une meilleure compréhension de l'évolution de la santé mentale de ces populations fragiles, de suivre l'impact des crises qu'elles peuvent subir et d'adapter au mieux la réponse à leurs besoins. Cette étude permet en outre le développement de méthodes d'observation épidémiologique de la santé mentale des enfants de 3-11 ans, jusqu'alors très peu explorée en France. Des analyses complémentaires sont prévues pour identifier les facteurs associés à la survenue des difficultés émotionnelles, d'opposition, ou d'inattention/hyperactivité, relatifs par exemple à l'environnement de vie de l'enfant, à sa santé ou celle de ses parents, dans le contexte français. Néanmoins, la littérature scientifique internationale suggère qu'un certain nombre de facteurs sont associés à la santé mentale de l'enfant, notamment dans son environnement social, économique, relationnel et son environnement local (89,90). La santé mentale des enfants a également été associée à d'autres déterminants pendant la période périnatale (83,91), les habitudes de vie (92), la présence de maladies somatiques chroniques (93), les attitudes parentales (94), la santé mentale des parents (95), et l'adversité dans l'enfance (96). Les déterminants sociaux (revenu, logement, éducation...) conditionnent l'accès aux ressources permettant de satisfaire les besoins sociaux fondamentaux de la famille, la santé parentale, les

attitudes parentales, ainsi que les expériences de vie à la maison et dans la communauté (97). Ainsi, la santé mentale des enfants est étroitement liée à de multiples facteurs, individuels, sociaux et structurels. Les futures analyses prévues des données d'Enabee permettront d'aider à la promotion d'une bonne santé mentale et d'actions visant les facteurs pouvant l'altérer, actions globales et mises en place dès la petite enfance, période critique du développement des enfants.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS à Helsinki. World Health Organization (WHO), [Internet]. 2005. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326566>
2. Tubiana M. Santé mentale de l'enfant : conclusions du rapport à l'Académie de médecine. *Vie Soc Trait.* 2006;3(91):116-43.
3. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry.* janv 2022;27(1):281-95.
4. Habibi Asgarabad M, Steinsbekk S, Hartung CM, Wichstrøm L. Reciprocal relations between dimensions of attention-deficit/hyperactivity and anxiety disorders from preschool age to adolescence: sex differences in a birth cohort sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 4 juill 2024.
5. Steinsbekk S, Ranum B, Wichstrøm L. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *J Child Psychol Psychiatry.* mai 2022;63(5):527-34.
6. Zaim N, Harrison J. Pre-school mental health disorders: a review. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* mai 2020;32(3):189-201.
7. Barican JL, Yung D, Schwartz C, Zheng Y, Georgiades K, Waddell C. Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *BMJ Ment Health.* 1 févr 2022;25(1):36-44.
8. 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.
9. Gleason MM, Goldson E, Yogman MW, Council on early childhood, committee on psychosocial aspects of child and family health, section on developmental and behavioral pediatrics. Addressing Early Childhood Emotional and Behavioral Problems. *Pediatrics.* déc 2016;138(6):e20163025.
10. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry.* juin 2012;53(6):695-705.
11. Wlodarczyk O, Pawils S, Metzner F, Kriston L, Wendt C, Klasen F, *et al.* Mental Health Problems Among Preschoolers in Germany: Results of the BELLA Preschool Study. *Child Psychiatry Hum Dev.* août 2016;47(4):529-38.
12. Fombonne E. The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *Br J Psychiatry.* janv 1994;164(1):69-79.
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. Charles MA, Thierry X, Lanoe JL, Bois C, Dufourg MN, Popa R, *et al.* Cohort Profile: The French national cohort of children (Elfe): birth to 5 years. *Int J Epidemiol.* 2019/11/21 éd. 1^{er} avr 2020;49(2):368-369j.
16. Santé publique France. Le point épidémiol. 2021. Analyse des regroupements syndromiques de Santé mentale - Passages aux urgences du réseau Oscour® et actes médicaux SOS Médecins. Point du 02/02/2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/326660/2952144>
17. Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022. avr 2024;1-17.
18. Newlove-Delgado T, Marcheselli F, Williams T, Mandalia D, Davis J, McManus S, *et al.* Mental Health of Children and Young People in England, 2022. NHS Digital, Leeds [Internet]. 2022 [cité 4 janv 2023]; Disponible sur: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2022-follow-up-to-the-2017-survey>
19. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J, Gilbert M, Reiss F, Barkmann C, *et al.* Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSYS Study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 2022;71(5):570-8.
20. Miao R, Liu C, Zhang J, Jin H. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 1 nov 2023;340:914-22.
21. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 nov 2021;175(11):1142-50.
22. Premiers résultats d'Enabée 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.
23. Motreff Y, Marillier M, Saoudi A, Verdot 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 « Enabée » Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill.* 13 août 2024;10:e57584.
24. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997/07/01 éd. juill 1997;38(5):581-6.
25. 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.
26. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* 2003;15(1-2):185-7.
27. Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* sept 2009;44(9):740-7.

28. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999/08/05 éd. juill 1999;40(5):791-9.
29. 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*. avr 2000;9(2):129.
30. Bullinger M, Brutt AL, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Group BS. Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. déc 2008;17 Suppl 1:125-32.
31. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Wetzel R, Nickel J, Bullinger M. Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations. *PharmacoEconomics*. 2006;24(12):1199-220.
32. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Qual Life Res*. juill 1998;7(5):399-407.
33. Rey, G., Rican, S, Jouglu, E. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. *Bull Epidémiol Hebdomadaire*. 2011;(8-9):87-90.
34. Haziza D, Beaumont JF. On the Construction of Imputation Classes in Surveys. *Int Stat Rev*. 2007;75(1):25-43.
35. Sautory O. Les méthodes de calage. Insee Département des méthodes statistiques. 1 mars 2015;
36. Stekhoven DJ, Bühlmann P. MissForest--non-parametric missing value imputation for mixed-type data. *Bioinforma Oxf Engl*. 1 janv 2012;28(1):112-8.
37. Austin PC, Stuart EA. Moving towards best practice when using inverse probability of treatment weighting (IPTW) using the propensity score to estimate causal treatment effects in observational studies. *Stat Med*. 10 déc 2015;34(28):3661-79.
38. 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
39. 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*. 25 févr 2024;
40. Evers A, Muñoz J, Hagemester C, Høtmælingen A, Lindley P, Sjöberg A, *et al*. Assessing the quality of tests: revision of the EFPA review model. *Psicothema*. 2013;25(3):283-91.
41. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. 2nd ed. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1978.
42. Mavel M, Bessonneau P, Lalanne C. Approches psychométriques de l'évaluation à l'aide de tests. *Après-Midi LAIRDIL*. 2009;(14):19.
43. Marsh HW, Morin AJS, Parker PD, Kaur G. Exploratory Structural Equation Modeling: An Integration of the Best Features of Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 mars 2014;10:85-110.

44. Hu L tze, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives', *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1). 1 janv 1999. 1–55.
45. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods Psychol Res.* 2003;8(2):23-74.
46. Ranganathan P, Pramesh CS, Aggarwal R. Common pitfalls in statistical analysis: Measures of agreement. *Perspect Clin Res.* 2017;8(4):187-91.
47. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Medica.* 15 oct 2012;22(3):276-82.
48. Flegal KM, Graubard B, Ioannidis JPA. Use and reporting of Bland–Altman analyses in studies of self-reported versus measured weight and height. *Int J Obes.* juin 2020;44(6):1311-8.
49. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med.* sept 2018;18(3):91-3.
50. Cheng S, Keyes KM, Bitfoi A, Carta MG, Koç C, Goelitz D, et al. Understanding parent–teacher agreement of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Comparison across seven European countries. *Int J Methods Psychiatr Res.* mars 2018;27(1):1-1.
51. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2001;40(11):1337-45.
52. Empereur-Bissonnet, P, Perrine AL, Pédrone G, El Haddad M, Zeghnoun A, Richard JB, et al. Santé PostIncendie 76 - Une étude à l'écoute de votre santé. Étude épidémiologique par questionnaire sur l'incendie industriel du 26 septembre 2019 à Rouen (France). Rapport principal. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 81 p. Disponible à partir de l'URL: www.santepubliquefrance.fr
53. Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2020. Méthode. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021 : 24 p.
54. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al. Mental Health Surveillance Among Children — United States, 2013–2019. *MMWR Suppl* 2022;71(Suppl-2):1–42.
55. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, Holbrook JR, Kogan MD, Blumberg SJ. Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2018;47(2):199-212.
56. Gaffrey MS, Tillman R, Barch DM, Luby JL. Continuity and stability of preschool depression from childhood through adolescence and following the onset of puberty. *Compr Psychiatry.* 1 oct 2018;86:39-46.
57. Luby JL, Si X, Belden AC, Tandon M, Spitznagel E. Preschool Depression: Homotypic Continuity and Course Over 24 Months. *Arch Gen Psychiatry.* 1 août 2009;66(8):897-905.
58. Husby SM, Wichstrøm L. Interrelationships and Continuities in Symptoms of Oppositional Defiant and Conduct Disorders from Age 4 to 10 in the Community. *J Abnorm Child Psychol.* 2017;45(5):947-58.
59. Cacheux L. Dernières données sur la prise en charge des enfants en CMP-IJ en France métropolitaine : augmentation des recours aux soins et intensité des prises en charge. *Enfances Psy.* 2020;88(4):24-42.

60. McGovern R, Balogun-Katung A, Artis B, Bareham B, Spencer L, Alderson H, *et al.* The Effectiveness of Preventative Interventions to Reduce Mental Health Problems in at-risk Children and Young People: A Systematic Review of Reviews. *J Prev* (2022). 2024 Aug;45(4):651-684.
61. Achenbach TM. As Others See Us: Clinical and Research Implications of Cross-Informant Correlations for Psychopathology. *Curr Dir Psychol Sci.* 1 avr 2006;15(2):94-8.
62. De Los Reyes A. Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011/01/14 éd. 2011;40(1):1-9.
63. De Los Reyes A, Epkins CC. Introduction to the Special Issue. A Dozen Years of Demonstrating That Informant Discrepancies are More Than Measurement Error: Toward Guidelines for Integrating Data from Multi-Informant Assessments of Youth Mental Health. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2023;52(1):1-18.
64. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004 [Internet]. Office for National Statistics; 2005 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/mental-health-of-children-and-young-people-in-great-britain-2004>
65. Moltrecht, Brigitte. Fiche pratique - Missions du médecin scolaire. *Rev Prat médecine générale.* oct 2022;36(1070):1-3.
66. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, Burgers DE, *et al.* The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull.* 2015/04/29 éd. juill 2015;141(4):858-900.
67. Hussong J, Rosenthal A, Wagner C, Mattheus H, von Gontard A. Bladder and bowel control in a population-based sample: Associations to quality of life and behavioral problems of 4-6-year-old children participating in the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *J Pediatr Urol.* avr 2020;16(2):194.e1-194.e9.
68. Dodge R, Daly A, Huyton J, Sanders L. The challenge of defining wellbeing. *Int J Wellbeing.* 28 août 2012;2(3):222-35.
69. Gorza M, Bolter F. Indicateurs de bien-être de l'enfant, une déclinaison en protection de l'enfance est-elle possible ? *J Droit Jeunes.* 1 févr 2012;N° 312(2):26-36.
70. Egilson ST, Ólafsdóttir LB, Leósdóttir T, Saemundsen E. Quality of life of high-functioning children and youth with autism spectrum disorder and typically developing peers: Self- and proxy-reports. *Autism Int J Res Pract.* févr 2017;21(2):133-41.
71. Galloway H, Newman E. Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. *Atten Deficit Hyperact Disord.* 2017;9(1):11-29.
72. Sentenac M, Rapp M, Ehlinger V, Colver A, Thyen U, Arnaud C. Disparity of child/parent-reported quality of life in cerebral palsy persists into adolescence. *Dev Med Child Neurol.* janv 2021;63(1):68-74.

73. Pierce M, McManus S, Jessop C, John A, Hotopf M, Ford T, et al. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 1 juill 2020;7(7):567-8.
74. Ford T, Vizard T, Sadler K, McManus S, Goodman A, Merad S, et al. Data Resource Profile: Mental Health of Children and Young People (MHCYP) Surveys. *Int J Epidemiol*. 1 avr 2020;49(2):363-364g.
75. Roze M, Vandentorren S, Vuillermoz C, Chauvin P, Melchior M. Emotional and behavioral difficulties in children growing up homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey. *Eur Psychiatry*. oct 2016;38:51-60.
76. Elsevier Masson SAS. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 9782294743382. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
77. Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*. mai 2001;42(4):487-92.
78. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
79. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant - Dossier de presse [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/10/dba1073756311ed649d2377d8cb62d265730b978.pdf>
80. Ministère des solidarités et de la santé. Les 1000 premiers jours Là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours [Internet]. 2020 sept p. 130. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
81. Trompette J, Gorza M, Cardoso T, Devouche E, Shankland R. Soutenir la construction des premiers liens parent-enfant. *La santé en action*. mai 2024;(466):4.
82. Organisation mondiale de la Santé. Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019. 55 p. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/325724>
83. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 1 mars 2018;75(3):247-53.
84. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health Lond Engl*. 2019;15:1745506519844044.
85. 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 p. 37. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr
86. Santé publique France. Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. 2022 p. 135. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et->

87. 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. août 31, 2022 p. 83-102. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.18.sante.pdf>
88. Santé publique France. Les compétences psychosociales : Un référentiel opérationnel à destination des professionnels experts et formateurs CPS. Tome I. Saint-Maurice : Santé publique France; 2024, à paraître.
89. Arroyo-Borrell E, Renart G, Saurina C, Saez M. Influence maternal background has on children's mental health. *Int J Equity Health*. 18 avr 2017;16(1):63.
90. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. juin 2016;47(3):440-58.
91. Chung EH, Chou J, Brown KA. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants: a recent literature review. *Transl Pediatr*. févr 2020;9(Suppl 1):S3-SS8.
92. Biddle SJH, Ciaccioni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychol Sport Exerc*. 1 mai 2019;42:146-55.
93. Rao WW, Zong QQ, Zhang JW, An FR, Jackson T, Ungvari GS, *et al*. Obesity increases the risk of depression in children and adolescents: Results from a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 avr 2020;267:78-85.
94. Kovess-Masfety V, Husky M, Pitrou I, Fermanian C, Shojaei T, Chee CC, *et al*. Differential impact of parental region of birth on negative parenting behavior and its effects on child mental health: Results from a large sample of 6 to 11 year old school children in France. *BMC Psychiatry*. 4 mai 2016;16:123.
95. Monnier M, Moulin F, Bailhache M, Thierry X, Vandentorren S, Côté S, *et al*. Parents' depression and anxiety associated with hyperactivity-inattention and emotional symptoms in children during school closure due to COVID-19 in France. *Sci Rep*. 24 mars 2023;13(1):4863.
96. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, *et al*. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010/07/02 éd. juill 2010;197(1):20-7.
97. WHO. Social determinants of health [Internet]. 2024 [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

ANNEXES

Annexe 1. Caractéristiques des écoles participantes et non participantes ; Échantillon des écoles avec au moins un élève de niveau maternelle tirées au sort (n=438 écoles) ; Enabée 2022, France hexagonale

	Écoles participantes n=246		Écoles non participantes n=192		p
	n	%	n	%	
Type d'école					0,0095
Maternelle	72	29,3	79	41,1	
Primaire	174	70,7	113	58,9	
Secteur de l'école					0,67
<i>Public</i>	202	82,1	160	83,3	
Dont public non REP	161	65,5	130	67,7	
Dont REP	22	8,9	12	6,2	
Dont REP+	19	7,7	18	9,4	
<i>Privé</i>	44	17,9	32	16,7	
Taille de l'école (nombre d'élèves)					0,45
<62	39	15,9	33	17,2	
[62; 108[	49	19,9	47	24,5	
[108; 176[	60	24,4	49	25,5	
≥176	98	39,8	63	32,8	
Régions					0,67
Île-de-France	36	14,6	31	16,2	
Centre-Val de Loire	8	3,3	6	3,1	
Bourgogne-Franche-Comté	10	4,1	10	5,2	
Normandie	14	5,7	6	3,1	
Hauts-de-France	26	10,6	25	13,0	
Grand-Est	24	9,8	17	8,8	
Pays de la Loire	13	5,3	18	9,4	
Bretagne	20	8,1	14	7,3	
Nouvelle-Aquitaine	20	8,1	8	4,2	
Occitanie	21	8,5	19	9,9	
Auvergne-Rhône-Alpes	35	14,2	27	14,1	
Provence-Alpes-Côte-d'azur et Corse	19	7,7	11	5,7	
Typologie de la commune de l'école					0,66
Banlieue	89	36,2	65	33,8	
Ville-centre	68	27,6	57	29,7	
Hors unité urbaine	63	25,6	55	28,7	
Ville isolée	26	10,6	15	7,8	
Typologie de la commune zonage DEPP					0,18
<i>Commune rurale</i>	62	25,2	54	28,1	
Rurale éloignée très peu dense	7	2,8	2	-	
Rurale éloignée peu dense	23	9,3	19	9,9	
Rurale périphérique très peu dense	2	-	4	2,1	
Rurale périphérique peu dense	30	12,2	29	15,1	
<i>Commune urbaine</i>	184	74,8	138	71,9	
Bourg	20	8,1	5	2,6	
Petite ville	23	9,3	20	10,4	
Urbaine périphérique peu dense	13	5,3	10	5,2	
Urbaine dense	48	19,5	30	15,6	
Urbaine très dense	80	32,5	73	38,0	
Total	246	100,0	192	100,0	

Annexe 2. Caractéristiques des classes participantes et non participantes ; Échantillon des classes ayant au moins un enfant de niveau maternelle tirées au sort (n=493 classes) ; Enabee 2022, France hexagonale

	Classes participantes		Classes non-participantes		p
	n	%	n	%	
Taille de la classe (nombre d'élèves)					0,59
<20	96	21,3	12	27,9	
[20; 25[	198	44,0	18	41,9	
≥25	156	34,7	13	30,2	
Classe multiniveaux maternelle / élémentaire					0,34
Non	417	92,7	42	97,7	
Oui	33	7,3	1	-	
Total	450	100,0	43	100,0	

Annexe 3. Caractéristiques des enfants dans les échantillons « enseignants et parents » (n=2 683), « enseignants seuls (n=3 038) et « parents seuls » (n=1 102), résultats non pondérés ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

	Échantillon "enseignants et parents" n=2 683		Échantillon "enseignants seuls" n=3 038		p-value * (Khi2)	Échantillon "parents seuls" n=1 102		p-value ** (Khi2)
	n	%	n	%		n	%	
<i>Caractéristiques au niveau école et classe</i>								
Classe multiniveaux maternel / élémentaire					0,0021			<0,0001
Non	1 153	43,0	1 429	47,0		398	36,1	
Oui	1 530	57,0	1 609	53,0		704	63,9	
Niveau de classe					0,2204			
Petite Section	955	35,6	1 052	34,6		292	26,5	<0,0001
Moyenne Section	837	31,2	911	30,0		420	38,1	
Grande Section	891	33,2	1 075	35,4		390	35,4	
<i>Caractéristiques individuelles</i>								
Sexe de l'enfant					0,8217			0,2810
Garçon	1 375	51,3	1 566	51,6		586	53,2	
Fille	1 308	48,8	1 472	48,5		516	46,8	
Sexe du parent					Non disponible			0,7538
Homme	586	21,8				253	23,0	
Femme	2070	77,2				838	76,0	
Ne souhaite pas répondre	27	1,0				11	1,0	
Lieu de naissance					Non disponible			0,3552
Enfant et parents nés en France	2093	78,2				858	77,9	
Enfant né en France dont un des parents est né à l'étranger	269	10,1				103	9,4	
Enfant né en France dont les 2 parents sont nés à l'étranger	239	8,9				115	10,5	
Enfants nés à l'étranger	76	2,8				25	2,3	
Niveau de diplôme le plus élevé des deux parents					Non disponible			0,3376
Aucun diplôme ou brevet des collèges	189	7,1				71	6,5	
CAP, BEP, BEPS, brevet de technicien, brevet professionnel, BEI, BEC, BEA	317	11,8				125	11,4	
Baccalauréat (général, professionnel ou technologique)	521	19,5				188	17,1	
1 ^{er} cycle universitaire, formation paramédicale, sociale	793	29,6				349	31,7	
2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire, médecine, pharmacie, dentaire, ingénieur, grandes écoles	857	32				368	33,4	

	Échantillon "enseignants et parents" n=2 683		Échantillon "enseignants seuls" n= 3 038		p-value * (Khi2)	Échantillon "parents seuls" n= 1 102		p-value ** (Khi2)
	n	%	n	%		n	%	
Revenu net mensuel du foyer			Non disponible					0,0079
< 1 500 €	239	8,9				89	8,1	
1 500-3 000 €	1 038	38,8				369	33,5	
3 000-4 500 €	912	34,1				416	37,8	
> 4 500 €	488	18,2				227	20,6	
Difficultés émotionnelles (SDQ Enseignant)	70	2,6	109	3,6	0,0338	Non disponible		
Difficultés oppositionnelles (SDQ Enseignant)	187	7,0	259	8,5	0,0285	Non disponible		
Difficultés d'inattention/hyperactivité (SDQ Enseignant)	255	9,5	380	12,5	0,0003	Non disponible		
Difficultés émotionnelles (SDQ Parent)	231	8,6	Non disponible			101	9,2	0,5832
Difficultés oppositionnelles (SDQ Parent)	352	13,1	Non disponible			131	11,9	0,3020
Difficultés d'inattention/ hyperactivité (SDQ Parent)	255	9,5	Non disponible			101	9,2	0,7454

Note : * Résultats des tests de comparaison entre l'échantillon "enseignants et parents" et l'échantillon "enseignants seuls" ; ** Résultats des tests de comparaison entre l'échantillon "enseignants et parents" et l'échantillon "parents seuls"

Annexe 4. Analyses psychométriques

Les qualités psychométriques du SDQ Parent dans la population des enfants scolarisés en maternelle ont été évaluées. La cohérence interne a été mesurée avec des scores alpha de Cronbach et Oméga de Mc Donald : ceux-ci sont proches ou supérieurs à 0,7 uniquement pour les dimensions prosocial et inattention/hyperactivité pour lesquels nous trouvons donc une cohérence interne acceptable. Les critères de qualité du modèle d'équation structurelle exploratoire, en cinq dimensions (correspondantes aux cinq sous-échelles), sont satisfaisants : CFI (0,974), TLI (0,958), RMSEA (0,028) et le SRMR (0,034).

Les qualités psychométriques du SDQ Enseignant dans la population des enfants scolarisés en maternelle ont été évaluées de la même façon : les scores alpha de Cronbach et Oméga sont plus élevés que pour le SDQ Parent, très proches ou supérieurs à 0,7 pour 4 dimensions sur 5 (dimension relationnelle à 0,59) pour lesquels nous trouvons donc une cohérence interne acceptable. Les critères de qualité du modèle de d'équation structurelle exploratoire, en cinq dimensions (correspondantes aux cinq sous-échelles), sont satisfaisants : CFI (0,988), TLI (0,980), RMSEA (0,035) et le SRMR (0,037).

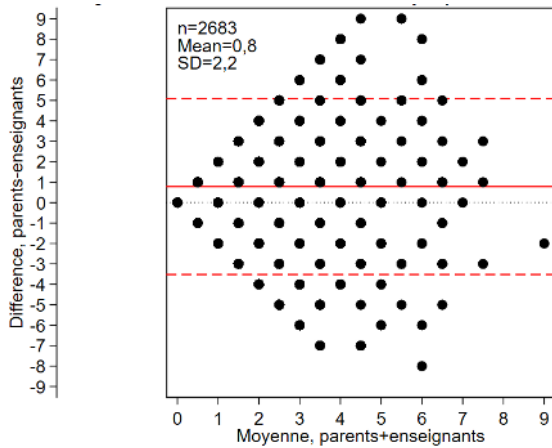
Les qualités psychométriques du Kiddy-Kindl ont également été évaluées, dans la population des enfants scolarisés en maternelle et selon le sexe de l'enfant. Sur l'échantillon complet, la cohérence interne mesurée avec des scores alpha de Cronbach et Oméga de Mc Donald est supérieure à 0,7 uniquement pour la sous-dimension de l'estime de soi, les autres se situant entre 0,54 (émotion) et 0,63 (amis). Les critères de qualité du modèle d'analyse factorielle confirmatoire à 6 dimensions (correspondantes aux 6 sous-échelles du Kiddy-Kindl), avec ajout de corrélations inter-résidus, sont acceptables : CFI (0,931), TLI (0,914), RMSEA (0,044) et pour le SRMR (0,044). Des valeurs très similaires ont été retrouvées en reproduisant les mêmes analyses chez les filles et les garçons séparément, pour vérifier l'invariance de l'échelle selon le sexe des enfants :

- chez les filles : CFI (0,920), TLI (0,9), RMSEA (0,045), SRMR (0,046) ;
- chez les garçons : CFI (0,923), TLI (0,904), RMSEA (0,044), SRMR (0,046).

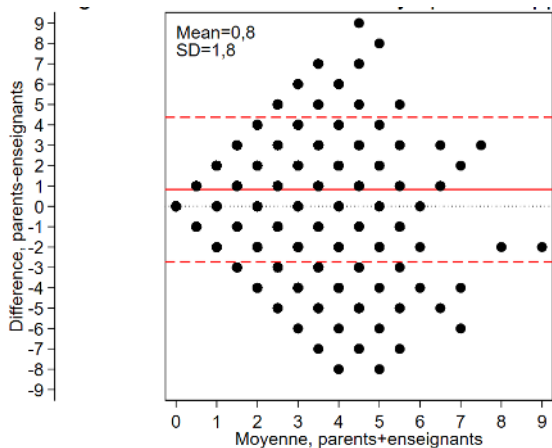
Des analyses complémentaires sur la psychométrie seront effectuées ultérieurement.

Annexe 5. Diagrammes de Bland-Altman évaluant la concordance des scores SDQ entre les parents et les enseignants ; Échantillon « enseignants et parents » (n=2 683) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

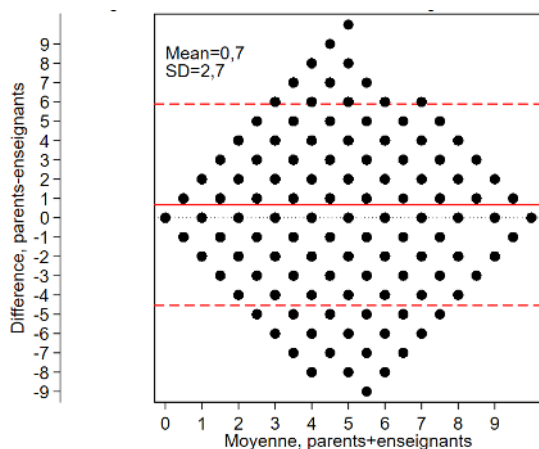
a) Dimension émotionnelle



b) Dimension oppositionnelle



c) Dimension inattention/hyperactivité



Note : 1) la ligne en pointillés noirs représente l'absence de différence (0) ; 2) la ligne continue en rouge représente la moyenne des différences (parents - enseignants) ; et 3) les lignes en pointillés rouges représentent les limites de concordance.

Annexe 6. Détails des analyses portant sur les difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés, selon le parent et selon l'enseignant

Tableau 1 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés, selon le parent ; Échantillon « parents » (n=3 785) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

Type de difficultés probables	Difficultés avec ou sans retentissement			Difficultés avec retentissement		
	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]
Émotionnelles	332	8,5	[7,5-9,6]	90	2,3	[1,8-2,9]
Oppositionnelles	483	12,8	[11,7-14,0]	118	3,2	[2,6-3,9]
Inattention ou hyperactivité	356	9,4	[8,3-10,5]	114	3,1	[2,5-3,7]
Au moins un type de difficulté	890	23,3	[21,8-24,8]	197	5,4	[4,6-6,2]
Score « total difficultés* » élevé	197	5,3	[4,4-6,2]	102	2,8	[2,2-3,5]

*Le score total des difficultés inclut une 4^e dimension non présentée ici : difficultés relationnelles avec les pairs

Tableau 2 - Proportions pondérées (%) et IC95 % d'enfants présentant des difficultés probables avec ou sans retentissement sur leur vie, par type de difficultés, selon l'enseignant ; Échantillon « enseignants » (n=5 721) ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau maternelle

Type de difficultés probables	Difficultés avec ou sans retentissement			Difficultés avec retentissement		
	n bruts	%	[IC 95 %]	n bruts	%	[IC 95 %]
Émotionnelles	179	3,1	[2,5-3,9]	88	1,6	[1,2-2,1]
Oppositionnelles	446	7,9	[6,8-9,1]	243	4,4	[3,5-5,3]
Inattention ou hyperactivité	635	11,2	[10,0-12,5]	343	6,1	[5,2-7,0]
Au moins un type de difficulté	963	16,9	[15,2-18,7]	461	8,2	[7,0-9,4]
Score « total difficultés* » élevé	341	6,2	[5,1-7,4]	268	4,9	[4,0-6,1]

*Le score total des difficultés inclut une 4^e dimension non présentée ici : difficultés relationnelles avec les pairs