

SANTÉ MENTALE /  
ENFANCE

DÉCEMBRE 2025

ÉTUDES ET ENQUÊTES

**LE RECOURS AUX SOINS POUR  
DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE,  
Y COMPRIS POUR DES DIFFICULTÉS  
D'APPRENTISSAGE, DES ENFANTS  
SCOLARISÉS DU CP AU CM2 EN  
FRANCE HEXAGONALE**

Résultats de l'étude nationale sur le bien-être  
des enfants (Enabee 2022)

# Résumé

## Le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, des enfants scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale

Résultats de l'étude nationale sur le bien-être des enfants (Enabee 2022)

### Contexte et objectifs

La santé mentale des enfants constitue un enjeu majeur de santé publique, tant en raison de ses répercussions individuelles que de ses implications sociétales. Différentes études épidémiologiques internationales soulignent qu'une part importante des enfants n'ont pas accès aux soins en santé mentale. En France, il n'existe pas de données estimant le recours aux soins en santé mentale des enfants de 6 à 11 ans. Les objectifs de ce rapport sont : 1/ d'estimer la fréquence du recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, parmi les enfants scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale, 2/ d'identifier les facteurs associés à ce recours.

### Matériels et méthodes

Les données sont issues de l'étude Enabee, une étude transversale nationale menée dans des écoles françaises au printemps 2022 dans l'Hexagone, basée sur un échantillonnage aléatoire et représentatif de la population des enfants scolarisés de la petite section de maternelle au CM2 en école publique ou privée sous contrat avec l'Éducation nationale. Pour chaque enfant, un parent, un enseignant et l'enfant lui-même ont répondu à des auto-questionnaires. Les enfants ont évalué leur santé mentale en complétant le Dominique Interactif, un questionnaire informatisé, audiovisuel, qui explore les symptômes des principaux troubles de santé mentale. Les enseignants et les parents ont rempli le *Strengths and Difficulties Questionnaire*, qui repère les symptômes émotionnels, d'opposition et d'inattention/hyperactivité chez les enfants. Les parents ont aussi répondu à des questions concernant leur santé et leur statut socio-économique, mais aussi leur famille et le milieu de vie de leur enfant. 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* » et en précisant les types de professionnels consultés. Une régression logistique multinomiale a été réalisée afin d'étudier les facteurs associés i/ au recours à un professionnel de la rééducation, ii/ au recours au psychologue ou au psychiatre et iii/ au recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre. La sélection des variables reposait sur le modèle théorique d'Andersen, postulant que le recours aux soins est influencé par des facteurs prédisposants, des facteurs facilitants et des facteurs de besoins.

### Résultats

Nos résultats soulignaient un accompagnement fréquent des enfants pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage puisque 21,3 % [20,2-22,4] de l'ensemble des enfants inclus avaient consulté un professionnel en raison de ces difficultés au cours de l'année précédant l'enquête. Ce recours aux soins ne concernait que 52,8 % [49,3-56,2] des enfants qui avaient été identifiés par les échelles psychométriques comme ayant un trouble probable de santé mentale. La proportion d'enfants ayant eu recours aux soins était plus importante parmi ceux présentant un trouble oppositionnel probable ou un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité probable que parmi ceux présentant uniquement un trouble émotionnel probable (58,1 % [53,6-62,4] versus 44,7 % [39,6-49,9]). L'analyse des facteurs associés au recours aux soins montrait en particulier qu'un haut niveau de diplôme du parent ou que les parents soient séparés était associé à un recours accru au psychologue ou au psychiatre, et qu'à l'opposé, le fait qu'un ou les deux parents soient nés à l'étranger était associé à un moindre recours aux soins. Les résultats illustrent le rôle de pivot des médecins généralistes et des pédiatres dans l'accès aux intervenants de la santé mentale et de la

rééducation. Enfin, on notait une association forte entre les facteurs de besoins en santé mentale (troubles de santé mentale et difficultés scolaires) et le recours aux soins.

### **Discussion**

Ces données d'Enabee 2022 permettent de documenter pour la première fois en France, le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris d'apprentissage, des enfants de 6 à 11 ans. Nos résultats révèlent un recours fréquent pour ces difficultés auprès de spécialistes de la santé mentale et de la rééducation. Cependant nos résultats soulignent qu'environ la moitié des enfants que l'étude a identifiée comme ayant des difficultés de santé mentale n'ont pas eu recours aux soins et que ce recours est inégalitaire socialement. Nos résultats plaident pour une nécessaire amélioration de l'accès à la prise en soins de la santé mentale des enfants de 6-11 ans.

**MOTS-CLÉS :** SANTÉ MENTALE, ENFANTS, RECOURS AUX SOINS, ÉPIDÉMIOLOGIE, ENQUÊTE

**Citation suggérée :** Motreff Y, Decio V, Sentenac M, Coquoz C, Delorme R, Gatecel A, Gauld C, Kovess-Masfety V, Lazimi G, Perrine AL, Rouquette A, Vandendorren S, Monnier-Besnard S, Regnault N. Le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, des enfants scolarisés du CP au CM2 en France hexagonale - Résultats de l'étude nationale sur le bien-être des enfants (Enabee 2022). Saint-Maurice : Santé publique France, 2025. 58 p. [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

ISSN : 2609-2174 / ISBN-NET 978-2-37986-056-0 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : DÉCEMBRE 2025

# Abstract

## Health care use for mental health reasons including learning difficulties among school children from Grade 1 to Grade 5 in metropolitan France

Results from the national Enabee study

### Context and Objectives

Children's mental health is a major public health issue due to its individual repercussions and societal implications. Various international epidemiological studies highlight that a significant proportion of children do not have access to mental health care. In France, there is no data estimating the use of mental health services among children aged 6 to 11. The objectives of this report are: 1) to estimate the frequency of health care use for mental health difficulties, including learning difficulties, among school children from grade 1 to grade 5 in metropolitan France, and 2) to identify the factors associated with this use.

### Materials and Methods

The data comes from the Enabee study, a national cross-sectional study conducted in French schools in spring 2022 in mainland France. The study is based on a random and representative sampling of the population of school children from preschool to grade 5 in public or private schools under contract with the national education system. For each child, a parent, a teacher, and the child completed self-administered questionnaires. The children assessed their mental health by completing the Dominique Interactif, a pictorial questionnaire that explores symptoms of main mental health disorders. Teachers and parents completed the Strengths and Difficulties Questionnaire, which identifies emotional, oppositional, and inattention or hyperactivity symptoms in children. Parents also answered questions about their health and socioeconomic status, as well as their family and the child's living environment. The use of health care for mental health reasons was evaluated by asking parents if "In the past year, [their child] has been seen by one or more professionals for psychological or learning difficulties" and specifying the types of professionals consulted. A multinomial logistic regression was performed to study the factors associated with i) consulting a rehabilitation professional, ii) consulting a psychologist or psychiatrist, and iii) consulting both a rehabilitation professional and a psychologist or psychiatrist. The selection of variables was based on Andersen's theoretical model, which postulates that the use of health services is influenced by predisposing characteristics, enabling factors, and need factors.

### Results

Our results highlighted frequent support for children with psychological or learning difficulties, as 21.3 % [20.2-22.4] of all included children had consulted a professional for these difficulties in the year preceding the survey. This use of health care concerned only 52.8 % [49.3-56.2] of children identified by psychometric scales as having a probable mental health disorder. The proportion of children who used health care was higher among those with probable oppositional disorder or probable attention deficit hyperactivity disorder than among those with only a probable emotional disorder (58.1 % [53.6-62.4] versus 44.7 % [39.6-49.9]). The analysis of factors associated with the use of health care showed, in particular, that a high level of parental education or separated parents was associated with increased use of psychologists or psychiatrists, and conversely, that one or both parents being born abroad was associated with lower use of health care. The results illustrate the pivotal role of general practitioners and paediatricians in accessing mental health and rehabilitation professionals. Finally, there was a strong association between mental health needs factors (mental health disorders and school difficulties) and the use of health care.

### Discussion

The Enabee 2022 data allows us to document, for the first time in France, the use of health care for mental health difficulties, including learning difficulties, among schoolchildren. Our

results reveal frequent use of mental health and rehabilitation specialists. However, our results highlight that about half of the children identified by the study as having probable mental health difficulties did not access mental health services and that this use is socially unequal. Our results argue for a necessary improvement in access to mental health care for children aged 6-11.

**KEY WORDS:** MENTAL HEALTH, CHILDREN, HEALTH CARE USE, EPIDEMIOLOGY, SURVEY

## Coordination du projet

Yvon Motreff	Santé publique France
Valentina Decio	Santé publique France
Stéphanie Monnier Besnard	Santé publique France
Nolwenn Regnault	Santé publique France
Mariane Sentenac	Santé publique France

## Membres du groupe de travail

Céline Coquoz	Interne de santé publique, Santé publique France
Richard Delorme	Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris Cité Université, France
Anne Gatecel	Département des rééducateurs du service de PEA de la Pitié-Salpêtrière, Institut de formation des psychomotriciens, faculté de santé, Sorbonne Université, Paris, France
Christophe Gauld	Service psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, Hospices civils de Lyon, Lyon, France UMR 5229 CNRS & Université Claude-Bernard Lyon 1, Institut des sciences cognitives Marc-Jeannerod, Lyon, France
Viviane Kovess-Masfety	Université Paris Cité, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, France
Gilles Lazimi	Faculté de médecine, département de médecine générale, Sorbonne université, Paris, France
Anne-Laure Perrine	Santé publique France
Alexandra Rouquette	Université Paris-Saclay, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Le Kremlin-Bicêtre, France Département d'épidémiologie et de santé publique, AP-HP, Université Paris-Saclay, Le Kremlin-Bicêtre, France
Stéphanie Vandentorren	Santé publique France <i>Bordeaux population health center</i> , Inserm 1219, Université de Bordeaux, Bordeaux, France

## Auteurs

Yvon Motreff, Valentina Decio, Mariane Sentenac, Céline Coquoz, Richard Delorme, Anne Gatecel, Christophe Gauld, Viviane Kovess-Masfety, Gilles Lazimi, Anne-Laure Perrine, Alexandra Rouquette, Stéphanie Vandentorren, Stéphanie Monnier-Besnard, Nolwenn Regnault

## Relecteurs

Professeure Angèle Consoli, Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, AP-HP, Sorbonne-Université, Paris, France

Christophe Léon, Santé publique France

## 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 ;
- l'ensemble du comité de pilotage, le comité d'appui thématique et les parties prenantes du groupe de concertation ;
- Ipsos Observer Institute pour le terrain de l'étude ;
- pour leur appui et expertise à la conception de l'étude ou aux travaux d'analyses des données d'Enabee (par ordre alphabétique) : Pascal Bessonneau, Maria El Haddad, Dominique Jeannel, Anne Gallay, Maude Marillier, Damien Pognon, Jean-Baptiste Richard, Abdessattar Saoudi, Louise Seconda 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/>

## Abréviations

<b>CAMSP</b>	Centre d'action médico-sociale précoce
<b>CE1</b>	Cours élémentaire 1 <sup>re</sup> année
<b>CE2</b>	Cours élémentaire 2 <sup>e</sup> année
<b>CM1</b>	Cours moyen 1 <sup>re</sup> année
<b>CM2</b>	Cours moyen 2 <sup>e</sup> année
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CMPP</b>	Centre médico-psycho-pédagogique
<b>CMS</b>	Centre municipal de santé
<b>CP</b>	Cours préparatoire
<b>CV</b>	Coefficient de variation
<b>DI</b>	Dominique interactif (questionnaire)
<b>Enabee</b>	Étude nationale sur le bien-être des enfants
<b>IC à 95 %</b>	Intervalle de confiance à 95 %
<b>OCDE</b>	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
<b>ORa</b>	Odds Ratio ajusté ou rapport de cotes ajusté
<b>PSM</b>	Petite section de maternelle
<b>REP</b>	Réseau d'éducation prioritaire
<b>REP+</b>	Réseau d'éducation prioritaire, avec moyens renforcés
<b>SDQ</b>	<i>Strengths and difficulties questionnaire</i>
<b>SNDS</b>	Système national des données de sante
<b>TDAH</b>	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
<b>TDC</b>	Trouble développemental de la coordination
<b>TDL</b>	Trouble développemental du langage
<b>Trouble « DYS »</b>	TDC, TDL ou trouble spécifique des apprentissages
<b>VM</b>	Valeur manquante



# Liste des tableaux, figures et annexes

## Tableaux

Tableau 1. Description de l'échantillon d'analyse (proportion pondérées) en fonction des variables issues des questionnaires ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire.....	26
Tableau 2. Proportions pondérées d'enfants ayant consulté pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage au cours de l'année précédant l'enquête, par type de professionnel consulté, dans l'ensemble de l'échantillon, dans l'échantillon d'enfants avec au moins un trouble probable et dans l'échantillon avec un diagnostic de trouble « DYS » rapporté par le parent ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire .....	29
Tableau 3. Facteurs prédisposants des enfants et de leurs parents en fonction du profil de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire.....	34
Tableau 4. Facteurs facilitants des familles et de leur environnement en fonction du profil de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire.....	37
Tableau 5. Facteurs de besoin en santé mentale en fonction du profil de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire .....	39
Tableau 6. Analyse multivariée des facteurs associés aux 3 profils de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire, n=7909.....	40
Tableau 7. Caractéristiques des écoles participantes et non participantes ; Échantillon des écoles avec au moins un élève de niveau élémentaire tiré au sort (524 écoles) ; Enabee 2022, France hexagonale .....	54
Tableau 8. Motifs de refus de participation des écoles ; Échantillon des écoles participantes avec au moins un élève de niveau élémentaire (228 écoles) ; Enabee 2022, France hexagonale .....	55
Tableau 9. Caractéristiques des classes participantes et non participantes ; Échantillon des classes ayant au moins un enfant de niveau élémentaire tirées au sort (n=1005 classes) ; Enabee 2022, France hexagonale .....	55
Tableau 10. Description de l'échantillon d'analyse et comparaison avec la base de sondage ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire .....	55
Tableau 11. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables explicatives utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes, Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire .....	57
Tableau 12. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables de recours aux soins utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes, Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire .....	58

## Figures

Figure 1. Diagramme de la participation ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire.....	24
Figure 2. Co-occurrences de recours aux soins entre les grandes catégories de professionnels consultés : proportions pondérées, IC à 95 % et effectifs bruts parmi les enfants ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste, un pédiatre, un psychiatre, un psychologue ou un professionnel de la rééducation au cours de l'année précédant l'enquête (n=1547) .....	30
Figure 3. Distribution du nombre de consultations par type de professionnel consulté, parmi les enfants ayant consulté ces professionnels pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage, au cours de l'année précédant l'enquête ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire.....	31
Figure 4. Lieu de consultation (proportions pondérés) par type de professionnel consulté, parmi les enfants ayant consulté un professionnel pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage, au cours de l'année précédant l'enquête ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire.....	32

## Annexes

Annexe 1. Données complémentaires sur la participation .....	54
Annexe 2. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes .....	57

# Sommaire

Résumé.....	2
Abstract.....	4
Coordination du projet.....	6
Membres du groupe de travail.....	6
Auteurs.....	6
Relecteurs.....	6
Remerciements.....	7
En savoir plus sur Enabee.....	7
Abréviations.....	8
Liste des tableaux, figures et annexes.....	9
Sommaire.....	11
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>15</b>
2.1 L'étude Enabee et champs de la présente étude.....	15
2.2 Recueil des données.....	15
2.3 Le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage.....	16
2.4 Les facteurs pouvant influencer le recours aux soins.....	17
2.4.1 Facteurs prédisposants.....	17
2.4.2 Facteurs facilitants.....	18
2.4.3 Facteurs de besoins de soins en santé mentale.....	19
2.5 Analyses statistiques.....	21
2.5.1 Pondération et correction de la non-réponse totale.....	21
2.5.2 Correction de la non-réponse partielle : imputation.....	21
2.5.3 Analyses descriptives.....	21
2.5.4 Analyses multivariées.....	22
2.6 Aspects éthiques.....	23
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>24</b>
3.1 Participation.....	24
3.2 Description des caractéristiques de l'échantillon.....	25
3.2.1 Comparaison de l'échantillon analysé avec la base de sondage.....	25
3.2.2 Description de l'échantillon en fonction des variables disponibles dans les questionnaires.....	25
3.3 Recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage.....	28
3.4 Description des facteurs prédisposants, facilitants et de besoins en santé mentale en fonction du recours aux soins.....	32
3.4.1 Facteurs prédisposants.....	33
3.4.2 Facteurs facilitants.....	36
3.4.3 Facteurs de besoins en santé mentale.....	38
3.5 Facteurs associés au recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage.....	40
3.5.1 Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à un ou des professionnels de la rééducation uniquement.....	42
3.5.2 Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à un psychologue ou un psychiatre uniquement.....	42
3.5.3 Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à un psychologue ou un psychiatre et à un professionnel de la rééducation.....	43

<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
4.1 Fréquences de recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage .....	44
4.2 Facteurs associés au recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage .....	45
4.2.1 Facteurs prédisposants .....	45
4.2.2 Facteurs facilitants .....	46
4.2.3 Facteurs de besoins en santé mentale.....	46
4.2.4 Forces et limites .....	46
4.2.5 Conclusion.....	48
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>49</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>54</b>
Annexe 1. Données complémentaires sur la participation .....	54
Annexe 2. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes.....	57

# 1. INTRODUCTION

La santé mentale des enfants constitue un enjeu majeur de santé publique, tant en raison de ses répercussions individuelles (difficultés scolaires, problèmes relationnels, troubles psychosomatiques, transition difficile à l'âge adulte, etc.) que de ses implications sociétales (poids sur le système de santé, impacts familiaux, perte de productivité à long terme etc.). La santé mentale conditionne de manière déterminante les trajectoires éducatives, professionnelles et sociales des individus dès le plus jeune âge. À l'échelle mondiale, la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents est estimée à 13 % (1,2). En France, les troubles psychiatriques (enfants et adultes) représentent le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie, avec plus de 23 milliards d'euros remboursés chaque année. Leur coût global pour la société est majeur et évalué à 81,3 milliards d'euros (OCDE/Union européenne, 2018). Les données issues de l'étude nationale sur la santé mentale et le bien-être des enfants (Enabee), conduite en 2022 par Santé publique France, ont confirmé l'importance de la prévalence des troubles de santé mentale chez les enfants âgés de 6 à 11 ans : environ un enfant sur huit présentait un trouble probable de santé mentale (13,0 % ; [IC à 95 % : 12,1-14,0])<sup>1</sup>. Ces résultats sont en cohérence avec la littérature scientifique qui souligne également qu'entre 35 % et 50 % des troubles de santé mentale à l'âge adulte débutent avant l'âge de 14 ans (3,4). Dans cette perspective, l'accès rapide à un accompagnement ou une prise en soins de la santé mentale des enfants apparaît comme un levier essentiel pour améliorer la santé mentale de la population française. Une intervention précoce chez l'enfant permet non seulement d'atténuer l'intensité des symptômes à l'âge adulte, voire de favoriser leur rémission, mais également de limiter les conséquences sanitaires et sociales à moyen et long terme (5).

Plusieurs recommandations de prise en soins ont été publiées à l'international, par exemple au Royaume-Uni (6–8), et en France (9,10). Elles consistent, la plupart du temps, en des interventions non médicamenteuses (psychoéducation, psychothérapie, etc.) qui, lorsque nécessaires, peuvent être combinées avec des interventions pharmacologiques. Cependant, de nombreuses études épidémiologiques soulignent qu'une part importante des enfants ayant besoin d'une prise en soins en santé mentale n'y ont pas accès. Une méta-analyse réalisée dans les pays à hauts revenus a montré que seulement 44 % [IC à 95 % : 38-51] des enfants et adolescents de 4 à 18 ans présentant un trouble de santé mentale ont pu bénéficier d'une prise en soins (1). Sur la tranche d'âge des 6 à 11 ans, une étude menée dans 7 pays européens en 2010 a montré que 26 % des enfants qui présentaient un trouble probable de santé mentale avaient consulté au moins une fois un psychologue, un psychiatre ou un travailleur social au cours de l'année précédente. Cette proportion variait avec le niveau de ressources en santé mentale du pays (31 % dans les pays avec un niveau de ressources élevé versus 19 % dans les pays dont le niveau était faible) (11). En 2017 en Angleterre, la *Mental Health of Children and Young People Survey* retrouvait une proportion semblable avec 25,2 % des enfants présentant un trouble de santé mentale qui avaient eu un contact avec un professionnel de santé mentale dans l'année précédant l'enquête (12).

Plusieurs facteurs peuvent influencer le recours aux soins. Le modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Andersen propose de les classer en trois grandes catégories : les **facteurs prédisposants** (caractéristiques sociodémographiques et croyances sur la santé influençant l'utilisation des services de santé, même si elles n'en sont pas directement responsables, par exemple le statut social), les **facteurs facilitants** (ressources qui facilitent ou empêchent l'utilisation des services de santé, par exemple les revenus du ménage) et les facteurs de **besoins de soins** (conditions pour lesquelles les individus ou les professionnels de santé reconnaissent la nécessité d'une prise en soins) (13). Par la suite le modèle a été complété notamment en déclinant ces trois types de facteurs aux niveaux individuel et contextuel (14).

---

<sup>1</sup> Premiers résultats d'Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en France métropolitaine et scolarisés. Le point sur. 20 juin 2023. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p. Directrice de publication : Caroline Semaille. Dépôt légal : 20 juin 2023

Concernant le recours aux soins de santé mentale des enfants, parmi les facteurs prédisposants, il a été montré que les garçons avaient plus recours aux soins de santé mentale que les filles (11,15). Bien que certaines études aient montré un recours aux soins de santé mentale plus important chez les enfants plus âgés (16), notamment chez les 11 ans et plus (17), cet effet n'a pas été retrouvé dans la plupart des études, en particulier entre 4 et 11 ans (11,18). La détresse psychologique maternelle (11) ou parentale (19) semble également favoriser le recours aux soins de santé mentale. Concernant le niveau de diplôme des parents, les résultats sont contradictoires dans la littérature scientifique. Dans une revue de la littérature regroupant 47 études de différents pays dans le monde, un niveau de diplôme élevé a été retrouvé associé à un recours aux soins de santé mentale plus important (15) alors que certaines études, notamment en Europe, n'ont pas retrouvé cette association (11,18,19). En Angleterre, le recours aux soins différait selon le groupe ethnique (16). D'autres facteurs, tels que les croyances religieuses ou culturelles, les connaissances en santé mentale, la peur et la méfiance à l'égard des services de santé mentale ainsi que la stigmatisation des maladies psychiatriques peuvent également influencer significativement le recours aux soins de santé mentale (20).

Parmi les facteurs facilitants pouvant influencer sur le recours aux soins chez l'enfant, le fait de vivre dans des familles aux revenus les plus élevés ou dans un pays à haut revenu (11) ainsi que dans une zone socialement favorisée (16,21,22) était associé à un recours aux soins de santé mentale accru. Cependant, ces résultats sont inconstants : une étude menée aux Pays-Bas n'a pas mis en évidence de lien entre le statut socio-économique de la famille et le recours aux soins de santé mentale (23) ; en Norvège, un faible statut socio-économique était associé à un plus fort recours aux soins de santé mentale (24) ; aux États-Unis, le fait de ne pas avoir de couverture maladie était associé à un moindre recours aux soins de santé mentale (25) ; en Angleterre, le fait de vivre dans un logement social (comparé au fait d'être propriétaire de son logement) était associé à un moindre recours aux soins de santé mentale (16). La composition familiale semble également y jouer un rôle puisque les enfants vivant dans des familles monoparentales (11,19,21) ou avec des adultes autres que leurs parents biologiques avaient plus recours aux soins de santé mentale (19,26). Des facteurs organisationnels, tels que la disponibilité des services, leurs coûts et leur accessibilité influencent également le recours aux soins de santé mentale (27).

Parmi les facteurs de besoins en santé – dont la santé mentale –, le fait de présenter un trouble de santé mentale est constamment retrouvé comme associé au recours aux soins psychologiques (16). Certaines études mentionnent également que le fait de présenter des difficultés scolaires est associé à un recours aux soins de santé mentale accru (11). En co-occurrence ou pas avec d'autres troubles de santé mentale, les troubles développementaux de la coordination et du langage ainsi que les troubles spécifiques des apprentissages toucheraient entre 5 et 15 % des enfants (28) et constituent des motifs de consultation récurrents (29).

Les facteurs influençant le recours aux soins de santé mentale dépendent enfin pour partie de la disponibilité et de l'accessibilité (proximité, assurance maladie – obligatoire et complémentaire –, etc.) de l'offre de soins et de l'organisation de la prise en soins. Les études décrites plus haut montrent des disparités selon les pays, rendant difficile l'extrapolation de ces résultats à la France. S'il existe bien certaines données sur le recours aux soins à partir des consultations dans les centres médicopsychologiques (30), des données issues du SNDS (31), des services d'urgence (32), ou encore sur des populations spécifiques (33), il n'y a pas à notre connaissance de données récentes, hors période Covid-19 (34), en France, sur le recours aux soins des enfants en population générale pour des difficultés de santé mentale, y compris lié aux difficultés d'apprentissage.

Ce rapport a pour objectif 1/ d'estimer la fréquence du recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, parmi les enfants scolarisés du cours préparatoire (CP) au cours moyen 2<sup>e</sup> année (CM2) en France hexagonale, 2/ d'identifier les facteurs associés à ce recours.

## 2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

### 2.1 L'étude Enabee et champs de la présente étude

Santé publique France, avec l'appui du ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins et du ministère de l'Éducation nationale, a mis en place l'étude nationale sur le bien-être des enfants (Enabee), première étude nationale épidémiologique visant à mesurer la fréquence de certains troubles ou difficultés probables de santé mentale ainsi que le niveau de bien-être des enfants scolarisés de la petite section de maternelle (PSM) au CM2, en France hexagonale. Le protocole a été construit avec le soutien d'un comité d'appui scientifique pluridisciplinaire et la mise en œuvre de l'étude a été réalisée en concertation avec, notamment, des représentants de parents d'élèves, de la santé scolaire, des syndicats enseignants (35). 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.

La 1<sup>re</sup> 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 web-questionnaire sécurisé ou un questionnaire téléphonique. **Le présent rapport concerne les enfants scolarisés en élémentaire** (à l'exception de ceux relevant d'une unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)).

Le protocole détaillé a fait l'objet d'une publication scientifique en anglais (36) et est également décrit en français dans un rapport de Santé publique France (37).

### 2.2 Recueil des données

#### Tirage au sort

Un tirage au sort a été réalisé à partir de la base « Données individuelles anonymes du premier degré - Diapre »<sup>2</sup> de l'Éducation nationale. Des écoles publiques et privées sous contrat avec l'Éducation nationale ont été sélectionnées, puis des classes ont été tirées au sort dans ces écoles (toutes les classes pour les écoles de moins de 5 classes, ou 4 classes dans le cas des écoles de 5 classes et plus). Enfin, tous les élèves de ces classes ont été invités à participer à l'enquête. 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

#### Contact avec les écoles, enseignants et parents

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 et les enseignants pour participer à l'étude. Une fois l'accord de l'école et de l'enseignant de la classe sélectionnée obtenu, un courrier postal présentant l'étude a été adressé aux parents (ou représentants légaux) pour leur donner la possibilité de s'opposer à la participation de leur enfant, auquel cas, ni l'enfant, ni les parents ni l'enseignant n'étaient sollicités pour répondre aux questionnaires concernant cet enfant.

---

<sup>2</sup> <https://catalogue.depp.education.fr/index.php/catalog/252>



### Collecte des données

Les données ont été collectées en fin d'année scolaire afin que les enseignants aient une connaissance suffisante de leurs élèves pour pouvoir compléter un questionnaire portant sur leurs difficultés éventuelles et que les enfants de CP aient un niveau de lecture et de compréhension qui leur permette de répondre à un questionnaire.

- Les enseignants remplissaient un questionnaire électronique pour chacun des enfants participants de leur classe. Le questionnaire comprenait notamment une échelle de santé mentale (*Strengths and Difficulties Questionnaire*© SDQ).
- 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 physique et mentale du parent répondant, soutien social et le statut socio-économique de la famille de l'enfant. Les questionnaires électroniques étaient accessibles de manière sécurisée via une procédure envoyée par courrier. Les deux parents pouvant participer sur demande, un des deux parents répondants a été tiré au sort pour les présentes analyses.
- Les enfants remplissaient un auto-questionnaire sur tablette équipée d'écouteurs sous la supervision de deux facilitateurs spécifiquement formés à l'enquête. Les sessions en classe duraient 1 h 30, le temps d'expliquer les consignes et que tous les enfants participants répondent. La durée du remplissage du questionnaire était comprise entre 20 et 30 minutes. Le questionnaire enfant comportait deux échelles : le Dominique interactif et le KindI-R (évaluant le bien-être de l'enfant, non utilisé dans les présentes analyses).

## 2.3 Le recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés 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 ou les types de professionnels consultés (médecin généraliste, pédiatre, psychiatre, psychologue, psychologue de l'Éducation nationale, orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste, psychomotricien ou un autre professionnel non listé). Les autres professionnels de santé ont été reclassés lorsque cela était possible dans les catégories préexistantes et sinon dans une catégorie « autre ». Il s'agissait par exemple d'éducateurs, d'autres spécialités médicales ou encore de certaines structures sans qu'il soit possible de les rattacher à une catégorie de professionnel précédemment listée. **Ainsi nous avons considéré qu'il y avait recours aux soins pour des difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, lorsque l'enfant avait consulté au moins une fois un professionnel quel qu'il soit au cours de l'année précédant l'enquête.**

Pour chaque catégorie de professionnel, il a été demandé le nombre de consultations ainsi que le ou les lieux de consultation (« à l'hôpital », « en ville » ou « dans un centre spécialisé - CMS, CMP, CMPP, CAMSP<sup>3</sup> »). Pour les analyses, en raison des faibles fréquences de recours aux soins à l'hôpital, les modalités « à l'hôpital » et « dans un centre spécialisé - CMS, CMP, CMPP, CAMSP » ont été regroupées.

Plusieurs regroupements ont été créés. Ainsi certaines visites chez les professionnels ont été regroupées en trois variables binaires distinctes : 1) a vu au moins une fois un médecin de première ligne (médecin généraliste ou pédiatre), 2) a vu au moins une fois un psychologue ou psychiatre (hors psychologue de l'Éducation nationale), 3) a vu au moins une fois un professionnel de la rééducation (orthophoniste, ergothérapeute, orthoptiste ou psychomotricien). Enfin, une variable a

---

<sup>3</sup> CMS : Centre municipal de santé ; CMP : Centre médico-psychologique ; CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique ; CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce.



été créée avec quatre catégories mutuellement exclusives représentant différents profils de recours aux soins :

- a vu au moins une fois un professionnel de la rééducation sans avoir eu recours à un psychologue ou psychiatre,
- a vu au moins une fois un psychologue ou un psychiatre sans avoir eu recours à un professionnel de la rééducation,
- a vu au moins une fois un professionnel de la rééducation et un psychologue ou un psychiatre,
- aucun recours à un professionnel de la rééducation ni à un psychologue ou un psychiatre.

## 2.4 Les facteurs pouvant influencer le recours aux soins

### 2.4.1 Facteurs prédisposants

**Le sexe déclaré de l'enfant et le niveau scolaire** de l'enfant ont été recueillis dans les bases de l'Éducation nationale.

Les différentes variables relatives aux parents ont été recueillies dans le questionnaire « Parent ».

**Le diplôme du parent** répondant a été reclassé comme suit :

- Inférieur au baccalauréat : « aucun diplôme », « brevet des collèges », « CAP, BEP, BEPS, brevet de technicien, brevet professionnel, BEI, BEC, BEA » ;
- Baccalauréat : « Baccalauréat (général, professionnel ou technologique) » ;
- 1<sup>er</sup> cycle universitaire : « Diplôme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire (Bac +3, licence, y compris BTS, DUT DEST), formation paramédicale, sociale » ;
- 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle universitaire : « Diplôme de 2<sup>e</sup> cycle universitaire (Bac +4, Bac +5, master) ou diplôme de 3<sup>e</sup> cycle universitaire (doctorat), y compris médecine, pharmacie, dentaire, diplôme d'ingénieur, d'une grande école ».

**Les lieux de naissance** des parents ont été combinés comme suit :

- Le ou les parents étaient nés en France hexagonale ou dans un département et région d'outre-mer - DROM (si famille monoparentale alors le parent était né en France, sinon les deux parents étaient nés en France) ;
- Un des parents était né à l'étranger ;
- Le ou les parents étaient nés à l'étranger (si famille monoparentale alors le parent était né à l'étranger, sinon les deux parents étaient nés à l'étranger).

**Le soutien social perçu du parent répondant** a été mesuré par l'échelle de soutien social d'Oslo (OSS-3) (38). Cette échelle de 3 questions mesure : le nombre de personnes proches sur lesquelles le répondant peut compter en cas de graves problèmes personnels (0 ; 1 à 2 ; 3 à 5 ; 6 et plus), le niveau d'intérêt manifesté par l'entourage pour les activités du répondant (beaucoup ; assez ; plus ou moins ; peu ; pas du tout) et la facilité à obtenir une aide pratique de la part des voisins en cas de besoin (Très facilement ; Facilement ; Possible ; Difficilement ; Très difficilement). Le score total varie de 3 à 14. Un score inférieur à 9 indique un soutien social faible, un score entre 9 et 11 un soutien social modéré, et un score supérieur ou égal à 12 un soutien social fort.

**Le sentiment de solitude du parent répondant** a été évalué à partir de la *Three items loneliness scale* (39,40). Composée de 3 questions, cette échelle évalue la fréquence (souvent ; parfois ; presque jamais ou jamais) du sentiment de manque de compagnie, d'exclusion et d'isolement. Un score supérieur ou égal à 6 indique un sentiment de solitude.

**L'anxiété généralisée probable du parent répondant** a été mesurée par le *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (41). Composée de 7 items, cette échelle permet d'évaluer la fréquence de symptômes anxieux au cours des deux semaines précédant l'enquête. Chaque item est coté

0 (jamais), 1 (plusieurs jours), 2 (plus de la moitié du temps) ou 3 (presque tous les jours). Le score du GAD-7, qui est la somme des cotations, varie entre 0 et 21 ; un score  $\geq 10$  correspondant à une probable anxiété généralisée modérée à sévère.

**La dépression probable du parent répondant** a été évaluée avec le *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (42). Composée de 9 items, cette échelle permet d'évaluer la fréquence de symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête. Chaque item est coté 0 (jamais), 1 (plusieurs jours), 2 (plus de la moitié du temps) ou 3 (presque tous les jours). Le score total varie entre 0 et 27 ; un score  $\geq 10$  correspondant à une probable dépression modérée à sévère.

**Les limitations d'activité en lien avec la santé du parent répondant** ont été mesurées avec le GALI (43) : « Êtes-vous limité, depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité ; Oui, limité, mais pas fortement ; Non pas limité du tout ».

## 2.4.2 Facteurs facilitants

**La situation familiale** de l'enfant a été catégorisée comme suit : « vit avec ses deux parents », « parents séparés, vit en garde alternée », « parents séparés, ne vit pas en garde alternée », « autre situation : autre parent décédé, n'a toujours eu qu'un parent, famille d'accueil, questionnaire rempli par un autre membre de la famille, par exemple frère, sœur, grand-parent ».

**La perception de la situation financière du ménage** a été évalué par le parent répondant au moyen de la question suivante : « Actuellement, diriez-vous que financièrement : Vous êtes à l'aise ; Ça va ; C'est juste ; Vous y arrivez difficilement ; Vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours à un crédit à la consommation) ». Pour les analyses, les modalités « vous êtes à l'aise » et « ça va » ont été regroupées, tout comme les modalités « vous y arrivez difficilement » et « vous ne pouvez pas y arriver sans avoir de dettes (ou avoir recours à un crédit à la consommation) ».

Il a également été demandé au parent répondant si l'enfant était bénéficiaire d'une **couverture maladie complémentaire**. Les modalités « complémentaire santé solidaire ou aide au paiement de la complémentaire santé » et « aucune couverture maladie complémentaire » ont été regroupées, l'autre modalité de réponse étant « Une mutuelle, une assurance privée ou d'une institution de prévoyance ».

Le statut de la commune où se trouve l'école de l'enfant a été déterminé par la variable « **statut de la commune dans l'unité urbaine** » disponible dans la base des unités urbaines de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)<sup>4</sup>. Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu qui compte au moins 2 000 habitants. Cette variable est composée de 4 modalités : « hors unité urbaine », « Ville-centre », « Banlieue » et « Ville isolée ». La modalité « hors unité urbaine » correspond aux communes non affectées à une unité urbaine. Lorsqu'une unité urbaine est constituée d'une seule commune, on la désigne sous le terme de « ville isolée ». Lorsqu'une unité urbaine est constituée de plusieurs communes, on la désigne sous le terme d'agglomération multicommunale. Les communes qui la composent sont soit « ville-centre », soit « banlieue ». Si une commune représente plus de 50 % de la population de l'agglomération multicommunale, elle est seule ville-centre. Sinon, toutes les communes qui ont une population supérieure à 50 % de celle de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière, sont villes-centres. Les communes urbaines qui ne sont pas villes-centres constituent la banlieue de l'agglomération multicommunale.

---

<sup>4</sup> <https://www.insee.fr/fr/information/4802589>

## 2.4.3 Facteurs de besoins de soins en santé mentale

### 2.4.3.1 Troubles probables de santé mentale de l'enfant au moment de l'enquête

L'état de la santé mentale de l'enfant a été mesuré auprès des parents et des enseignants, au moyen du SDQ (44,45), versions « Enseignant » et « Parent ». Les versions françaises des SDQ enseignants et parents sont disponibles et leurs qualités psychométriques ont été évaluées dans d'autres enquêtes (46,47). Le SDQ est un questionnaire de 25 items évaluant la perception qu'ont les adultes répondants des difficultés émotionnelles<sup>5</sup>, d'opposition<sup>6</sup> et d'inattention/hyperactivité rencontrées par l'enfant au cours des six derniers mois ou de l'année scolaire actuelle. Deux autres dimensions, non utilisées dans les présentes analyses, 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, cotés chacun de 0 à 2 (« pas vrai », « un peu vrai », « très vrai »). Un module complémentaire du SDQ évalue le retentissement des difficultés sur la vie de l'enfant (par exemple, la vie à la maison, les amitiés, les apprentissages, les loisirs).

Les enfants ont rempli le Dominique Interactif (DI) qui est un questionnaire auto-administré informatisé, illustré et sonorisé, basé sur le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (28)), destiné aux enfants âgés de 6 à 11 ans (48). La version européenne française a été validée (49). Le DI comprend 81 questions en oui/non dépistant les symptômes liés à sept principaux troubles de santé mentale chez les enfants (trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité - TDAH, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, trouble dépressif majeur, trouble anxieux de séparation, trouble anxieux généralisé et phobies spécifiques) et 10 questions liées aux forces et compétences de l'enfant. Chaque trouble probable a ensuite été catégorisé comme « probablement absent » ou « probable », selon les réponses données. Dans notre étude, 13 items explorant le trouble des conduites chez les enfants ont été supprimés, suite aux retours des parties prenantes de l'étude, avec l'accord du créateur du DI. Les qualités psychométriques sur les données d'Enabee de cette version amputée de la dimension des troubles des conduites ont été publiées et estimées acceptables (50).

Un algorithme développé par les créateurs du SDQ permet de combiner les réponses des enseignants et des parents au SDQ pour produire les 4 indicateurs suivants : trouble émotionnel probable, trouble oppositionnel probable, TDAH probable, au moins un trouble probable de santé mentale (45,51). Ainsi, dans cet algorithme, un enfant est considéré comme ayant un trouble oppositionnel probable s'il a suffisamment de symptômes de cette dimension et un retentissement de ces symptômes dans sa vie quotidienne et ce du point de vue du parent répondant ou de l'enseignant. Un enfant est considéré comme ayant un TDAH probable s'il a suffisamment de symptômes de cette dimension et un retentissement de ces symptômes dans sa vie quotidienne et ce du point de vue du parent et de l'enseignant. Pour l'analyse des données Enabee, nous avons développé une approche permettant d'intégrer le point de vue de l'enfant dans l'estimation du trouble émotionnel probable à partir de la méthode d'intégration développée pour le SDQ. En effet, nous avons enrichi l'estimation initialement basée sur les réponses au SDQ des enseignants et des parents en y intégrant le point de vue de l'enfant pour l'indicateur « trouble émotionnel probable » uniquement. En effet, les symptômes émotionnels sont moins bien repérés par les parents et les enseignants que les symptômes d'opposition et d'hyperactivité pour lesquels les parents et les enseignants sont considérés comme de bons informants (52–54). Ainsi un enfant était considéré comme ayant un trouble émotionnel probable s'il présentait un nombre élevé de symptômes émotionnels (score au SDQ pour la dimension émotionnelle supérieur ou égal à six) et un retentissement de ces symptômes dans sa vie quotidienne et ce du point de vue du parent ou de l'enseignant, ou s'il présentait au moins 3 des 4 troubles internalisés probables du DI (trouble dépressif majeur, trouble anxieux de séparation, trouble anxieux généralisé et phobies spécifiques).

<sup>5</sup> Ces difficultés correspondent à des symptômes anxieux ou dépressifs.

<sup>6</sup> 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 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.

Si l'enfant présentait un trouble oppositionnel probable ou TDAH probable, pour que l'enfant soit considéré comme ayant un trouble émotionnel probable, il fallait que les symptômes émotionnels soient rapportés par au moins deux des trois informants. Les détails de cet algorithme sont disponibles dans un article scientifique (55). Une variable « **trouble probable de santé mentale** » présentant les 3 modalités suivantes a ensuite été créée :

- absence de trouble probable ;
- au moins un trouble externalisé probable (c'est-à-dire si l'enfant présentait un trouble oppositionnel probable ou un TDAH probable avec ou sans trouble émotionnel probable) ;
- trouble émotionnel probable seul (si l'enfant présentait un trouble émotionnel probable sans TDAH probable ni trouble oppositionnel probable).

#### *2.4.3.2 Troubles développementaux de la coordination et du langage et troubles spécifiques des apprentissages (troubles « DYS »)*

Les troubles développementaux de la coordination et du langage ainsi que les troubles spécifiques des apprentissages ont été appréhendés en demandant au parent répondant si son enfant avait eu un **diagnostic de trouble des apprentissages par un médecin**. Si oui, il lui a été demandé de préciser s'il s'agissait de dyslexie, de dysorthographe, de dysphasie, de dyspraxie, de dyscalculie et/ou d'un autre trouble à préciser. Les autres troubles précisés en texte libre n'étaient pas, pour la plupart, des troubles développementaux de la coordination et du langage ou des troubles spécifiques des apprentissages. Nous avons regroupé certains libellés de ces textes libres de la manière suivante : dyspraxie et trouble développemental de la coordination ainsi que dysphasie et trouble développemental du langage ou trouble du langage oral. Ensuite une variable binaire, intitulée « troubles DYS » a été créée pour les analyses. Elle prenait la valeur « oui » si le parent avait rapporté un diagnostic par un médecin de dyslexie, de dysorthographe, de dysphasie, de dyspraxie, de dyscalculie, de trouble développemental de la coordination (TDC), de trouble développemental du langage (TDL) ou de trouble du langage oral et « non » si le parent n'avait rapporté aucun de ces troubles.

Une variable « **troubles probables de santé mentale et troubles DYS** », combinant la présence de troubles de santé mentale probables et de troubles DYS a été créée avec les modalités suivantes : « absence de trouble probable et de trouble DYS », « trouble(s) probable(s) de santé mentale sans trouble DYS », « trouble(s) DYS sans trouble probable de santé mentale » et « trouble(s) de santé mentale probable(s) et trouble(s) DYS ».

#### *2.4.3.3 Difficultés scolaires*

Il a été demandé au parent répondant si selon lui son enfant avait des difficultés scolaires. L'enseignant, de son côté, renseignait pour chacune des six compétences (langage oral, lecture et compréhension de l'écrit, écriture, étude de la langue, nombres et calcul, espace, géométrie et mesures) si selon son expérience professionnelle, les compétences de l'élève étaient « Très au-dessus de la moyenne », « Au-dessus de la moyenne », « Dans la moyenne », « En dessous de la moyenne » ou « Très en dessous de la moyenne » et ce, par rapport aux enfants de son âge. Nous avons considéré que l'enfant présentait des difficultés scolaires selon l'enseignant si l'enfant présentait des compétences « En dessous de la moyenne » ou « Très en dessous de la moyenne » dans au moins deux compétences sur les six évaluées. Nous avons ensuite combiné les points de vue de l'enseignant et du parent répondant comme suit : aucune difficulté scolaire, des difficultés scolaires du point de vue du parent uniquement, des difficultés scolaires du point de vue de l'enseignant uniquement, des difficultés scolaires du point de vue du parent et de l'enseignant.

#### *2.4.3.4 Perte d'un proche, agressions et événements de vie potentiellement difficiles dans l'année précédant l'enquête*

Il a également été demandé au parent répondant si, depuis la naissance de leur enfant, ce dernier avait vécu un décès d'un membre de sa famille proche (père, mère, frère, sœur, adulte ou enfant

vivant avec lui/elle au quotidien) et s'il avait été victime d'une agression (physique, verbale ou sexuelle) par une personne de plus de 15 ans.

Il a enfin été demandé au parent répondant si depuis un an, son enfant avait vécu un déménagement, la maladie d'un proche ayant entraîné une hospitalisation, un décès dans la famille et un décès d'un ami proche. Si l'enfant avait vécu au moins un de ces quatre événements, alors nous avons considéré qu'il avait vécu un événement de vie potentiellement difficile dans l'année précédant l'enquête.

## 2.5 Analyses statistiques

### 2.5.1 Pondération et correction de la non-réponse totale

La non-réponse totale a été corrigée par repondération en utilisant la méthode des scores. Ce redressement a été complété par un 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) à l'aide de la macro Calmar de l'Insee. Une troncature des poids a été réalisée pour éviter d'avoir des poids de valeurs extrêmes trop influents. Les détails de la méthode de correction de la non-réponse totale sont décrits ailleurs (37).

### 2.5.2 Correction de la non-réponse partielle : imputation

L'imputation de certaines données manquantes a été réalisée avec un algorithme d'imputation par forêt aléatoire, implémenté en R dans le package MissForest (56). Pour chaque variable ayant des valeurs manquantes, l'algorithme crée une forêt aléatoire sur les données observées, composée d'une centaine d'arbres de décision, et prédit les valeurs manquantes. Plusieurs itérations permettent d'améliorer la prédiction.

Il était obligatoire de répondre à toutes les questions dans le questionnaire « Parent ». Cependant, pour certaines questions, le répondant avait la possibilité de cocher « je ne sais pas » ou « je ne souhaite pas répondre ». Suivant la question, il a été décidé de conserver ces modalités de réponse et de les traiter comme des valeurs manquantes ou de les imputer.

Certains répondants ont interrompu leur remplissage du questionnaire avant d'arriver à la fin. Nous avons conservé les questionnaires remplis à plus de 80 %. Ainsi, les données sociodémographiques des parents, qui étaient à la fin du questionnaire, présentaient des valeurs manquantes pour les individus n'ayant pas terminé de remplir le questionnaire. Ces données ont été imputées.

L'annexe 2 récapitule pour chaque variable utilisée dans les analyses le nombre de valeurs manquantes, de réponses « ne sais pas », de « ne souhaite pas répondre », ainsi que le traitement réalisé.

### 2.5.3 Analyses descriptives

Les indicateurs qualitatifs ont été estimés 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 <sup>M</sup>), et un CV supérieur à 33,3 % suggère une estimation peu fiable à ne pas diffuser (signalée en « non disponible »)<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13f0026m/2007001/table/tab5p1-fra.htm>



Les analyses descriptives ont été réalisées sous SAS Enterprise Guide v7.1 en prenant en compte le plan de sondage et la pondération. Le diagramme de Venn a été réalisé sous RStudio version 2025.05.1 à l'aide du package « eulerr ».

## 2.5.4 Analyses multivariées

Afin d'étudier les associations entre les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de besoins en santé mentale et le recours aux soins pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage, nous avons réalisé une régression logistique multinomiale donnant des estimations des rapports de cotes ajustés (ORa) et leurs intervalles de confiance à 95 % de Wald. La variable de recours aux soins à expliquer se divisait en 4 modalités : recours à un professionnel de la rééducation uniquement, recours à un psychologue ou un psychiatre uniquement, recours à un professionnel de la rééducation et à un psychologue ou un psychiatre, et aucun recours à un professionnel de la rééducation ni à un psychologue ou un psychiatre, cette dernière modalité étant choisie comme modalité de référence.

La sélection des variables, inspirée de (16), s'est basée tout d'abord sur l'identification des variables pertinentes pour notre problématique selon la littérature et disponibles dans Enabee. Parmi elles, certaines variables ont été considérées comme incontournables car souvent associées au recours aux soins de santé mentale dans la littérature et ont été maintenues dans le modèle final quelle que soit leur significativité. Les autres variables ont été gardées dans le modèle si elles étaient associées au seuil de 5 % à notre variable à expliquer ou si leur retrait du modèle avait un impact substantiel (>10%) sur la valeur des OR d'autres variables explicatives. Ainsi nous avons fait le choix de garder quelle que soit leur significativité :

- le sexe de l'enfant, le niveau scolaire de l'enfant, le niveau de diplôme du parent répondant, le lieu de naissance des parents et l'anxiété probable du parent répondant (facteurs prédisposants) ;
- la situation familiale, le type de couverture maladie complémentaire, la situation financière perçue et le type de commune (facteurs facilitants) ;
- la présence de troubles de santé mentale probable et la présence de TDC, TDL ou trouble spécifique des apprentissages et la présence de difficultés scolaires (facteurs de besoin en santé mentale).

Les variables suivantes ont été conservées dans le modèle en fonction de leur significativité :

- le sexe du parent répondant, l'âge du parent répondant, la dépression probable du parent répondant, le sentiment de solitude du parent répondant, le soutien social perçu du parent répondant et les limitations fonctionnelles du parent répondant (facteurs prédisposants) ;
- la taille du foyer (facteur facilitant) ;
- le vécu d'un événement potentiellement difficile au cours de l'année précédant l'enquête, le décès d'un membre de la famille proche de l'enfant et le fait que l'enfant ait été agressé physiquement, verbalement ou sexuellement par une personne de plus de 15 ans (facteurs de besoin en santé mentale).

L'absence de colinéarité entre les variables explicatives a été vérifiée (facteur d'inflation de variance inférieur à 2). Ces analyses multivariées ont été réalisées sous STATA 18.0 SE, en prenant en compte le plan de sondage et la pondération.

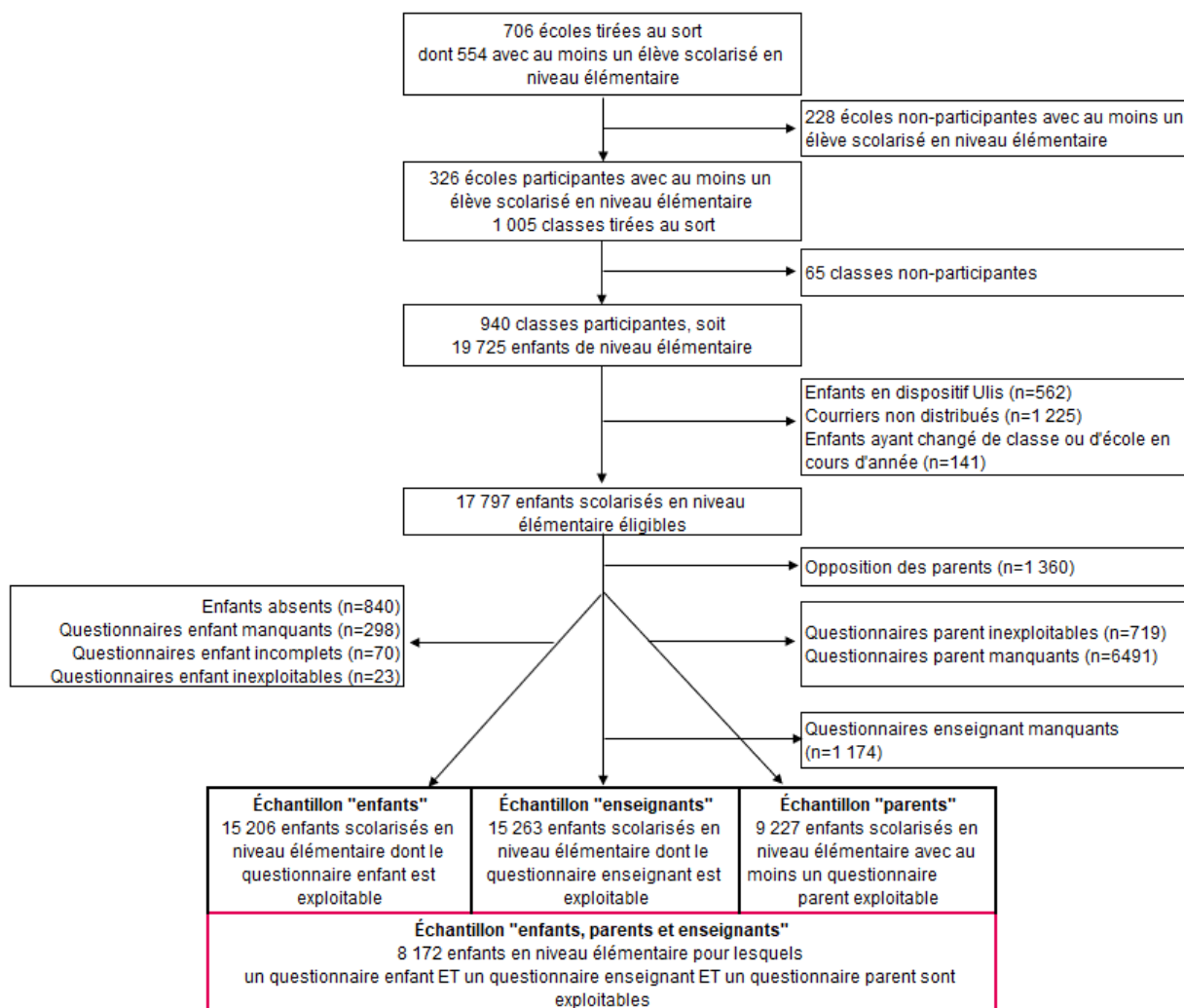
## 2.6 Aspects éthiques

L'étude Enabee a reçu : un accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) (DR-2022-009 du 7 janvier 2022), 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 octobre 2021) 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 s'opposer à la participation à l'étude. Les données ont été analysées par Santé publique France sous leur forme pseudonymisée (sans donnée d'identification).

## 3. RÉSULTATS

### 3.1 Participation

La Figure 1 présente l'ensemble des étapes de sélection de l'échantillon analysé dans ce rapport.



**Figure 1. Diagramme de la participation ; Enabée 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

Sur les 706 écoles tirées au sort, 554 écoles (dont 267 écoles élémentaires et 287 écoles primaires<sup>8</sup>) avaient au moins un élève de niveau élémentaire (CP, CE1, CE2, CM1 ou CM2) et parmi ces dernières, 326 écoles ont participé (58,8 %). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les écoles participantes et non participantes sur les variables disponibles au niveau école (type d'école, secteur de l'école – public non REP, public REP, public REP+, privé sous contrat avec l'Education nationale –, taille de l'école, région de l'école, type de commune de l'école).

Parmi les 326 écoles participantes, 1 005 classes ont été tirées au sort. Sur les 1 005 classes ayant au moins un enfant de niveau élémentaire, 940 classes ont participé (93,5 %). Nous n'avons pas observé de différence significative entre les classes participantes et non participantes selon les variables concernant la classe (taille de la classe, classe multiniveau maternelle et élémentaire).

<sup>8</sup> L'école primaire regroupe l'école maternelle (de la petite à la grande section) et l'école élémentaire (du CP au CM2).



L'Annexe 1 présente les caractéristiques des écoles et des classes participantes et non participantes.

Au total, 17 797 enfants de niveau élémentaire répartis dans 326 écoles et 940 classes étaient éligibles (figure 1). Un questionnaire enseignant a été complété pour 15 263 d'entre eux (85,8 %), un questionnaire enfant pour 15 206 (85,4 %) et un questionnaire parent pour 9 227 (51,8 %). **Enfin, pour 8 172 enfants, soit 45,9 % des enfants éligibles, un questionnaire enfant, un questionnaire parent et un questionnaire enseignant étaient exploitables. C'est sur ce dernier échantillon que les analyses ont été réalisées.** Les analyses multivariées ont été réalisées sur l'échantillon d'enfants ne présentant aucune valeur manquante (n=7 909).

## 3.2 Description des caractéristiques de l'échantillon

### 3.2.1 Comparaison de l'échantillon analysé avec la base de sondage

Les moyennes des distances standardisées pour chacune des variables disponibles dans la base de sondage entre notre échantillon d'analyse et la base de sondage étaient inférieures à 10 %. Cela indique que notre échantillon était représentatif de notre population cible sur ces variables (annexe 1). Notre échantillon était composé à 51,3 % de garçons avec une répartition équilibrée sur le niveau scolaire (environ 20 % pour chacun des 5 niveaux du CP au CM2). Comme dans la base de sondage, les enfants scolarisés dans une école privée sous contrat avec l'éducation nationale représentaient 14,2 % de l'échantillon et ceux scolarisés en écoles publiques REP et REP+ représentaient respectivement 9,4 % et 5,4 % de l'échantillon.

### 3.2.2 Description de l'échantillon en fonction des variables disponibles dans les questionnaires

Le questionnaire parent a été complété par la mère pour 71,6 % des enfants, par le père pour 27,9 %, par le partenaire du père ou de la mère pour 0,1 % des enfants (n=8), par un autre membre de la famille – grand-parent, oncle ou tante, frère ou sœur – pour 0,4 % (n=23) et par une famille d'accueil pour 2 enfants.

Le tableau 1 décrit l'échantillon en fonction des principales variables issues des questionnaires. Près des trois quarts des répondants au questionnaire parent étaient de sexe féminin et 64 % des répondants avaient entre 35 et 45 ans au moment de l'enquête. Plus de 50 % des parents répondant étaient titulaires d'un diplôme universitaire et pour plus de 3 quarts des enfants, l'ensemble de leurs parents étaient nés en France. Un peu plus des trois quarts des enfants vivaient avec leurs deux parents. Respectivement 5,4 % et 6,3 % des parents répondant présentaient une dépression probable ou une anxiété probable. Concernant la santé mentale des enfants, 13,0 % des enfants présentaient au moins un trouble probable de santé mentale, 7,8 % au moins un trouble externalisé probable et 5,2 % un trouble émotionnel probable sans trouble externalisé probable. Enfin on notait que pour 4,8 % des enfants, les parents avaient rapporté un diagnostic de trouble « DYS » par un médecin.

**Tableau 1. Description de l'échantillon d'analyse (proportions pondérées) en fonction des variables issues des questionnaires ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	N	%	[IC à 95 %]
<b>Sexe du parent répondant (5 valeurs manquantes (VM))</b>			
Féminin	5 930	71,9	[70,4-73,5]
Masculin	2 237	28,1	[26,5-29,6]
<b>Âge du parent répondant</b>			
<35 ans	1 255	15,2	[14,1-16,4]
[35 ans - 40 ans[	2 708	32,6	[31,4-33,9]
[40 ans - 45 ans[	2 575	31,4	[30,2-32,7]
≥45 ans	1 634	20,8	[19,6-22,0]
<b>Niveau de diplôme du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Inférieur au baccalauréat	2 097	26,1	[24,3-27,8]
Baccalauréat (général, professionnel ou technologique)	1 641	19,7	[18,5-21,0]
1 <sup>er</sup> cycle universitaire, formation paramédicale, sociale	2 583	30,8	[29,5-32,1]
2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle universitaire, médecine, pharmacie, dentaire, ingénieur, grandes écoles	1 849	23,4	[21,3-25,6]
<b>Lieu de naissance des parents (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Tous les parents nés en France	6 533	77,8	[75,5-79,9]
Un des parents est né à l'étranger	796	10,4	[9,4-11,4]
Tous les parent(s) nés à l'étranger	841	11,9	[10,3-13,6]
<b>Soutien social du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Faible (score total compris dans [3-8])	1 090	13,5	[12,7-14,4]
Modéré (score total compris dans [9-11])	3 662	44,7	[43,5-46,0]
Important (score total compris dans [12-14])	3 418	41,7	[40,5-43,0]
<b>Sentiment de solitude du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Non (score total<6)	7 374	90,2	[89,4-90,9]
Oui (score total≥6)	796	9,8	[9,1-10,6]
<b>Dépression probable du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Non (score total<10)	7 739	94,6	[94,0-95,2]
Oui (score total≥10)	431	5,4	[4,8-6,0]
<b>Anxiété probable du parent répondant (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Non (score total<10)	7 656	93,7	[93-94,3]
Oui (score total≥10)	514	6,3	[5,7-7,0]
<b>Limitations fonctionnelles du parent répondant (GALI) (2 VM car 2 familles d'accueil)</b>			
Oui, fortement limité	219	2,7	[2,3-3,1]
Oui, un peu limité	686	8,5	[7,9-9,2]
Non, pas limité du tout	7 265	88,8	[88,0-89,5]
<b>Situation familiale de l'enfant</b>			
Vit avec ses deux parents	6 338	76,7	[75,3-78]
Parents séparés, vit en garde alternée	827	10,2	[9,4-11,1]
Parents séparés, ne vit pas en garde alternée	723	9,3	[8,5-10,2]
Autre situation*	284	3,8	[3,3-4,4]
<b>Taille du foyer (nombre d'individus dans le ménage)</b>			
≤3	1 702	21,3	[20,0-22,5]
4 à 5	5 769	69,7	[68,3-71,2]
≥6	699	9,0	[8,1-9,9]

<b>Ressenti financier du répondant (2 VM car famille d'accueil)</b>			
À l'aise/ça va	5 486	66,8	[65,4-68,2]
C'est juste	1 764	21,8	[20,7-22,9]
Y arrive difficilement, dettes, recours à un crédit à la consommation	920	11,4	[10,6-12,2]
<b>Mutuelle santé</b>			
Complémentaire Santé Solidaire ou aucune couverture maladie complémentaire	991	13,2	[11,8-14,6]
Complémentaire Santé Solidaire	734	9,9	[8,6-11,2]
Aucune couverture maladie complémentaire	257	3,3	[2,9-3,8]
Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance	7 181	86,8	[85,4-88,2]
<b>Secteur de l'école</b>			
Public Hors REP et privé sous contrat	7 139	85,2	[81,8-88,6]
Public REP ou REP+	1 033	14,8	[11,4-18,2]
<b>Type de trouble probable de santé mentale de l'enfant</b>			
Aucun	7 190	87,0	[86,0-87,9]
Au moins un	982	13,0	[12,1-14]
Au moins un trouble externalisé probable	562	7,8	[7,1-8,6]
Trouble émotionnel probable seul	420	5,2	[4,6-5,7]
<b>Type de trouble "DYS" rapporté par le parent</b>			
Aucun	7702	95,2	[94,6-95,8]
TDC/Dyspraxie, TDL/dysphasie**	75	1,0	[0,8-1,3]
Trouble(s) spécifique(s) des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie)	221	3,0	[2,6-3,4]
Présence d'un TDC** ou d'un TDL** et d'un trouble spécifique des apprentissages	60	0,8	[0,6-1,1]
<b>Troubles probables de santé mentale et troubles "DYS"</b>			
Aucun	6 874	84,1	[83,1-85,2]
Trouble probable de santé mentale sans trouble "DYS"	828	11,1	[10,2-12,0]
Trouble(s) DYS sans trouble probable de santé mentale	238	3,1	[2,7-3,6]
Trouble(s) de santé mentale probable(s) et trouble(s) "DYS"	118	1,7	[1,3-2,0]
<b>Difficultés scolaires chez l'enfant</b>			
Aucune	5 961	71,4	[70,1-72,7]
Oui, rapportées par le parent et l'enseignant	927	12,3	[11,4-13,2]
Oui, rapportées uniquement par l'enseignant	847	10,9	[10,0-11,8]
Oui, rapportées uniquement par le parent	437	5,4	[4,8-6,0]
<b>Depuis la naissance, décès d'un membre de la famille proche</b>			
Non	7 230	88,5	[87,7-89,2]
Oui	942	11,5	[10,8-12,3]
<b>Depuis la naissance, agression par une personne de plus de 15 ans</b>			
Non	7 999	98,7	[98,3-98,9]
Oui	101	1,3	[1,1-1,7]
<b>Événement(s) de vie potentiellement difficile(s) dans l'année précédant l'enquête</b>			
Non	4 303	52,3	[51,2-53,5]
Oui	3 869	47,7	[46,5-48,8]

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

\*\*TDC : trouble développemental de la coordination ; TDL : trouble développemental du langage

N : effectifs bruts ; % pondérés ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %

### 3.3 Recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage

**Environ un enfant sur cinq (21,3 %, IC à 95 % : [20,2-22,4]) de notre échantillon avait consulté au moins une fois un professionnel pour des raisons psychologiques ou d'apprentissage dans l'année précédant l'enquête.** Les proportions de recours aux médecins de 1<sup>re</sup> ligne (généralistes ou pédiatres), aux psychiatres ou aux psychologues et aux professionnels de la rééducation étaient dans le même ordre de grandeur (respectivement de 10,9 %, 12,9 % et 13,5 %). Un psychologue de l'Éducation nationale a, lui, été consulté par 3,8 % [3,4-4,3] des enfants (tableau 2). Le médecin généraliste était plus souvent consulté que le pédiatre : 9,0 % [8,2-9,8] versus 4,2 % [3,7-4,7] des enfants de l'ensemble de l'échantillon. De la même manière, le psychologue était plus souvent consulté que le psychiatre (11,1 % [10,2-11,9] versus 3,8 % [3,3-4,4]). Parmi les professionnels de la rééducation, c'est l'orthophoniste qui était le plus fréquemment consulté (10,3 % [9,6-11,1]) et l'ergothérapeute le moins fréquemment consulté (2,0 % [1,6-2,4]).

**Parmi les enfants qui présentaient au moins un trouble probable de santé mentale, un peu plus de la moitié (52,8 % [49,3-56,2]) avaient consulté au moins une fois un professionnel pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage au cours de l'année précédant l'enquête.** Un peu moins d'un tiers des enfants avait consulté un médecin généraliste ou un pédiatre. À noter que, sur cette tranche d'âge des 6-11 ans, le médecin généraliste était plus fréquemment consulté que le pédiatre : 27,6 % [24,2-31,1] et 11,8 % [9,8-14,1], respectivement. Un peu plus d'un tiers (36,5 % [32,9-40,2]) des enfants avaient consulté un psychologue ou un psychiatre. Le psychologue était deux fois plus fréquemment consulté que le psychiatre : 30,9 % [27,6-34,5] versus 15,4 % [12,8-18,3]. Enfin, un tiers des enfants (35,3 % [31,8-38,8]) avaient consulté au moins un professionnel de la rééducation et parmi eux, l'orthophoniste était le plus fréquemment consulté : 24,6 % [21,9-27,6]. **La proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un professionnel pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage était plus importante parmi ceux présentant un trouble oppositionnel probable ou un TDAH probable (58,1 % [53,6-62,4]) que parmi ceux présentant uniquement un trouble émotionnel probable (44,7 % [39,6-49,9]).**

**Parmi les enfants dont les parents ont rapporté qu'un trouble « DYS » avait été diagnostiqué par un médecin, 85,2 % [81,0-88,7] avaient consulté au moins un professionnel au cours de l'année précédente.** Près des deux tiers avaient consulté un médecin généraliste ou un pédiatre (63,9 %, [58,7-69,0]), 39,3 % [33,7-45,1] un psychologue ou un psychiatre, 24,0 % [19,3-29,1] un psychologue de l'éducation nationale et 83,6 % [79,3-87,3] un professionnel de la rééducation.

**Tableau 2. Proportions pondérées d'enfants ayant consulté pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage au cours de l'année précédant l'enquête, par type de professionnel consulté, dans l'ensemble de l'échantillon, dans l'échantillon d'enfants avec au moins un trouble probable et dans l'échantillon avec un diagnostic de trouble « DYS » rapporté par le parent ; Enabae 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

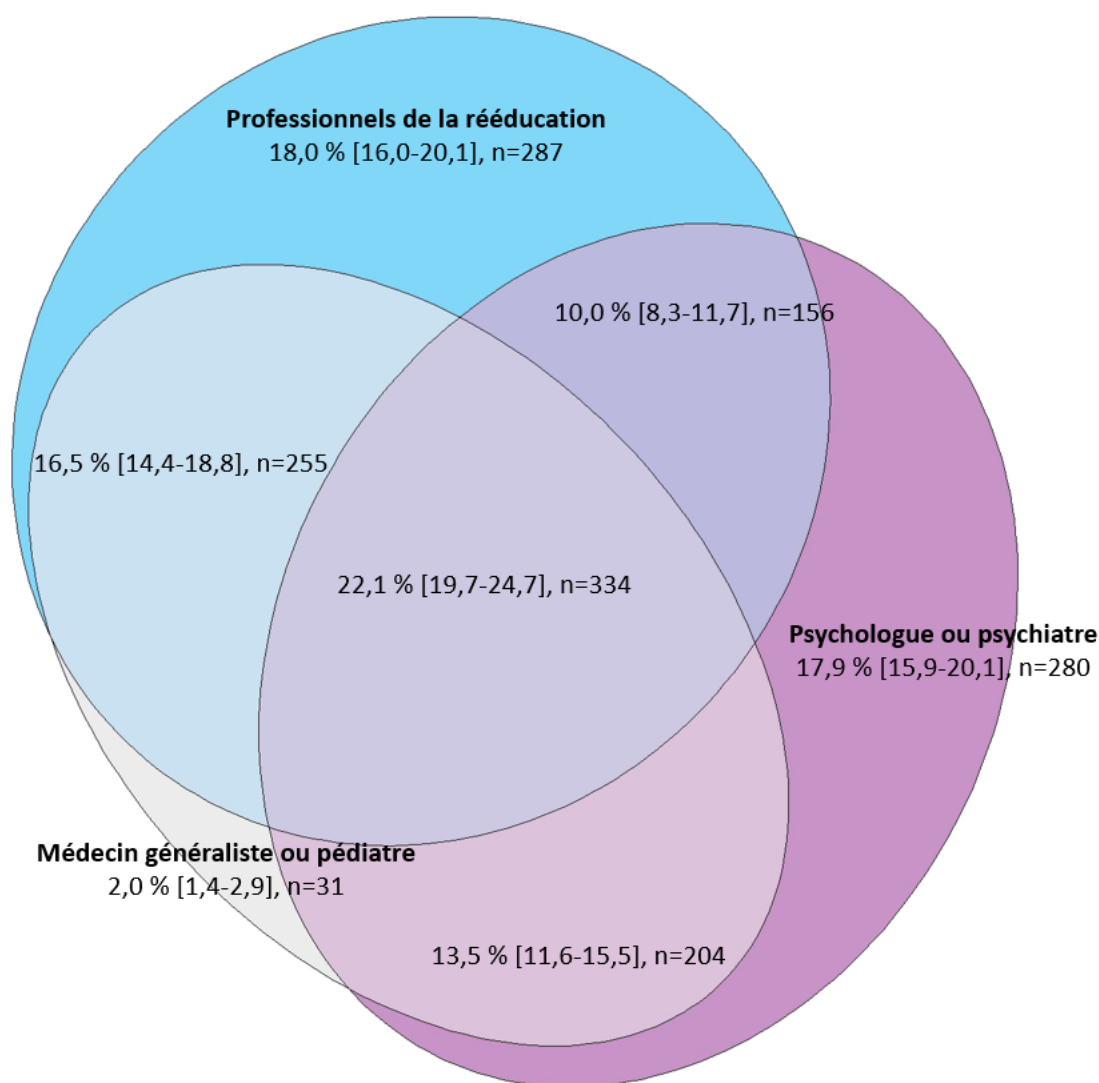
Types de professionnels consultés	Ensemble de l'échantillon (n=8 172*)			Enfants avec trouble(s) probable(s) de santé mentale (n=982**)			Enfants avec diagnostic de trouble « DYS », rapporté par le parent (n=356***)		
	N	%	[IC à 95 %]	N	%	[IC à 95 %]	N	%	[IC à 95 %]
<b>Au moins un professionnel</b>	<b>1 662</b>	<b>21,3</b>	<b>[20,2-22,4]</b>	<b>512</b>	<b>52,8</b>	<b>[49,3-56,2]</b>	302	85,2	[81,0-88,7]
<i>Médecin généraliste ou pédiatre</i>	838	10,9	[10,1-11,8]	310	32,1	[28,7-35,6]	223	63,9	[58,7-69,0]
Médecin généraliste	694	9,0	[8,2-9,8]	269	27,6	[24,2-31,1]	196	55,0	[49,6-60,3]
Pédiatre	311	4,2	[3,7-4,7]	108	11,8	[9,8-14,1]	79	23,2	[18,9-28,1]
<i>Psychologue ou psychiatre</i>	995	12,9	[12,0-13,8]	355	36,5	[32,9-40,2]	139	39,3	[33,7-45,1]
Psychologue	848	11,1	[10,2-11,9]	300	30,9	[27,6-34,5]	115	32,5	[27,6-37,6]
Psychiatre	290	3,8	[3,3-4,4]	143	15,4	[12,8-18,3]	58	17,9	[13,3-23,3]
<i>Psychologue de l'éducation nationale</i>	289	3,8	[3,4-4,3]	137	14,5	[12,4-16,9]	82	24,0	[19,3-29,1]
<i>Professionnel de la rééducation</i>	1 055	13,5	[12,6-14,5]	336	35,3	[31,8-38,8]	296	83,6	[79,3-87,3]
Orthophoniste	812	10,3	[9,6-11,1]	239	24,6	[21,9-27,6]	265	74,7	[69,5-79,4]
Ergothérapeute	147	2,0	[1,6-2,4]	57	6,3	[4,6-8,4]	86	25,2	[20,6-30,3]
Orthoptiste	415	5,2	[4,6-5,8]	133	13,9	[11,5-16,5]	139	38,2	[32,9-43,6]
Psychomotricien	315	4,1	[3,6-4,6]	142	14,7	[12,3-17,4]	102	28,4	[23,6-33,6]
<i>Autre professionnel</i>	236	3,1	[2,6-3,5]	94	10,3	[8,3-12,6]	51	15,6	[11,9-19,9]

\*Le nombre de valeurs manquantes pour les réponses sur le recours aux différents types de professionnels est compris entre 41 (au moins un professionnel) et 96 (autre professionnel) (cf. annexe 2)

\*\*Le nombre de valeurs manquantes pour les réponses sur le recours aux différents types de professionnels est compris entre 7 (au moins un professionnel) et 30 (autre professionnel)

\*\*\*Le nombre de valeurs manquantes pour les réponses sur le recours aux différents types de professionnels est compris entre 3 (au moins un professionnel) et 17 (autre professionnel)

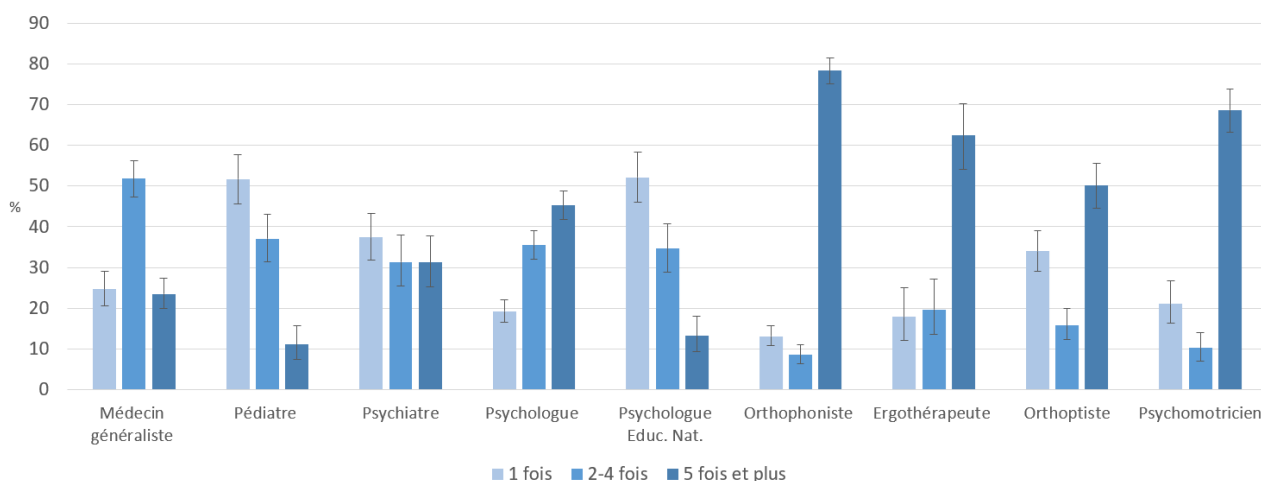
N : effectifs bruts ; % pondérés ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %



**Figure 2. Co-occurrences de recours aux soins entre les grandes catégories de professionnels consultés : proportions pondérées, IC à 95 % et effectifs bruts parmi les enfants ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste, un pédiatre, un psychiatre, un psychologue ou un professionnel de la rééducation au cours de l'année précédant l'enquête (n=1 547)**

Les enfants pouvant consulter, au cours de l'année précédant l'enquête, plusieurs types de professionnels, la figure 2 représente sous forme de diagramme de Venn la fréquence des différentes co-occurrences de recours aux soins entre les grandes catégories de professionnels consultés. Ainsi, parmi les enfants ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste, un pédiatre, un psychiatre, un psychologue (hors psychologue de l'Éducation nationale) ou un professionnel de la rééducation plusieurs profils de recours aux soins se distinguaient :

- 2,0 % avaient uniquement consulté un médecin généraliste ou un pédiatre,
- 34,5 % avaient consulté un professionnel de la rééducation sans avoir consulté un psychologue ou un psychiatre ;
- 32,1 % avaient consulté un professionnel de la rééducation et un psychologue ou un psychiatre ;
- 31,4 % avaient consulté un psychologue ou un psychiatre sans avoir consulté un professionnel de la rééducation ;
- 52,1 % avaient consulté un médecin généraliste ou un pédiatre ainsi qu'un psychiatre, un psychologue ou un professionnel de la rééducation.



**Figure 3. Distribution du nombre de consultations par type de professionnel consulté, parmi les enfants ayant consulté ces professionnels pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage, au cours de l'année précédant l'enquête ; Enabec 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

Parmi les enfants qui avaient consulté le médecin généraliste pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage au cours de l'année précédente, 51,8 % [47,3-56,3] l'avaient consulté entre 2 et 4 fois (figure 3). Quant au pédiatre, il était consulté principalement une seule fois par la majorité des cas (51,7 % [45,7-57,7]), et plus rarement 5 fois ou plus (11,1 % [7,5-15,7]).

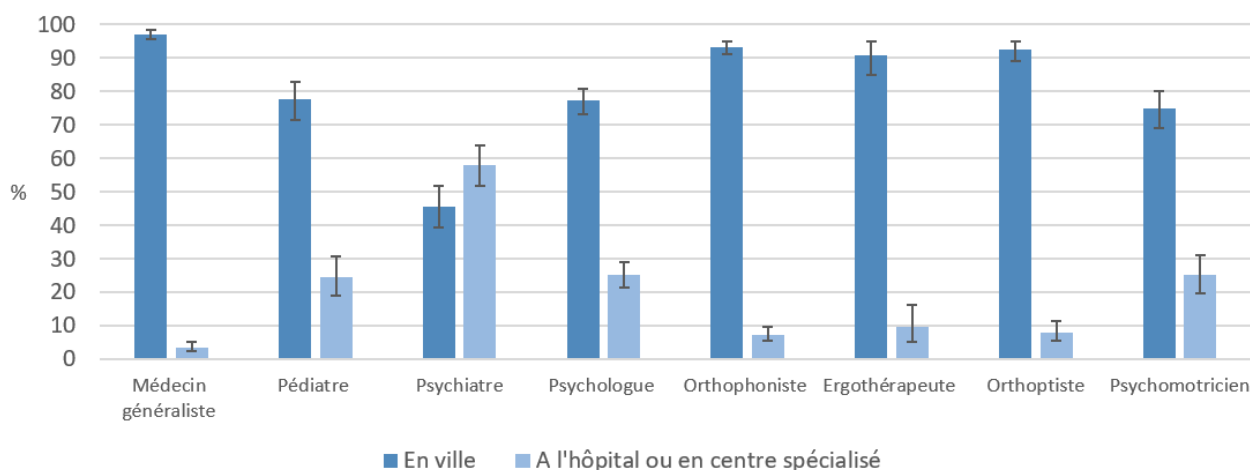
La distribution du nombre de consultations chez le psychiatre était similaire pour chaque groupe de fréquence (environ un tiers pour chaque) alors que 45,3 % [41,7-48,9] des enfants qui avaient consulté le psychologue l'avaient consulté 5 fois ou plus au cours de l'année précédente. À l'inverse, 13,2 % [9,3-18,0] des enfants qui avaient consulté le psychologue de l'Éducation nationale l'avaient fait 5 fois ou plus.

La grande majorité des enfants qui avaient consulté un professionnel de la rééducation l'avait consulté plus de 5 fois au cours de l'année précédente :

- 78,4 % [75,1-81,5] pour l'orthophoniste ;
- 68,7 % [63,2-73,9] pour le psychomotricien ;
- 62,4 % [54,1-70,3] pour l'ergothérapeute ;
- 50,1 % [44,7-55,6] pour l'orthoptiste.

Les fréquences de consultation parmi les enfants qui présentaient des troubles probables de santé mentale (données non présentées) n'étaient pas significativement différentes de celles de l'ensemble de l'échantillon présentées sur la figure 3. Il en était de même pour les enfants dont le parent avait rapporté un trouble « DYS » diagnostiqué par un médecin (données non présentées).





**Figure 4. Lieu de consultation (proportions pondérées) par type de professionnel consulté, parmi les enfants ayant consulté un professionnel pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage, au cours de l'année précédant l'enquête ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

Quasiment toutes les consultations chez le médecin généraliste avaient eu lieu en ville (figure 4). Parmi les enfants qui avaient consulté un pédiatre, près d'un quart (24,6 % [19,1-30,8]) l'avaient consulté à l'hôpital ou dans un centre spécialisé. La proportion d'enfants ayant consulté un psychiatre à l'hôpital ou en centre spécialisé était de 58,1 % [51,9-64,0]. Cette proportion était plus de deux fois moins importante pour le psychologue (25,1 % [21,4-29,1]). Parmi les professionnels de la rééducation, le psychomotricien était celui le plus consulté à l'hôpital ou dans un centre spécialisé (25,1 % [19,8-31]).

Les distributions des lieux de consultation parmi les enfants qui présentaient des troubles probables de santé mentale (données non présentées) n'étaient pas significativement différentes de celles des enfants de l'ensemble de l'échantillon présentées sur la figure 4. Il en était de même pour les enfants dont le parent avait rapporté un trouble « DYS » diagnostiqué par un médecin (données non présentées).

### 3.4 Description des facteurs prédisposants, facilitants et de besoins en santé mentale en fonction du recours aux soins

Les tableaux 3, 4 et 5 présentent respectivement les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de besoin en santé mentale sur :

- l'échantillon d'enfants n'ayant pas eu recours à un psychologue ou un psychiatre ni à un professionnel de la rééducation (incluant donc les enfants n'ayant eu aucun recours ainsi que les enfants qui ont eu recours uniquement au médecin généraliste, au pédiatre, au psychologue de l'Éducation nationale ou à un autre professionnel non listé) (n=6 566) ;
- l'échantillon d'enfants ayant eu recours à un professionnel de la rééducation sans recours à un psychologue ou psychiatre (n=542) ;
- l'échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre sans avoir eu recours à un professionnel de la rééducation (n=484) ;
- l'échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (n=490).



### 3.4.1 Facteurs prédisposants

La proportion de garçons parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (n=490) était plus élevée que la proportion de garçons parmi les enfants n'ayant pas eu recours à ces professionnels (65,2 % [60,4-69,8] versus 49,7 % [48,5-50,9]). On notait également que, quel que soit le type de professionnels consultés, le parent répondant était plus fréquemment une femme que pour les enfants n'ayant pas consulté. Les proportions d'enfants dont tous les parents étaient nés à l'étranger étaient moins élevées parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre uniquement et parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation, que parmi les enfants n'ayant pas eu recours à ces professionnels (3,0 % [1,6-5,1] et 4,2 % [2,4-6,9] versus 13,4 % [11,5-15,3]). Enfin, on notait que les proportions de parents répondant présentant une dépression probable ou une anxiété probable étaient plus élevées parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre uniquement et parmi ceux ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation que parmi ceux n'ayant pas eu recours aux soins.

**Tableau 3. Facteurs prédisposants des enfants et de leurs parents en fonction du profil de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	Échantillon d'enfants n'ayant pas eu recours à un psychologue ou psychiatre, ni à un professionnel de la rééducation (n=6 566)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un professionnel de la rééducation sans recours à un psychologue ou psychiatre (n=542)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre sans recours à un professionnel de la rééducation (n=484)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (n=490)		
	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]
<b>Sexe de l'enfant</b>												
Féminin	3 274	50,3	[49,1-51,5]	238	44,3	[40,0-48,6]	231	46,8	[42,3-51,4]	165	34,8	[30,2-39,6]
Masculin	3 292	49,7	[48,5-50,9]	304	55,7	[51,4-60,0]	253	53,2	[48,6-57,7]	325	65,2	[60,4-69,8]
<b>Niveau scolaire de l'enfant</b>												
CP (6-7 ans)	1 342	20,2	[18,2-22,4]	88	15,9	[12,3-20,1]	89	18,1	[14,1-22,6]	68	13,2	[10,2-16,7]
CE1 (7-8 ans)	1 349	19,8	[18,3-21,5]	114	21,4	[17,5-25,7]	98	19,6	[15,9-23,9]	110	23,5	[19,2-28,3]
CE2 (8-9 ans)	1 312	19,6	[17,6-21,7]	143	25,5	[21,3-30,0]	98	18,4	[14,8-22,4]	100	19,1	[15,3-23,3]
CM1 (9-10 ans)	1 325	19,8	[18,0-21,6]	110	20,0	[16,3-24,2]	107	21,4	[17,1-26,3]	117	23,7	[19,9-28,0]
CM2 (10-11 ans)	1 238	20,6	[18,3-23,0]	87	17,2	[13,2-21,8]	92	22,4	[17,5-28,0]	95	20,5	[16,3-25,1]
<b>Sexe du parent répondant</b>												
Féminin	4 671	70,5	[68,9-72,1]	430	78,2	[74,1-82,1]	390	80,0	[75,8-83,7]	383	77,0	[72,4-81,1]
Masculin	1 890	29,5	[27,9-31,1]	112	21,8	[17,9-25,9]	94	20,0	[16,3-24,2]	107	23,0	[18,9-27,6]
<b>Âge du parent répondant (années)</b>												
<35	989	14,9	[13,8-16,2]	77	14,3	[11,5-17,6]	82	16,7	[13,3-20,5]	85	16,8	[13,3-20,7]
[35-40[	2 159	32,3	[31,0-33,7]	190	34,6	[30,2-39,3]	169	34,0	[29,6-38,7]	165	33,3	[28,7-38,1]
[40-45[	2 092	31,6	[30,3-33,0]	159	29,5	[25,2-34,1]	157	33,4	[28,5-38,5]	143	29,2	[25,0-33,6]
≥45	1 326	21,1	[19,8-22,5]	116	21,5	[17,9-25,5]	76	15,9	[12,6-19,7]	97	20,8	[16,8-25,2]
<b>Niveau de diplôme du parent répondant</b>												
Inférieur au baccalauréat	1 687	26,2	[24,4-28,0]	168	30,9	[26,8-35,2]	78	16,2	[12,8-20,1]	120	24,3	[20,1-29,0]
Baccalauréat (général, professionnel ou technologique)	1 307	19,6	[18,3-21,0]	126	22,4	[18,9-26,2]	92	18,1	[14,6-22,1]	100	20,3	[16,6-24,5]
1 <sup>er</sup> cycle universitaire	2 056	30,4	[29,0-31,9]	160	29,8	[25,4-34,4]	181	36,3	[31,6-41,2]	169	34,0	[29,5-38,6]
2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle universitaire	1 515	23,8	[21,6-26,0]	88	17,0	[13,6-20,8]	133	29,4	[24,5-34,8]	100	21,4	[17,2-26,0]

<b>Lieu de naissance des parents</b>												
Tous les parents nés en France	5 146	75,9	[73,4-78,2]	462	83,9	[79,8-87,5]	435	89,4	[85,9-92,3]	425	85,1	[80,3-89,1]
Un des parents est né à l'étranger	668	10,8	[9,8-11,8]	39	7,9	[5,6-10,8]	35	<sup>M</sup> 7,6	[5,0-10,9]	46	10,7	[7,6-14,6]
Tous les parents nés à l'étranger	751	13,4	[11,5-15,3]	41	<sup>M</sup> 8,2	[5,5-11,6]	14	<sup>M</sup> 3,0	[1,6-5,1]	18	<sup>M</sup> 4,2	[2,4-6,9]
<b>Soutien social perçu du parent répondant</b>												
Faible (score total compris dans [3-8])	822	12,8	[11,8-13,7]	79	13,9	[11,0-17,2]	77	15,6	[12,5-19,2]	96	19,9	[16,4-23,8]
Soutien (score total compris dans [9-11])	2 954	44,8	[43,5-46,1]	222	41,2	[37,0-45,5]	236	49,4	[44,3-54,5]	211	44,1	[39,4-48,9]
Soutien (score total compris dans [12-14])	2 789	42,5	[41,2-43,8]	241	45,0	[40,6-49,4]	171	35,0	[30,2-40,0]	182	36,0	[31,5-40,7]
<b>Sentiment de solitude du parent répondant</b>												
Non (score total<6)	5 978	91,1	[90,3-91,9]	473	87,6	[84,3-90,5]	422	86,6	[82,8-89,9]	418	85,1	[81,7-88,2]
Oui (score total≥6)	587	8,9	[8,1-9,7]	69	12,4	[9,5-15,7]	62	13,4	[10,1-17,2]	71	14,9	[11,8-18,3]
<b>Dépression probable du parent répondant</b>												
Non (score total<10)	5 978	91,1	[90,3-91,9]	473	87,6	[84,3-90,5]	422	86,6	[82,8-89,9]	418	85,1	[81,7-88,2]
Oui (score total≥10)	587	8,9	[8,1-9,7]	69	12,4	[9,5-15,7]	62	13,4	[10,1-17,2]	71	14,9	[11,8-18,3]
<b>Anxiété probable du parent répondant</b>												
Non (score total<10)	6 218	94,8	[94,2-95,4]	504	92,3	[89,8-94,4]	434	90,1	[87,0-92,7]	414	84,1	[80,4-87,3]
Oui (score total≥10)	347	5,2	[4,6-5,8]	38	7,7	[5,6-10,2]	50	9,9	[7,3-13,0]	75	15,9	[12,7-19,6]
<b>Limitations fonctionnelles chez le parent répondant (GALI)</b>												
Oui, fortement limité	160	2,5	[2,1-2,9]	12	<sup>M</sup> 2,2	[1,1-3,9]	18	<sup>M</sup> 3,5	[2,0-5,6]	26	<sup>M</sup> 5,4	[3,5-7,7]
Oui, un peu limité	513	7,9	[7,2-8,7]	55	9,8	[7,5-12,7]	51	10,4	[7,7-13,5]	58	12,5	[9,5-16,1]
Non, pas limité du tout	5 892	89,6	[88,8-90,4]	475	88,0	[84,7-90,8]	415	86,2	[82,7-89,2]	405	82,2	[78,2-85,7]

<sup>M</sup> : mauvaise précision de l'estimation

### 3.4.2 Facteurs facilitants

La proportion d'enfants avec des **parents séparés** était plus élevée parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre que parmi les enfants n'ayant pas eu recours aux soins. On notait également que la proportion d'enfants vivant dans de **petits foyers** (3 personnes ou moins) était plus importante parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre que parmi les enfants n'ayant pas eu recours aux soins (33,2 % [28,8-37,8] versus 20,1 % [18,9-21,4]). La proportion de familles se ressentant **en difficulté financièrement** était plus importante parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation que parmi les enfants n'ayant pas eu recours aux soins (tableau 4).

**Tableau 4. Facteurs facilitants des familles et de leur environnement en fonction du profil de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	Échantillon d'enfants n'ayant pas eu recours à un psychologue ou psychiatre, ni à un professionnel de la rééducation (n=6 566)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un professionnel de la rééducation sans recours à un psychologue ou psychiatre (n=542)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre sans recours à un professionnel de la rééducation (n=484)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (n=490)		
	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]
<b>Situation familiale de l'enfant</b>												
Vit avec ses deux parents	5 190	78,2	[76,8-79,5]	435	79,0	[75,2-82,5]	309	63,1	[58,0-67,9]	352	71,8	[67,0-76,2]
Parents séparés, vit en garde alternée	626	9,6	[8,8-10,6]	41	8,0	[5,6-11,0]	74	14,7	[11,3-18,7]	70	14,3	[10,9-18,4]
Parents séparés, ne vit pas en garde alternée	526	8,4	[7,6-9,3]	48	9,2	[6,7-12,2]	84	18,7	[14,8-23,1]	50	10,3	[7,7-13,5]
Autre situation*	224	3,8	[3,2-4,4]	18	<sup>M</sup> 3,8	[2,1-6,2]	17	<sup>M</sup> 3,5	[2,0-5,6]	18	<sup>M</sup> 3,6	[2,1-5,7]
<b>Taille du foyer (nombre d'individus dans le ménage)</b>												
≤3	1 299	20,1	[18,9-21,4]	106	20,0	[16,1-24,3]	157	33,2	[28,8-37,8]	116	24,2	[19,8-29,0]
4 à 5	4 685	70,5	[68,9-72,0]	385	70,6	[66,0-74,9]	309	62,9	[58,4-67,4]	340	69,4	[64,5-74,0]
≥6	581	9,4	[8,4-10,5]	51	9,4	[7,0-12,4]	18	<sup>M</sup> 3,9	[2,2-6,2]	33	<sup>M</sup> 6,4	[4,3-9,3]
<b>Ressenti financier du parent répondant</b>												
À l'aise/ça va	4 483	67,9	[66,5-69,4]	369	68,5	[63,8-73,0]	314	65,2	[60,2-70,0]	271	54,9	[50,2-59,5]
C'est juste	1 388	21,4	[20,2-22,5]	104	18,8	[15,2-22,7]	110	23,5	[19,8-27,6]	140	28,3	[23,6-33,3]
Y arrive difficilement, dettes, recours à un crédit à la consommation	694	10,7	[9,9-11,6]	69	12,7	[10,0-15,8]	60	11,3	[8,6-14,5]	78	16,8	[13,3-20,8]
<b>Mutuelle santé</b>												
CSS* ou aucune couverture maladie complémentaire	822	13,8	[12,3-15,4]	53	10,3	[7,5-13,7]	44	9,4	[6,7-12,8]	51	10,2	[7,5-13,4]
Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance	5 744	86,2	[84,6-87,7]	489	89,7	[86,3-92,5]	440	90,6	[87,2-93,3]	439	89,8	[86,6-92,5]
<b>Statut de la commune</b>												
Banlieue	2 692	41,8	[35,5-48,3]	198	37,8	[29,9-46,3]	198	42,2	[34,1-50,6]	193	40,8	[32,1-50,0]
Ville-centre	1 624	27,6	[22,1-33,7]	130	27,5	[20,2-35,7]	127	28,5	[21,7-36,2]	125	26,0	[18,7-34,4]
Hors unité urbaine	1 569	20,2	[15,7-25,4]	143	21,6	[15,8-28,4]	113	19,4	[14,0-25,8]	108	19,1	[13,2-26,4]
Ville isolée	681	<sup>M</sup> 10,4	[6,6-15,2]	71	<sup>M</sup> 13,1	[8,0-19,8]	46	<sup>M</sup> 9,9	[5,3-16,6]	64	<sup>M</sup> 14,0	[8,4-21,5]
<b>Secteur de l'école</b>												
Hors REP ou privé	5 688	84,3	[80,3-87,8]	494	89,3	[84,6-93,0]	438	88,5	[83,5-92,4]	454	91,3	[86,3-94,9]
REP ou REP+	878	15,7	[12,2-19,7]	48	<sup>M</sup> 10,7	[7,0-15,4]	46	<sup>M</sup> 11,5	[7,6-16,5]	36	<sup>M</sup> 8,7	[5,1-13,7]

\*Autre situation : autre parent décédé, n'a toujours eu qu'un parent, famille d'accueil, questionnaire rempli par autre membre de la famille ; \*CSS : complémentaire santé solidaire ; <sup>M</sup> : mauvaise précision de l'estimation

### 3.4.3 Facteurs de besoins en santé mentale

La proportion d'enfants présentant au moins un **trouble probable de santé mentale** était plus élevée parmi les enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre uniquement (28,3 % [24,2-32,7]) et parmi ceux ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (45,5 % [40,5-50,5]) que parmi les enfants n'ayant pas consulté (8,2 % [7,4-9,1]). La proportion d'enfants ne présentant pas de difficultés scolaires était plus faible parmi ceux ayant eu recours à un professionnel de la rééducation uniquement (23,8 % [20,2-27,6]) ou ceux ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (32,2 % [27,8-36,8]) que parmi les enfants n'ayant pas eu recours aux soins (78,7 % [77,4-80,0]) (tableau 5).

**Tableau 5. Facteurs de besoin en santé mentale en fonction du profil de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	Échantillon d'enfants n'ayant pas eu recours à un psychologue ou psychiatre, ni à un professionnel de la rééducation (n=6 566)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un professionnel de la rééducation sans recours à un psychologue ou psychiatre (n=542)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre sans recours à un professionnel de la rééducation (n=484)			Échantillon d'enfants ayant eu recours à un psychologue ou psychiatre et à un professionnel de la rééducation (n=490)		
	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]	n	%	[IC à 95 %]
Type de trouble probable de santé mentale de l'enfant												
Absence de trouble probable	6 075	91,8	[90,9-92,6]	421	76,3	[72,0-80,2]	347	71,7	[67,3-75,8]	279	54,5	[49,5-59,5]
Au moins un trouble probable	491	8,2	[7,4-9,1]	121	23,7	[19,8-28,0]	137	28,3	[24,2-32,7]	211	45,5	[40,5-50,5]
Au moins un trouble externalisé probable	252	4,5	[3,9-5,2]	65	13,4	[10,2-17,2]	82	17,9	[14,4-21,9]	147	32,4	[27,9-37,0]
Trouble émotionnel probable seul	239	3,7	[3,2-4,3]	56	10,3	[7,7-13,4]	55	10,3	[7,8-13,4]	64	13,1	[10,1-16,6]
Troubles probables de santé mentale et troubles DYS*												
Absence de trouble probable et de trouble DYS*	5 989	91,3	[90,4-92,2]	285	52,2	[47,2-57,2]	343	71,9	[67,6-76,0]	201	40,1	[35,1-45,3]
Trouble(s) probable(s) de santé mentale sans trouble DYS*	464	7,8	[7,0-8,6]	78	15,9	[12,4-19,9]	132	27,3	[23,3-31,7]	137	30,6	[26,2-35,3]
Trouble(s) DYS sans trouble probable de santé mentale	36	0,6	[0,4-0,8]	123	24,7	[20,9-28,9]	Non disponible			71	15,2	[11,6-19,3]
Trouble(s) de santé mentale probable(s) et trouble(s) DYS*	17	<sup>M</sup> 0,3	[0,2-0,6]	35	7,2	[5,1-9,9]	Non disponible			63	14,1	[11,0-17,6]
Difficultés scolaires de l'enfant												
Aucune	5 254	78,7	[77,4-80,0]	134	23,8	[20,2-27,6]	366	75,5	[71,0-79,6]	166	32,2	[27,8-36,8]
Oui, rapportées par le parent et l'enseignant	407	6,9	[6,2-7,7]	248	45,9	[41,5-50,4]	41	8,7	[6,1-11,8]	209	44,9	[40,3-49,5]
Oui, rapportées uniquement par l'enseignant	686	11,1	[10,1-12,0]	73	13,8	[10,8-17,4]	40	8,4	[5,9-11,5]	34	7,2	[4,6-10,7]
Oui, rapportées uniquement par le parent	219	3,4	[2,9-3,9]	87	16,5	[13,3-20,1]	37	7,4	[5,3-10,2]	81	15,8	[12,3-19,8]
Depuis la naissance, décès d'un membre de la famille proche												
Non	5 848	89,0	[88,1-89,8]	481	88,7	[85,7-91,2]	420	87,4	[84,0-90,3]	405	83,5	[79,6-86,9]
Oui	718	11,0	[10,2-11,9]	61	11,3	[8,8-14,3]	64	12,6	[9,7-16,0]	85	16,5	[13,1-20,4]
Depuis la naissance, agression par une personne de plus de 15 ans												
Non	6 465	99,0	[98,7-99,3]	536	99,5	[98,4-99,9]	446	93,7	[90,6-96,0]	470	98,3	[96,6-99,3]
Oui		Non	disponible	3	0,5	[0,1-1,6]	27	<sup>M</sup> 6,3	[4,0-9,4]		Non	disponible
Événement(s) de vie potentiellement difficile(s) dans l'année précédant l'enquête												
Non	3 454	52,4	[51,1-53,6]	317	57,2	[52,3-62,0]	250	51,3	[46,4-56,3]	242	49,7	[45,2-54,2]
Oui	3 112	47,6	[46,4-48,9]	225	42,8	[38,0-47,7]	234	48,7	[43,7-53,6]	248	50,3	[45,8-54,8]

\*troubles DYS : trouble développemental de la coordination, trouble développemental du langage ou trouble spécifique des apprentissages, diagnostiqué par un médecin et rapporté par le répondant ; <sup>M</sup> : mauvaise précision de l'estimation ; non disponible : estimation peu fiable non diffusable

### 3.5 Facteurs associés au recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage

Le tableau 6 présente les OR ajustés et leur IC à 95 % entre d'une part, les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de besoin en santé mentale et d'autre part, le fait d'avoir eu recours au moins une fois au cours de l'année précédant l'enquête à i) un professionnel de la rééducation uniquement (sans avoir eu recours à un psychologue ou un psychiatre), ii) un psychologue ou psychiatre uniquement (sans avoir eu recours à un professionnel de la rééducation) et, iii) un professionnel de la rééducation et à un psychologue ou psychiatre.

L'âge, le sentiment de solitude, le soutien social perçu et les limitations fonctionnelles (GALI) du parent répondant ainsi que le décès d'un membre de la famille proche de l'enfant et le fait que l'enfant ait vécu un événement potentiellement difficile au cours de l'année précédant l'enquête n'étaient associés à aucun des 3 profils de recours aux soins pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage, ni n'influaient de plus de 10 % sur les OR ajustés des autres variables. Ces six variables n'ont pas été conservées dans le modèle multivarié final de régression multinomiale. En revanche, la présence d'une dépression probable chez le parent répondant, bien que non significative dans notre modèle, influait sur deux des trois ORa relatifs à l'anxiété probable du parent répondant et a donc été conservée dans le modèle final.

**Tableau 6. Analyse multivariée des facteurs associés aux 3 profils de recours aux soins ; Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire, n=7 909**

	Professionnel(s) de la rééducation uniquement		Psychologue ou psychiatre uniquement		Professionnel(s) de la rééducation et psychologue ou psychiatre	
	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
<b>Facteurs prédisposants</b>						
<b>Sexe de l'enfant</b>						
Fille (référence)						
Garçon	1,19	[0,97-1,47]	1,14	[0,95-1,36]	<b>1,75</b>	<b>[1,37-2,22]</b>
<b>Niveau scolaire</b>						
CP (ref.)						
CE1	1,41	[0,99-2,01]	1,31	[0,94-1,83]	<b>2,11</b>	<b>[1,44-3,10]</b>
CE2	1,17	[0,83-1,64]	1,19	[0,86-1,65]	1,23	[0,82-1,83]
CM1	0,83	[0,57-1,22]	1,27	[0,88-1,85]	1,37	[0,93-2,03]
CM2	0,76	[0,50-1,14]	1,32	[0,92-1,90]	1,32	[0,86-2,03]
<b>Sexe du parent répondant</b>						
Masculin (ref.)						
Féminin	1,25	[0,96-1,63]	<b>1,44</b>	<b>[1,13-1,83]</b>	1,24	[0,93-1,66]
<b>Niveau de diplôme du parent répondant</b>						
Inférieur au baccalauréat (ref.)						
Baccalauréat	1,15	[0,85-1,55]	<b>1,36</b>	<b>[1,01-1,84]</b>	1,19	[0,82-1,71]
1 <sup>er</sup> cycle universitaire	1,18	[0,88-1,60]	<b>1,95</b>	<b>[1,46-2,59]</b>	<b>1,80</b>	<b>[1,31-2,49]</b>
2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle universitaire	1,13	[0,81-1,57]	<b>2,26</b>	<b>[1,65-3,10]</b>	<b>1,89</b>	<b>[1,28-2,81]</b>
<b>Lieu de naissance des parents</b>						
Tous les parents nés en France (ref.)						
Un des parents est né à l'étranger	<b>0,49</b>	<b>[0,32-0,75]</b>	0,71	[0,47-1,09]	<b>0,67</b>	<b>[0,47-0,95]</b>
Tous les parents nés à l'étranger	<b>0,50</b>	<b>[0,30-0,82]</b>	<b>0,20</b>	<b>[0,11-0,38]</b>	<b>0,29</b>	<b>[0,14-0,58]</b>



<b>Anxiété probable du parent répondant</b>						
Non (ref.)						
Oui	1,05	[0,64-1,74]	<b>1,71</b>	<b>[1,07-2,73]</b>	<b>1,58</b>	<b>[1,01-2,48]</b>
<b>Dépression probable du parent répondant</b>						
Non (ref.)						
Oui	1,06	[0,58-1,93]	0,87	[0,47-1,59]	1,52	[0,89-2,58]
<b>Facteurs facilitants</b>						
<b>Taille du foyer (nombre d'individus dans le ménage)</b>						
4 à 5 (ref.)						
≤3	1,04	[0,74-1,46]	<b>1,38</b>	<b>[1,04-1,82]</b>	0,95	[0,69-1,31]
≥6	0,77	[0,49-1,20]	0,67	[0,39-1,15]	0,68	[0,40-1,15]
<b>Situation familiale de l'enfant</b>						
Vit avec ses deux parents (ref.)						
Parents séparés, vit en garde alternée	0,75	[0,48-1,18]	<b>1,49</b>	<b>[1,04-2,14]</b>	<b>1,62</b>	<b>[1,08-2,44]</b>
Parents séparés, ne vit pas en garde alternée	0,92	[0,58-1,44]	<b>2,22</b>	<b>[1,59-3,09]</b>	1,07	[0,69-1,67]
Autre situation*	0,91	[0,46-1,78]	1,15	[0,65-2,04]	1,00	[0,54-1,84]
<b>Ressenti financier du parent répondant</b>						
À l'aise/ça va (ref.)						
C'est juste	0,75	[0,55-1,02]	0,97	[0,77-1,24]	1,22	[0,91-1,63]
Y arrive difficilement ou a des dettes	0,78	[0,55-1,12]	0,82	[0,57-1,16]	1,00	[0,71-1,40]
<b>Mutuelle santé</b>						
Mutuelle, assurance privée ou institution de prévoyance (ref.)						
CSS* ou aucune couverture maladie complémentaire	0,71	[0,46-1,09]	0,79	[0,54-1,15]	<b>0,64</b>	<b>[0,41-0,99]</b>
<b>Statut de la commune</b>						
Ville-centre (ref.)						
Banlieue	<b>0,72</b>	<b>[0,54-0,97]</b>	0,97	[0,74-1,26]	0,89	[0,64-1,23]
Ville isolée	0,93	[0,65-1,39]	0,77	[0,49-1,20]	1,10	[0,73-1,66]
Hors unité urbaine	<b>0,70</b>	<b>[0,50-0,99]</b>	0,82	[0,62-1,08]	0,70	[0,48-1,03]
<b>Facteurs de besoins en santé mentale</b>						
<b>Trouble(s) probable de santé mentale et trouble(s) DYS*</b>						
Aucun (ref.)						
Trouble(s) de santé mentale probable sans trouble DYS*	<b>1,93</b>	<b>[1,38-2,68]</b>	<b>4,31</b>	<b>[3,32-5,59]</b>	<b>5,16</b>	<b>[3,75-7,11]</b>
Trouble(s) DYS* sans trouble de santé mentale probable	<b>29,93</b>	<b>[18,27-49,02]</b>	1,06	[0,28-3,91]	<b>26,38</b>	<b>[15,52-44,86]</b>
Trouble(s) de santé mentale probable et trouble(s) DYS*	<b>9,50</b>	<b>[4,43-20,33]</b>	0,72	[0,09-5,62]	<b>26,31</b>	<b>[12,26-56,42]</b>
<b>Difficultés scolaires de l'enfant</b>						
Aucune (ref.)						
Oui, rapportées par le parent et l'enseignant	<b>14,35</b>	<b>[10,53-19,57]</b>	1,11	[0,74-1,65]	<b>8,14</b>	<b>[5,89-11,25]</b>
Oui, rapportées uniquement par l'enseignant	<b>4,49</b>	<b>[3,26-6,17]</b>	0,80	[0,54-1,19]	1,54	[0,99-2,41]
Oui, rapportées uniquement par le parent	<b>11,86</b>	<b>[8,22-17,09]</b>	<b>1,69</b>	<b>[1,11-2,57]</b>	<b>6,92</b>	<b>[4,56-10,52]</b>
<b>Depuis la naissance, agression physique, verbale ou sexuelle par une personne de plus de 15 ans</b>						
Non (ref.)						
Oui	0,51	[0,14-1,89]	<b>4,56</b>	<b>[2,76-7,55]</b>	1,20	[0,57-2,50]

**En gras, les associations significatives au seuil α de 5 %**

\*Précisions – ORa : odds ratio ajusté ; Autre situation : autre parent décédé, n'a toujours eu qu'un parent, famille d'accueil, questionnaire rempli par autre membre de la famille ; CSS : complémentaire santé solidaire ; troubles DYS : trouble développemental de la coordination, trouble développemental du langage ou trouble spécifique des apprentissages, diagnostiqué par un médecin et rapporté par le répondant <sup>2</sup>

### 3.5.1 Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à un ou des professionnels de la rééducation uniquement

Parmi les facteurs prédisposants et comparativement au fait que tous les parents de l'enfant soient nés en France, le fait qu'un des parents (OR : 0,49 [0,32-0,75]) ou tous les parents (OR : 0,50 [0,30-0,82]) de l'enfant soient **nés à l'étranger** étaient associés à un moindre recours aux soins. Tous les autres facteurs prédisposants n'étaient pas associés au recours au professionnel de la rééducation. Hormis le statut de la commune – résider en banlieue (OR : 0,72 [0,54-0,97]) et hors unité urbaine (0,70 [0,50-0,99]) qui diminuait la probabilité de recourir aux soins – aucun facteur facilitant n'était associé au recours à un professionnel de la rééducation.

Concernant les facteurs de besoin en santé mentale, l'existence d'un **diagnostic de trouble « DYS »** (sans trouble de santé mentale probable) était associé à un recours accru aux professionnels de la rééducation (ORa : 29,93 [18,27-49,02]). Il en était de même pour les enfants présentant à la fois **trouble « DYS » et un trouble probable de santé mentale** (ORa : 9,50 [4,43-20,33]) et ceux présentant un **trouble de santé mentale probable sans trouble « DYS »** (ORa : 1,93 [1,38-2,68]). La présence de **difficultés scolaires**, qu'elles soient rapportées par l'enseignant uniquement (ORa : 4,49 [3,26-6,17]), le parent uniquement (ORa : 11,86 [8,22-17,09]) ou les deux (ORa : 14,35 [10,53-19,57]) étaient également associées au recours aux professionnels de la rééducation. En revanche, il n'y avait pas d'association entre le fait que l'enfant ait été agressé par une personne de plus de 15 ans et le recours à un professionnel de la rééducation.

### 3.5.2 Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à un psychologue ou un psychiatre uniquement

Parmi les facteurs prédisposants, le fait que **le parent répondant soit de sexe féminin** était associé à une probabilité plus élevée d'avoir recours au psychologue ou au psychiatre (ORa : 1,44 [1,13-1,83]). On observait également une association positive entre **le niveau de diplôme du répondant** et le recours au psychologue ou au psychiatre (ORa de 1,36 [1,01-1,84] pour des niveaux de diplôme équivalent au baccalauréat, ORa de 1,95 [1,46-2,59] pour un diplôme de premier cycle universitaire, et ORa de 2,26 [1,65-3,10] pour un diplôme de 2<sup>nd</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle universitaire, comparé à un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat). La présence d'**anxiété probable** chez le répondant était associée (ORa : 1,71 [1,07-2,73]) au recours au psychologue ou au psychiatre. En revanche, le fait que tous les parents de l'enfant soient **nés à l'étranger** comparativement au fait que tous les parents de l'enfant soient nés en France était associé à un moindre recours au psychologue ou au psychiatre (OR : 0,20 [0,11-0,38]). Le sexe de l'enfant et le niveau scolaire de l'enfant n'étaient pas associés au recours au psychologue ou au psychiatre.

Parmi les facteurs facilitants, le fait de vivre dans un **foyer de 3 individus ou moins** était associé au recours au psychologue ou au psychiatre (ORa : 1,38 [1,04-1,82]) comparativement au fait de vivre dans un foyer de 4 ou 5 personnes. On notait également une association entre le fait que les **parents soient séparés** et le recours au psychologue ou au psychiatre, et ce, que l'enfant vive en garde alternée (ORa : 1,49 [1,04-2,14]) ou pas (ORa : 2,22 [1,59-3,09]). Le ressenti financier, le type de mutuelle santé ou le type de commune n'étaient pas associés au recours au psychologue ou au psychiatre uniquement.

Pour les facteurs de besoin, la présence d'un **trouble probable de santé mentale sans trouble « DYS »** était associée au recours au psychologue ou au psychiatre (ORa : 4,31 [3,32-5,59]). En revanche, le fait de présenter un trouble « DYS » n'était pas associé avec le recours au psychologue ou au psychiatre. Seules les difficultés scolaires rapportées par le parent répondant uniquement étaient associées au recours au psychologue ou au psychiatre (ORa : 1,69 [1,11-2,57]). Enfin, le fait d'avoir été agressé par une personne de plus de 15 ans était associé au recours au psychologue ou au psychiatre (ORa : 4,56 [2,76-7,55]).

### 3.5.3 Facteurs associés au fait d'avoir eu recours à un psychologue ou un psychiatre et à un professionnel de la rééducation

Parmi les facteurs prédisposants, être un **garçon** était associé au fait d'avoir eu recours à la fois au professionnel de la rééducation et au psychologue ou psychiatre (ORa : 1,75 [1,37-2,22]), tout comme le fait d'être en CE1 (versus être en CP) (ORa : 2,11 [1,44-3,10]). Le fait qu'un des parents (ORa : 0,67 [0,47-0,95]) ou que tous les **parents de l'enfant soient nés à l'étranger** (ORa : 0,29 [0,14-0,58]) comparativement au fait que tous les parents de l'enfant soient nés en France étaient associés à un moindre recours aux soins. Enfin, la présence d'**anxiété probable** chez le répondant était associée (ORa : 1,58 [1,01-2,48]) au recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre. En revanche, le sexe du parent répondant n'était pas associé au recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre.

Parmi les facteurs facilitants, on notait une association entre le fait que les **parents soient séparés** et que l'enfant vive en garde alternée et le recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre (ORa : 1,62 [1,08-2,44]). Il y avait également une association négative entre le fait de ne pas avoir de couverture maladie complémentaire ou être bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (versus être bénéficiaire d'une mutuelle ou d'une assurance privée) et le recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre (ORa : 0,64 [0,41-0,99]). En revanche, la taille du foyer, le ressenti financier du répondant et le type de commune n'étaient pas associés avec le recours à un professionnel de la rééducation et le recours au psychologue ou au psychiatre.

Parmi les facteurs de besoin, les présences d'un **trouble probable de santé mentale sans trouble « DYS »** (ORa : 5,16 [3,75-7,11]), d'un **trouble « DYS »** et d'un **trouble probable de santé mentale** (ORa : 26,31 [12,26-56,42]) et d'un **trouble « DYS » sans un trouble de santé mentale probable** (ORa : 26,38 [15,52-44,86]) étaient associées au recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre. **Les difficultés scolaires**, rapportées par le parent et l'enseignant (ORa : 8,14 [5,89-11,25]) ou par le parent uniquement (ORa : 6,92 [4,56-10,52]) étaient associées au recours à un professionnel de la rééducation et au recours au psychologue ou au psychiatre. En revanche, il n'y avait pas d'association entre le fait d'avoir été agressé par une personne de plus de 15 ans et le recours à un professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre.

## 4. DISCUSSION

### 4.1 Fréquences de recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage

En France hexagonale, au cours de l'année scolaire 2021-2022, environ un enfant sur cinq (21,3 % [20,2-22,4]) avait consulté au moins une fois un professionnel pour des difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, illustrant l'importance de l'accès à des accompagnements pour ces types de difficultés parmi les enfants de 6 à 11 ans. Ce recours aux soins concernait 1 enfant sur 2 (52,8 % [49,3-56,2]) parmi ceux qui avaient été identifiés dans notre enquête comme présentant un trouble probable de santé mentale. Parmi ces mêmes enfants présentant un trouble probable de santé mentale, un peu plus d'un enfant sur trois (36,5 % [32,9-40,2]) avait consulté un psychologue ou un psychiatre. Bien que la comparaison de ces résultats avec ceux d'autres études internationales soit difficile en raison des différences dans la formulation des questions relatives au recours aux soins et dans la définition des catégories de professionnels de santé considérés, nos résultats se révèlent être dans le même ordre de grandeur que ceux habituellement rapportés dans les pays à hauts revenus. Dans leur méta-analyse portant sur 14 études menées entre 1999 et 2017, Barrican et al (2022) ont rapporté que 44,2 % [37,6-50,9] des enfants présentant un trouble de santé mentale avaient eu un recours aux soins. Dans Enabee, plus de 8 enfants sur 10 (85,2 % [81,0-88,7]) parmi ceux dont les parents rapportaient un diagnostic de trouble « DYS » par un médecin avaient consulté un professionnel au cours de l'année précédant l'enquête, indiquant qu'une fois diagnostiqués les enfants souffrant de ce type de trouble étaient en contact avec le système de santé. Ce taux n'inclut pas les enfants qui présenteraient un trouble « DYS » non diagnostiqué, nécessitant une prise en soins.

Les distributions des fréquences de consultation pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage étaient cohérentes avec le rôle et la prise en soins attendue de chaque catégorie de professionnel de santé. Ainsi, le pédiatre et le psychologue de l'Éducation nationale étaient majoritairement vus une seule fois tandis que le médecin généraliste était pour plus de 50 % des enfants vu entre 2 et 4 fois. Le psychiatre était consulté une fois pour un tiers des enfants, entre deux et quatre fois pour un autre tiers et pour plus de 5 fois pour le dernier tiers. Des proportions élevées d'enfants qui avaient consulté plus de 5 fois un même type de professionnel parmi les professionnels de la rééducation et le psychologue étaient observées. Les lieux de consultations étaient cohérents avec l'attendu, à savoir que pour l'ensemble des professionnels à l'exception du psychiatre, ils étaient majoritairement consultés en ville.

Il convient de noter que pour la grande majorité des enfants qui avaient consulté un médecin généraliste ou un pédiatre pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage, un ou plusieurs autres professionnels avaient également été consultés. Par contre, seulement un peu plus de la moitié des enfants qui avaient consulté un professionnel de la rééducation, un psychologue ou un psychiatre avaient également consulté un médecin généraliste ou un pédiatre dans l'année précédente. Ce dernier point peut s'expliquer en partie par le fait que pour certains enfants les difficultés persisteraient depuis plus d'un an. Il est possible que les enfants aient consulté leur médecin généraliste ou pédiatre il y a plusieurs années, qui les ont ensuite dirigés vers des spécialistes en santé mentale ou en rééducation, sans qu'un suivi régulier et conjoint ne soit mis en place. Ces constats suggèrent que les médecins généralistes et les pédiatres tiennent un rôle central dans l'orientation, voire la co-prise en soins, car très peu d'enfants semblent être pris en charge uniquement par le médecin généraliste ou le pédiatre pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage.

Des proportions importantes d'enfants qui ont consulté au cours de l'année précédant l'enquête ne présentaient pas de trouble probable de santé mentale au moment de l'enquête ni de trouble « DYS » rapporté par le parent. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. L'enquête n'a

pas couvert tous les troubles de santé mentale. Certaines difficultés de santé mentale peuvent avoir été temporaires ou sub-syndromiques, et certains enfants ont pu souffrir de troubles avérés durant l'année précédant l'enquête, mais avoir bénéficié d'un traitement qui a réduit leurs symptômes, voire les a guéris, et ainsi les difficultés de santé mentale ont pu ne plus être présentes au moment de l'enquête bien qu'un recours aux soins ait été effectué.

## 4.2 Facteurs associés au recours aux soins pour difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage

### 4.2.1 Facteurs prédisposants

Parmi les facteurs prédisposants, qu'il y ait ou non un trouble de santé mentale probable ou un trouble « DYS » détecté au moment de l'enquête, le sexe masculin de l'enfant était associé uniquement à une probabilité plus élevée d'avoir consulté à la fois un professionnel de la rééducation et un psychologue ou un psychiatre dans l'année précédente. Cette association n'est pas systématiquement retrouvée dans la littérature scientifique ; elle est observée dans certaines études (11,24), mais pas dans d'autres (16,19).

On notait une association entre le fait que l'enfant soit en CE1 (versus CP) et le recours à la fois au professionnel de la rééducation et au psychologue ou au psychiatre. Ce résultat illustre le repérage facilité de ces difficultés psychologiques ou d'apprentissage en CE1, à un stade où le développement de l'enfant est déjà bien engagé et où les difficultés qu'il a à aborder sont croissantes et donc plus facilement identifiées.

On notait une association entre le recours au psychologue ou au psychiatre et le fait que le parent répondant soit une femme. Considérant que le parent répondant au questionnaire est celui qui s'occupe le plus de l'enfant, ce résultat va dans le même sens que ce qui est observé pour les adultes, à savoir que les femmes ont plus recours aux soins pour raisons de santé mentale que les hommes (57) et seraient donc plus enclines à emmener leur enfant consulter un professionnel pour des difficultés psychologiques. Conformément à la littérature scientifique, on observe un lien entre l'anxiété parentale et le recours à un psychologue ou un psychiatre (11,19). Cela suggère que ces parents peuvent avoir un besoin accru de soins de santé mentale pour eux-mêmes, les rendant plus conscients des enjeux de santé mentale de leurs enfants mais aussi que les parents anxieux seraient plus attentifs à tout signe de difficulté, même mineure de leur enfant (58,59). Ils pourraient être ainsi moins touchés par la stigmatisation, et mieux informés sur la reconnaissance des symptômes et sur l'accès aux soins de santé mentale.

On ne notait pas d'association entre le niveau de diplôme du parent répondant et le recours à un professionnel de la rééducation. En revanche, de façon cohérente avec la littérature scientifique (15), il y avait une association positive entre le niveau de diplôme et le recours au psychologue ou au psychiatre avec ou sans recours au professionnel de la rééducation. Ceci suggère que le recours au psychologue ou au psychiatre, contrairement au recours à un professionnel de la rééducation, serait socialement différencié (i.e. selon le niveau de diplôme). Les enfants dont les parents étaient nés à l'étranger avaient moins recours aux soins que ceux dont les deux parents étaient nés en France. Des résultats similaires ont été retrouvés au Royaume-Uni (16) et plusieurs barrières à l'accès aux soins ont été mises en évidence au Royaume-Uni, au sein de différents groupes ethniques, telles que des différences culturelles dans la compréhension et les attitudes envers les problèmes de santé mentale, la stigmatisation et un manque de confiance dans le système de santé (60).



## 4.2.2 Facteurs facilitants

Nous avons retrouvé une association entre le fait que l'enfant vivait dans une famille où les parents étaient séparés et un recours plus fréquent au psychologue ou au psychiatre. Des résultats similaires ont été retrouvés dans la littérature scientifique (11,26) et suggèrent un fort besoin ressenti d'accompagnement sur les problématiques de santé mentale pour ces familles.

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de lien entre la situation financière perçue et le recours aux soins. De la même manière, bien que l'on notait une association significative négative entre le fait de ne pas avoir de mutuelle ou de bénéficier de la complémentaire santé solidaire et le recours au professionnel de la rééducation et au psychologue ou psychiatre, cette association n'était pas significative avec le recours au psychologue ou au psychiatre uniquement ainsi qu'avec le recours à un professionnel de la rééducation uniquement. Ces observations pourraient suggérer, à l'instar d'autres pays européens dotés de systèmes de services sociaux et de santé bien développés (26), qu'il n'y aurait pas de contraintes financières majeures pour accéder à une aide professionnelle pour les enfants et les familles confrontés à des difficultés psychologiques ou d'apprentissage. Cependant, nos analyses ayant regroupé différents types de professionnels et modes de consultation, des analyses plus détaillées seront nécessaires pour confirmer cette hypothèse d'autant plus que les modalités d'accès et de remboursement diffèrent entre les différents types de professionnels.

Enfin, on notait une association négative entre le recours au professionnel de la rééducation uniquement et le fait que l'école soit située hors unité urbaine ou en banlieue, suggérant une disponibilité ou une accessibilité moindre à ces professionnels dans ces types de communes. Des analyses supplémentaires, intégrant les densités de professionnels, seraient nécessaires pour compléter cette analyse. Cependant, la non-disponibilité des données de densités de professionnels à l'échelle communale pourrait limiter la faisabilité de cette approche.

## 4.2.3 Facteurs de besoins en santé mentale

Conformément à la littérature scientifique (16), la présence de troubles probables de santé mentale était associée aux différents recours aux soins, de même que la présence de troubles « DYS » en ce qui concernait le recours au professionnel de la rééducation. Comme l'a montré également la littérature scientifique (11), les difficultés scolaires, et ce particulièrement lorsqu'elles étaient rapportées par le parent, étaient associées au recours aux soins. On notait également une association entre le fait d'avoir été agressé physiquement, verbalement ou sexuellement par une personne de plus de 15 ans et le recours au psychologue ou au psychiatre uniquement.

Enfin, les analyses descriptives montraient que la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un professionnel pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage était plus importante parmi ceux présentant un trouble oppositionnel probable ou un TDAH probable que parmi ceux présentant uniquement un trouble émotionnel probable. Ce résultat plaide pour un meilleur repérage des troubles émotionnels ou troubles dits « internalisés » qui sont moins visibles des parents et des enseignants que les troubles dits « externalisés ».

## 4.2.4 Forces et limites

Enabée est la première étude nationale en France hexagonale, basée sur un échantillon aléatoire représentatif d'enfants âgés de 6 à 11 ans, permettant de décrire le recours aux soins pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage. Une des forces de l'étude, outre son large échantillon, réside sur le fait que les estimations épidémiologiques des troubles probables de santé mentale reposent sur la complémentarité de la perception de l'enfant, 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 (de la santé, de la famille et de l'éducation), en lien avec l'importance que revêt la santé mentale dans la santé globale des enfants. La mobilisation d'un comité d'appui

thématique 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.

Malgré les forces de l'enquête, ces résultats doivent être interprétés en ayant à l'esprit certaines limites. Tout d'abord, s'agissant d'une étude transversale les associations mesurées ne nous permettent pas d'établir des liens causaux entre les différents facteurs prédisposant, facilitants et de besoin et le recours aux soins. Étant donné le faible nombre d'enfants présentant un trouble DYS diagnostiqué par un médecin, les odds ratios ajustés (ORa) correspondants doivent être interprétés avec prudence, notamment en raison de leur niveau élevé. Cependant, ces résultats suggèrent bien une association entre la présence d'un trouble DYS et le recours aux soins.

Ensuite, bien que dans la fourchette haute des taux de réponse aux enquêtes (61,62), environ un parent sur deux n'a pas répondu au questionnaire parent. Un biais de sélection ne peut donc pas être écarté. Cependant, le recours aux données de l'Éducation nationale sur les écoles et les élèves, ainsi qu'aux données de carroyage de l'Insee<sup>9</sup>, a permis d'obtenir des informations sur le contexte de vie des enfants pour corriger la non-réponse totale et ainsi limiter, au moins en partie, ce biais. Ainsi, les trois échantillons analysés avaient des caractéristiques connues proches de celles de la population de référence. D'autre part, un biais de sélection entraînant une possible sous ou surestimation des prévalences des troubles de santé mentale étudiés ne peut être exclu. Par exemple dans les études de suivi au Royaume-Uni, les parents d'enfants ayant une moins bonne santé mentale répondaient moins que les autres (61). Cependant, l'utilisation des données du questionnaire enseignant pour corriger la non-réponse totale au niveau parent a pu limiter en partie ce biais. En outre, bien que 99 % des enfants de 3 à 11 ans en France soient scolarisés dans des écoles publiques ou privées sous contrat avec l'Éducation nationale, il est possible que les enfants les plus vulnérables et les plus affectés en termes de santé mentale n'aient pas été suffisamment inclus dans l'étude : par exemple les enfants sans logement fixe (63), confiés à l'aide sociale à l'enfance (64,65), encore non francophones ou en dispositifs ULIS. Pour décrire la santé mentale et le recours aux soins pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage au sein de ces différentes sous-populations d'enfants, il serait nécessaire d'adapter les protocoles d'enquête.

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 un trouble « DYS ». Cependant, comme sur nos données, une comorbidité importante entre ces difficultés existe (28,66). Le recours aux soins mesuré dans notre étude ne présage pas non plus qu'il soit adapté car il faudrait pour cela connaître le motif exact de consultation, le diagnostic et la prise en soins réalisée par le professionnel. La raison du recours aux soins peut effectivement avoir été une suspicion de difficultés psychologiques par les parents ou enseignants sans que celles-ci aient été médicalement confirmées par la suite. Un biais de mémoire sur ces questions ne peut également être totalement exclu ainsi qu'un biais lié à la compréhension concernant les troubles « DYS » rapportés par le parent.

Enfin, les troubles de santé mentale probables rapportés dans notre étude sont issus d'une combinaison d'un ensemble de symptômes et d'impacts sur la vie quotidienne issus des réponses des parents (majoritairement des mères), enseignants et enfants qui permettent d'approximer un diagnostic clinique sans toutefois permettre d'affirmer avec certitude que l'enfant présente le trouble en question. Inversement, certains troubles avérés peuvent ne pas avoir été détectés par les répondants, les instruments utilisés étant susceptibles de produire des faux positifs et des faux négatifs. À noter également qu'une telle enquête ne peut pas couvrir l'ensemble des troubles de santé mentale pouvant survenir à cet âge.

---

<sup>9</sup> L'Insee fournit des informations socio-économiques sur près de 30 millions de ménages. Il diffuse ces informations à différentes échelles dont la plus petite est celle d'un carreau de 200 mètres de côté. Ces statistiques locales permettent d'observer finement la situation socio-économique de la population de zones géographiques très ciblées. [Informations générales – Revenus, pauvreté et niveau de vie en 2017 - Données carroyées | Insee](#)

## 4.2.5 Conclusion

Nos résultats soulignent une forte fréquence du recours aux soins des enfants et des familles pour des difficultés de santé mentale, y compris pour des difficultés d'apprentissage, avec plus d'un enfant sur cinq dans l'ensemble de l'échantillon qui avait consulté un professionnel en raison de ces difficultés au cours de l'année précédant l'enquête. Ce recours aux soins concernait un enfant sur deux parmi ceux qui avaient été identifiés dans notre enquête comme présentant un trouble probable de santé mentale. Bien que ce taux soit dans la partie haute des observations internationales, il n'en demeure pas moins qu'un enfant sur deux qui aurait nécessité des soins n'en a pas bénéficié. La majorité des enfants qui ont consulté un médecin généraliste ou un pédiatre pour des difficultés psychologiques ou d'apprentissage avaient également vu d'autres professionnels, soulignant le rôle central d'orientation des médecins généralistes et pédiatres. Renforcer leur formation en dépistage, orientation et accompagnement, lorsque cela est possible, des enfants ayant un problème de santé mentale pourrait être une piste pour diminuer la part importante des enfants non dépistés et donc non orientés vers des dispositions de soin en santé mentale aujourd'hui en France. Les plateformes de coordination et d'orientation<sup>10</sup> et le dispositif « mon soutien psy »<sup>11</sup> (dont le développement s'est accru entre 2022 et aujourd'hui) pourraient être des mesures, parmi d'autres, à renforcer (67,68) pour offrir une prise en soins graduée et adaptée aux besoins des enfants. L'attention portée aux troubles émotionnels des enfants, par les professionnels de santé, doit être renforcée car les troubles émotionnels étant moins bien identifiés par les parents et les enseignants que les troubles externalisés, la proportion d'enfant ayant eu recours aux soins parmi ceux qui présentaient un trouble émotionnel probable était plus faible que parmi ceux qui présentaient un trouble externalisé probable. Nos résultats sur les facteurs associés soulignent l'importance de mieux tenir compte de l'impact des conditions de vie sur la santé mentale et le recours aux soins, de poursuivre les actions de déstigmatisation et d'information sur la santé mentale auprès de la population générale et en particulier auprès des personnes moins diplômées et des personnes nées à l'étranger. Les professionnels de santé devraient également porter une plus grande attention à ces personnes et à leurs enfants en les informant mieux sur les différentes difficultés de santé mentale et avec une attention soutenue pour les accompagner dans leurs besoins et en particulier pour les plus vulnérables.

Ces données d'Enabee 2022 permettent de fournir pour la première fois en France, une photographie du recours aux soins pour difficultés psychologiques ou d'apprentissage des enfants de 6 à 11 ans. La reconduite de l'étude dans les années à venir permettra d'avoir une meilleure compréhension de l'évolution du recours aux soins de santé mentale de cette population vulnérable que sont les enfants.

---

<sup>10</sup> [Repérage et prise en soins des troubles du neuro-développement grâce aux plateformes de coordination et d'orientation \(PCO\) | Santé.fr](#)

<sup>11</sup> [Accompagnement avec un psychologue conventionné : Mon soutien psy | ameli.fr | Médecin](#)



# Références bibliographiques

1. 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.
2. 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.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005/06/09 éd. juin 2005;62(6):593-602.
4. 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.
5. Pilling S, Fonagy P, Allison E, Barnett P, Campbell C, Constantinou M, et al. Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 16 nov 2020;15(11):e0236525.
6. NICE guideline. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. CG58 [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2017. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158>
7. NICE guideline. Depression in children and young people: identification and management. NG134 [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2019. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
8. NICE guideline. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NG87 [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2019. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
9. HAS. Troubles anxieux graves - ALD n° 23 [Internet]. Haute Autorité de santé ; 2015. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_556489/fr/ald-n-23-troubles-anxieux-graves](https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n-23-troubles-anxieux-graves)
10. HAS. Trouble du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents [Internet]. Haute Autorité de santé ; 2024. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/tdah\\_enfant\\_recommandations\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/tdah_enfant_recommandations_mel.pdf)
11. Kovess-Masfety V, Van Engelen J, Stone L, Otten R, Carta MG, Bitfoi A, et al. Unmet Need for Specialty Mental Health Services Among Children Across Europe. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1<sup>er</sup> août 2017;68(8):789-95.
12. Mandalia D, Ford T, Hill S, Sadler K, Vizard T, Goodman R, et al. Mental Health of Children and Young People in England, 2017: professional services, informal support, and education [Internet]. NHS Digital; 2018 nov. Disponible sur: <https://files.digital.nhs.uk/8E/AAB376/MHCYP%202017%20Service%20Use.pdf>
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter ? *J Health Soc Behav*. mars 1995;36(1):1-10.

14. Andersen R, Davidson P. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. *Chang US Health Care Syst Key Issues Health Serv Policy Manag.* 1 janv 2014 ;2007.
15. Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Bensing JM, van der Ende J, Verhulst FC. Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* Aug 2003;12(4):153-61.
16. Trethewey SP, Mathews F, Russell A, Newlove-Delgado T. Socio-demographic and clinical characteristics associated with mental health-related support and service contact in children and young people aged 5–16 in England. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2025 March 8.
17. Wölflé S, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J. Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* sept 2014;23(9):753-64.
18. Zwaanswijk M, Verhaak PFM, van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Fam Pract.* 1 oct 2005;22(5):498-506.
19. Pihlakoski L, Aromaa M, Sourander A, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M. Use of and need for professional help for emotional and behavioral problems among preadolescents: a prospective cohort study of 3- to 12-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Aug 2004;43(8):974-83.
20. Hurley D, Swann C, Allen MS, Ferguson HL, Vella SA. A Systematic Review of Parent and Caregiver Mental Health Literacy. *Community Ment Health J.* janv 2020;56(1):2-21.
21. Johnson SE, Lawrence D, Hafekost J, Saw S, Buckingham WJ, Sawyer M, et al. Service use by Australian children for emotional and behavioural problems: Findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 sept 2016;50(9):887-98.
22. Verhoog S, Eijgermans DGM, Fang Y, Bramer WM, Raat H, Jansen W. Contextual determinants associated with children's and adolescents' mental health care utilization: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 21 sept 2022;1-15.
23. Zwaanswijk M, van der Ende J, Verhaak PFM, Bensing JM, Verhulst FC. Help-seeking for child psychopathology: pathways to informal and professional services in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc 2005;44(12):1292-300.
24. Wichstrøm L, Belsky J, Jozefiak T, Sourander A, Berg-Nielsen TS. Predicting Service Use for Mental Health Problems Among Young Children. *Pediatrics.* 1er juin 2014;133(6):1054-60.
25. Flisher AJ, Kramer RA, Grosser RC, Alegria M, Bird HR, Bourdon KH, et al. Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychol Med.* sept 1997;27(5):1145-54.
26. Sourander A, Helstelä L, Ristkari T, Ikäheimo K, Helenius H, Piha J. Child and adolescent mental health service use in Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1er juin 2001;36(6):294-8.
27. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(6):623-47.

28. American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson SAS
29. Arim RG, Miller AR, Guèvremont A, Lach LM, Brehaut JC, Kohen DE. Children with neurodevelopmental disorders and disabilities: a population-based study of healthcare service utilization using administrative data. *Dev Med Child Neurol.* déc 2017;59(12):1284-90.
30. 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.
31. Ha C, Chin F, Chan Chee C. Troubles du spectre de l'autisme : estimation de la prévalence à partir du recours aux soins dans le Système national des données de santé, France, 2010-2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(6-7) :136-43.
32. Santé publique France. Le point épidémio. 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>
33. Unicef France, Samusocial de Paris, Santé publique France. Grandir sans chez-soi - Quand l'absence de domicile met en péril la santé mentale des enfants. 2022 oct.
34. 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.
35. Monnier-Besnard S, Seconda L, Motreff Y, Regnault N, Aliamet S, Beaucé A, Prothais D. Étude nationale sur le bien-être des enfants (Enabee) « Retours sur la démarche de concertation de la 1<sup>re</sup> édition de l'étude, de décembre 2021 à juin 2023 ». Saint-Maurice : Santé publique France, janvier 2025. 12 p. Disponible à partir de l'URL : [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
36. 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 « Enabee » Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2024;10:e57584.
37. Monnier-Besnard S, Decio V, Delorme R, El Haddad M, Kovess-Masfety V, Motreff Y, et al. Premiers résultats de l'étude nationale Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2024 p. 57 p.
38. Kocalevent RD, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, et al. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol.* 17 juill 2018;6(1):31.
39. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-72.
40. Luchetti M, Terracciano A, Aschwanden D, Lee JH, Stephan Y, Sutin AR. Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry.* juill 2020;35(7):794-801.
41. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 22 mai 2006;166(10):1092-7.

42. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* sept 2001;16(9):606-13.
43. van Oyen H, Van der Heyden J, Perenboom R, Jagger C. Monitoring population disability: evaluation of a new Global Activity Limitation Indicator (GALI). *Soz Präventivmed.* 2006;51(3):153-61.
44. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997/07/01 éd. juill 1997;38(5):581-6.
45. 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.* Fév. 2003;15(1-2):166-72.
46. Capron C, Thérond 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.
47. 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.* sept 2024;33(9):3263-72.
48. Valla JP, Bergeron L, Smolla N. The Dominic-R: a pictorial interview for 6- to 11-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* janv 2000;39(1):85-93.
49. Chan-Chee C, Kovess V, Valla JP, Allès-Jardel M, Gras-Vincendon A, Martin C, et al. Validation d'un questionnaire interactif sur la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2003;161(6):6.
50. Seconda L, Decio V, Kovess V, Bessonneau P, Pognon D, Perrine AL, et al. Self-reported mental health in school-aged children using the Dominic Interactive questionnaire in the French Enabee 2022 study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2025 May 17.
51. 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.
52. Heiervang E, Goodman A, Goodman R. The Nordic advantage in child mental health: separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry.* juin 2008;49(6):678-85.
53. Rothen S, Vandeleur CL, Lustenberger Y, Jeanprêtre N, Ayer E, Gamma F, et al. Parent-child agreement and prevalence estimates of diagnoses in childhood: direct interview versus family history method. *Int J Methods Psychiatr Res.* juin 2009;18(2):96-109.
54. van der Meer M, Dixon A, Rose D. Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* déc 2008;17(8):491-7.
55. Kovess-Masfety V, Motreff Y, Carta MG, Otten R, Mihova Z, Monnier-Besnard S, et al. An attempt to integrate information from young children into parent/teacher-based mental health evaluation of child internalizing disorders in epidemiological surveys. *Int J Soc Psychiatry.* 23 déc 2024;207640241303018.

56. Stekhoven DJ, Bühlmann P. MissForest--non-parametric missing value imputation for mixed-type data. *Bioinforma Oxf Engl*. 1 janv 2012;28(1):112-8.
57. Kovess-Masfety V, Boyd A, Velde S van de, Graaf R de, Vilagut G, Haro JM, et al. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union ? Results from the EU-World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health*. 1 juill 2014;68(7):649-56.
58. Bajeux E, Klemanski DH, Husky M, Leray E, Chan Chee C, Shojaei T, et al. Factors Associated with Parent-Child Discrepancies in Reports of Mental Health Disorders in Young Children. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018/06/06 éd. déc 2018;49(6):1003-10.
59. Heuckendorff S, Johansen MN, Johnsen SP, Overgaard C, Fonager K. Parental mental health conditions and use of healthcare services in children the first year of life- a register-based, nationwide study. *BMC Public Health*. 21 mars 2021;21(1):557.
60. Coelho H, Price A, Kiff F, Trigg L, Robinson S, Coon JT, et al. Experiences of children and young people from ethnic minorities in accessing mental health care and support: rapid scoping review. *Health Soc Care Deliv Res*. 2 août 2022;10(22):1-74.
61. 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.
62. Leeuw E de, Hox J, Luiten A. International Nonresponse Trends across Countries and Years: An analysis of 36 years of Labour Force Survey data. *Surv Methods Insights Field SMIF* [Internet]. 20 déc 2018 [cité 17 mars 2023] ; Disponible sur: <https://surveyinsights.org/?p=10452>
63. 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.
64. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System. *Medicine (Baltimore)*. 18 fév. 2016;95(7):e2622.
65. Bronsard G, Bruneau N. La santé mentale des enfants placés. Connaître, comprendre, soigner [Internet]. Toulouse: érès; 152 p. (La vie devant eux). Disponible sur: <https://shs.cairn.info/la-sante-mentale-des-enfants-places--9782749283890?lang=fr>
66. 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.
67. Direction de la sécurité sociale, Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie. Rapport du Gouvernement au Parlement évaluant le dispositif « mon soutien psy ». [Internet]. 2025 mars. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_mon\\_soutien\\_psy.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mon_soutien_psy.pdf)
68. Gouvernement. Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement (TND) : autisme, DYS, TDAH, TDI. 2023-2027 [Internet]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2025-04/Liste-des-mesures-strategie-nationale-TND-2023-2027.pdf>

# Annexes

## Annexe 1. Données complémentaires sur la participation

**Tableau 7. Caractéristiques des écoles participantes et non participantes ; Échantillon des écoles avec au moins un élève de niveau élémentaire tiré au sort (524 écoles) ; Enabée 2022, France hexagonale**

	Écoles participantes N=326		Écoles non participantes N=228		P
	n	(%)	n	(%)	
Type d'école*					0,38
Élémentaire	152	(46,6)	115	(50,4)	
Primaire	174	(53,4)	113	(49,6)	
Secteur de l'école					0,64
Public	283	(86,8)	194	(85,1)	
Dont public non REP*	210	(64,4)	153	(67,1)	
Dont REP*	37	(11,4)	21	(9,2)	
Dont REP+*	36	(11,0)	20	(8,8)	
Privé	43	(13,2)	34	(14,9)	
Taille de l'école (nombre d'élèves)					0,85
<62	43	(13,2)	28	(12,3)	
[62 ; 108[	37	(11,3)	30	(13,2)	
[108 ; 176[	70	(21,5)	53	(23,2)	
≥176	173	(54,0)	117	(51,3)	
Régions					0,37
Île-de-France	60	(18,4)	40	(17,5)	
Centre-Val de Loire	9	(2,7)	7	(3,1)	
Bourgogne-Franche-Comté	13	(4,0)	17	(7,5)	
Normandie	23	(7,1)	14	(6,1)	
Hauts-de-France	33	(10,1)	24	(10,5)	
Grand Est	36	(11,0)	15	(6,6)	
Pays de la Loire	15	(4,6)	18	(7,9)	
Bretagne	19	(5,8)	13	(5,7)	
Nouvelle-Aquitaine	26	(8,0)	10	(4,4)	
Occitanie	25	(7,7)	22	(9,7)	
Auvergne-Rhône-Alpes	42	(12,9)	26	(11,4)	
Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse	25	(7,7)	22	(9,6)	
Typologie de la commune de l'école					0,40
Banlieue	168	(39,2)	78	(34,2)	
Ville-centre	87	(26,7)	75	(32,9)	
Hors unité urbaine	84	(25,8)	59	(25,9)	
Ville isolée	27	(8,3)	16	(7,0)	
Typologie de la commune zonage DEPP*					0,33
Commune rurale	83	(25,4)	58	(25,5)	
Rurale éloignée très peu dense	9	(2,8)	3	-	
Rurale éloignée peu dense	32	(9,8)	20	(8,8)	
Rurale périphérique très peu dense	2	-	3	-	
Rurale périphérique peu dense	40	(12,3)	32	(14,0)	
Commune urbaine	243	(74,6)	170	(74,5)	
Bourg	20	(6,1)	8	(3,5)	
Petite ville	25	(7,7)	23	(10,1)	
Urbaine périphérique peu dense	11	(3,4)	13	(5,7)	
Urbaine dense	70	(21,5)	37	(16,2)	
Urbaine très dense	117	(35,9)	89	(39,0)	
Total	326	(100,0)	228	(100,0)	

\* Abréviations : L'école primaire regroupe l'école maternelle (de la petite à la grande section) et l'école élémentaire (du CP au CM2).; DEPP = Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance ; REP = Réseau d'éducation prioritaire ; REP+ = Réseau d'éducation prioritaire, avec moyens renforcés



Pour les 228 écoles non participantes, le principal motif de refus de participer était le manque de temps (41,2 %). Cinquante-sept écoles sont restées quant à elles injoignables (25,0 %) (tableau 8).

**Tableau 8. Motifs de refus de participation des écoles ; Échantillon des écoles participantes avec au moins un élève de niveau élémentaire (228 écoles) ; Enabec 2022, France hexagonale**

Motifs de non-participation	n	(%)
Manque de temps	94	(41,2)
École injoignable	57	(25,0)
Refus des enseignants	19	(8,3)
Pas d'intérêt pour l'étude	15	(6,6)
À besoin d'une autorisation hiérarchique	12	(5,3)
Réticence(s) par rapport à l'étude	7	(3,1)
Autre motif	8	(3,5)
Raison non précisée	16	(7,0)

**Tableau 9. Caractéristiques des classes participantes et non participantes ; Échantillon des classes ayant au moins un enfant de niveau élémentaire tirées au sort (n=1 005 classes) ; Enabec 2022, France hexagonale**

	Classes participantes		Classes non participantes		p
	N	(%)	N	(%)	
Taille de la classe (nombre d'élèves)					0,17
<20	285	(30,3)	15	(23,1)	
[20 ; 25[	367	(39,0)	33	(50,8)	
≥25	288	(30,7)	17	(26,1)	
Classe multiniveau maternelle / élémentaire					0,72
Non	907	(96,5)	64	(98,5)	
Oui	33	(3,5)	1	-	
Total	940	(100,0)	65	(100,0)	

**Tableau 10. Description de l'échantillon d'analyse et comparaison avec la base de sondage ; Enabec 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	Échantillon d'analyse			Base de sondage	
	n	(%)*	D* en %	N	(%)
<b>Genre</b>			<b>0,5</b>		
Garçon	4 223	51,3	0,5	2 018 569	51,1
Fille	3 949	48,7	-0,5	1 932 129	48,9
<b>Statut de l'école en 4 modalités</b>			<b>0,2</b>		
<i>Public</i>	7 211	85,8	0,0	3 388 829	85,8
Dont public non REP*	6 178	71,0	0,0	2 802 128	70,9
Dont REP*	644	9,4	-0,3	376 553	9,6
Dont REP+*	389	5,4	0,4	210 148	5,3
<i>Privé</i>	961	14,2	0,0	561 869	14,2
<b>Niveau scolaire</b>			<b>0,2</b>		
CP*	1 616	19,5	-0,2	772 126	19,5
CE1*	1 683	20,1	0,3	789 630	20,0
CE2*	1 675	19,9	-0,2	790 451	20,0
CM1*	1 672	20,1	-0,2	797 053	20,2
CM2*	1 526	20,4	0,3	801 438	20,3

<b>Taille de l'école (nombre d'élèves)</b>			<b>0,6</b>		
<62	549	6,0	1,1	226 825	5,7
[62; 108[	1 024	10,5	0,4	410 319	10,4
[108; 176[	2 070	24,0	0,1	946 305	24,0
≥176	4 529	59,5	-0,9	2 367 249	59,9
<b>Type d'école</b>			<b>5,2</b>		
Élémentaire	4 176	53,5	-5,2	2 217 417	56,1
Primaire	3 996	46,5	5,2	1 733 281	43,9
<b>Région de l'école</b>			<b>4,6</b>		
Île-de-France	1 435	19,7	-1,4	802 177	20,3
Centre - Val de Loire	217	2,9	-5,3	153 676	3,9
Bourgogne - Franche-Comté	190	4,3	1,6	157 433	4,0
Normandie	627	7,3	9,6	199 459	5,0
Hauts-de-France	719	8,6	-4,2	388 843	9,8
Grand Est	991	10,1	7,0	318 381	8,1
Pays de la Loire	503	6,6	2,3	239 632	6,1
Bretagne	494	5,8	3,5	196 281	5,0
Nouvelle-Aquitaine	688	6,4	-7,3	327 721	8,3
Occitanie	569	7,0	-6,2	340 937	8,6
Auvergne - Rhône-Alpes	1 144	13,8	3,4	500 594	12,7
Provence - Alpes - Côte d'Azur et Corse	595	7,4	-3,1	325 564	8,2
<b>FDep* par quintile</b>			<b>4,8</b>		
Q1	2 190	27,7	11,2	900 266	22,8
Q2	1 501	18,2	-2,2	751 970	19,0
Q3	1 247	14,7	-10,3	732 735	18,5
Q4	1 569	19,0	-0,1	750 072	19,0
Q5	1 665	20,5	-0,4	815 655	20,6
<b>Médiane du niveau vie en quartile (en €)</b>			<b>5,0</b>		
Valeur manquante	-	-	-	988	0,0
<19 990	2 244	28,8	-5,0	1 227 479	31,1
[19 990 ; 21 450[	1 528	18,8	-4,8	818 869	20,7
[21 450 ; 23 315[	1 958	22,6	6,3	790 521	20,0
≥23 315	2 442	29,8	3,7	1 112 841	28,2
<b>Typologie de la commune de l'école</b>			<b>3,9</b>		
Banlieue	3 311	41,5	1,4	1 610 234	40,8
Ville-centre	2 033	27,6	-7,0	1 216 696	30,8
Hors unité urbaine	1 959	20,2	3,8	740 724	18,7
Ville isolée	869	10,7	3,4	383 044	9,7
<b>Total</b>	<b>8 172</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>3 950 698</b>	<b>100,0</b>

\*Abréviations : D = Distance standardisée ; FDep = Indice de défavorisation sociale ; CP = Cours préparatoire ; CE1 = cours élémentaire 1<sup>re</sup> année ; CE2 = cours élémentaire 2<sup>e</sup> année ; CM1 = cours moyen 1<sup>re</sup> année ; CM2 = cours moyen 2<sup>e</sup> année ; REP = Réseau d'éducation prioritaire ; REP+ = Réseau d'éducation prioritaire, avec moyens renforcés

\*\* proportions pondérées



## Annexe 2. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes

Il n'y avait aucune valeur manquante pour : le sexe de l'enfant, le niveau scolaire de l'enfant, le statut de la commune où l'école était située, le secteur de l'école, la situation familiale de l'enfant, les troubles probables de santé mentale chez l'enfant et les difficultés scolaires chez l'enfant.

**Tableau 11. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables explicatives utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes, Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	Avant traitement		Traitement	Après traitement	
	n	%		n	%
<b>Sexe du répondant</b>					
Valeurs manquantes	0	0	-	5	0,06
Ne souhaite pas répondre	62	0,76	Si le répondant était la mère ou le père alors le sexe manquant a été mis à féminin ou masculin respectivement, sinon à valeur manquante	0	0
<b>Niveau de diplôme du parent répondant*</b>					
Valeurs manquantes	103	1,26	Imputation	2	0,02
<b>Lieu de naissance des parents*</b>					
Valeurs manquantes	117	1,43	Imputation	2	0,02
Ne sais pas	17	0,21	Imputation	0	0
<b>Soutien social chez le répondant*</b>					
Valeurs manquantes	2	0,02	Aucun	2	0,02
<b>Sentiment de solitude chez le répondant*</b>					
Valeurs manquantes	2	0,02	Aucun	2	0,02
<b>Dépression probable chez le répondant*</b>					
Valeurs manquantes	2	0,02	Aucun	2	0,02
<b>Anxiété probable chez le répondant*</b>					
Valeurs manquantes	2	0,02	Aucun	2	0,02
<b>Ressenti financier du répondant*</b>					
Valeurs manquantes	137	1,68	Imputation	2	0,02
Ne souhaite pas répondre	272	3,33	Imputation	0	0
<b>Mutuelle santé</b>					
Valeurs manquantes	139	1,70	Imputation	0	0
Ne souhaite pas répondre	194	2,37	Imputation	0	0
<b>Trouble « DYS »</b>					
Valeurs manquantes	0	0	-	114	1,40
Ne sais pas	114	1,40	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Décès d'un membre de la famille proche</b>					
Valeurs manquantes	0	0	-	0	0
Ne sais pas	16	0,20	Imputation	0	0
<b>Agression par une personne de plus de 15 ans</b>					
Valeurs manquantes	0	0	-	72	0,88
Ne sais pas	72	0,88	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Événement(s) de vie potentiellement difficile(s) dans l'année précédant l'enquête</b>					
Valeurs manquantes	0	0	-	0	0
Ne sais pas	171	2,09	Imputation	0	0

\*Ces questions n'ont pas été posées dans le cas d'enfants vivant en famille d'accueil (n=2) et ces données n'ont pas été imputées dans ces cas-là

**Tableau 12. Récapitulatif des valeurs manquantes sur les variables de recours aux soins utilisées dans les analyses et traitement des valeurs manquantes, Enabee 2022, France hexagonale, enfants scolarisés en niveau élémentaire**

	Avant traitement		Traitement	Après traitement	
	n	%		n	%
<b>Recours aux soins pour raisons psychologiques ou d'apprentissage</b>					
Valeurs manquantes	0	0	-	41	0,50
Ne sais pas	41	0,50	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours au médecin généraliste**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	56	0,69
Ne sais pas	15	0,18	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours au pédiatre**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	61	0,75
Ne sais pas	20	0,24	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours au psychiatre**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	57	0,70
Ne sais pas	16	0,20	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours au psychologue**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	56	0,69
Ne sais pas	15	0,18	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours au psychologue de l'Education nationale**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	85	1,04
Ne sais pas	44	0,54	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours à l'orthophoniste**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	51	0,62
Ne sais pas	10	0,12	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours à l'ergothérapeute**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	62	0,76
Ne sais pas	21	0,26	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours à l'orthoptiste**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	61	0,75
Ne sais pas	20	0,24	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours au psychomotricien**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	59	0,72
Ne sais pas	18	0,22	Mis à valeur manquante	0	0
<b>Recours à un autre professionnel**</b>					
Valeurs manquantes	41	0,50	Aucun	96	1,17
Ne sais pas	55	0,67	Mis à valeur manquante	0	0

\*\* Nous avons considéré les 41 "ne sais pas" à la question filtre comme des valeurs manquantes pour chaque type de professionnel