RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

LA SANTE MENTALE DES ENFANTS EN FRANCE:

REGARD CLINIQUE ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ENABEE

Pr Richard Delorme – Chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert Debré /Président du Comité d'appui thématique d'Enabee

&

Stéphanie Monnier-Besnard, épidémiologiste

Unité Périnatalité, Petite Enfance et Santé mentale, Direction des maladies non transmissibles et traumatismes à Santé publique France

03 Avril 2025

Plan de la présentation

- **PARTIE 1: Introduction clinique**
- **PARTIE 2: Comment mesurer l'état de santé mentale au niveau populationnel ?**
- **PARTIE 3: Méthode et Résultats de l'étude Enabee**
- **PARTIE 4: Perspectives**

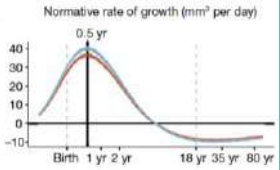
PARTIE 1

Introduction clinique

UNE PERIODE DE VULNERABILITE INTENSE – MAIS AUSSI DE PLASTICITE FORTE – AUX ENJEUX MAJEURS

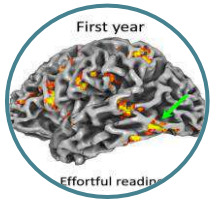
12.3 M des Français ont moins de < 15 an (~19% population) en 2022

De la naissance à l'adolescence



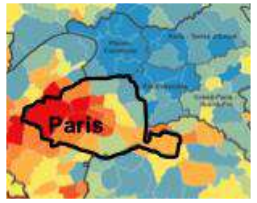
Période longue

Bouleversements & Challenges



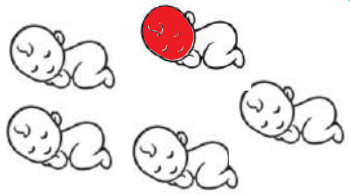
Parcours Scolaires

Inclusion



Trajectoires Sociales

Différences culturelles



1 sur 5 enfant vit sous le seuil de pauvreté

1 sur 5 enfant a un troubles des apprentissages

1 sur 5 enfant a un trouble du neurodeveloppement

Devenir Bien-être?

Devenir Santé Mentale?

== > il y a une sorte de rupture entre périnatalité, parentalité, parcours scolaire, neurodéveloppement et santé (mentale)

Ce que la crise Covid a révélé: Nécessité de redessiner une politique pour l'enfance et sa santé mentale

A Marshall Plan for Children's Mental Health After COVID-19

Kimberly Eaton Hoagwood, Ph.D., and Kelly J. Kelleher, M.D.

The Journal of Child Psychology and Psychiatry

Journal of Child Psychology and Psychiatry **:* (2020), pp **–** doi:10.1111/jcpp.13371

Editorial Perspective: Rethinking child and adolescent mental health care after COVID-19

Prioritize systemic approaches for young people's mental health

The COVID-19 pandemic presents opportunities for transformative actions towards improving children's and young people's mental health, argues Archana Basu.

NATURE HUMAN BEHAVIOUR | VOL 5 | OCTOBER 2021 | 1264–1265 |

COVID-19 PANDEMIC

Covid-19 pandemic: a public and global mental health opportunity for social transformation?

Ayesha Ahmad *lecturer in global health*[1], Christoph Mueller *academic clinical lecturer in old age psychiatry*[2], Konstantinos Tsamakis *consultant psychiatrist, research visitor*[2]

[1]St George's University of London, London SW17 0RE, UK; [2]King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology, and Neuroscience, London, UK

COVID-19: from a PHEIC to a public mental health crisis?

On Jan 30, 2020, the WHO declared the outbreak of COVID-19 a public health emergency of international concern (PHEIC). 6 months later, more than 14 million confirmed cases, more than 600 000 deaths, and unprecedented public health measures are impacting the lives of billions of individuals around the world and all aspects of society. While the focus has been—understandably—on the physical health crisis, the direct and indirect psychological and social effects of the pandemic could be all-pervading. Will the public health emergency of international concern morph into a public mental health crisis?

mental health and there is a high risk that young people will be particularly affected by the economic recession. The economic consequences of COVID-19 could further exacerbate and entrench inequalities.

Moreover, the impact of loneliness and isolation on the mental health and morbidity of the elderly should also be a source of concern. A survey from the Office of National Statistics showed that more than 70% of people aged over 70 years in the UK are concerned about the impact of COVID-19 on their lives and 20% said that their mental health had been affected.

Crucially for health-care workers and the social care

Published Online July 23, 2020 https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30165-1

For Pierce and colleagues' study see Articles Lancet Psychiatry 2020; published online July 21. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4

Expressions
— PAR MONTAIGNE

16/04/2021

Santé mentale : faire face aux besoins des enfants

Richard Delorme

Santé Mentale enfant & *Tentative Suicide de chez les moins de 15 ans*

THE JOURNAL OF PEDIATRICS • www.jpeds.com ORIGINAL ARTICLES

Sex- and Age-specific Increases in Suicide Attempts by Self-Poisoning in the United States among Youth and Young Adults from 2000 to 2018

Henry A. Spiller, MS, DABAT[1,2], John P. Ackerman, PhD[3,4], Natalie E. Spiller, BS[5], and Marcel J. Casavant, MD[1,2]

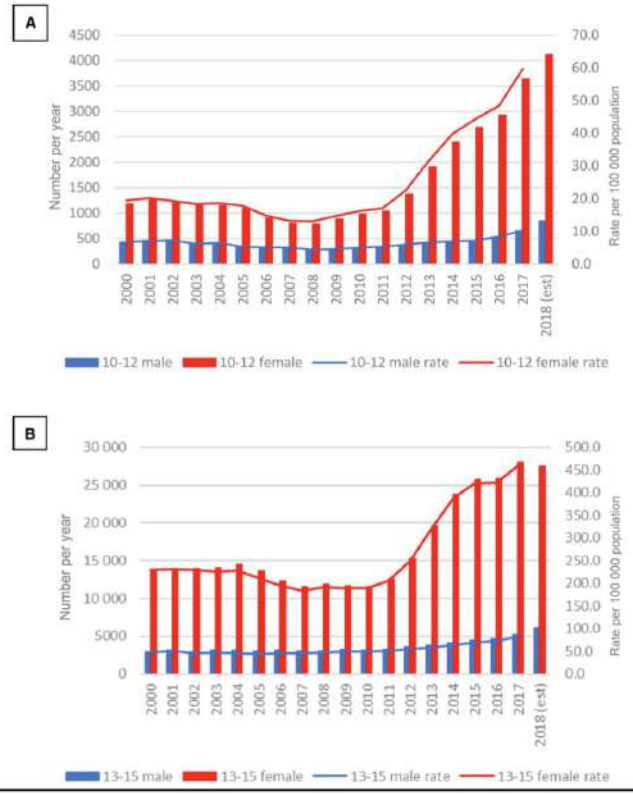
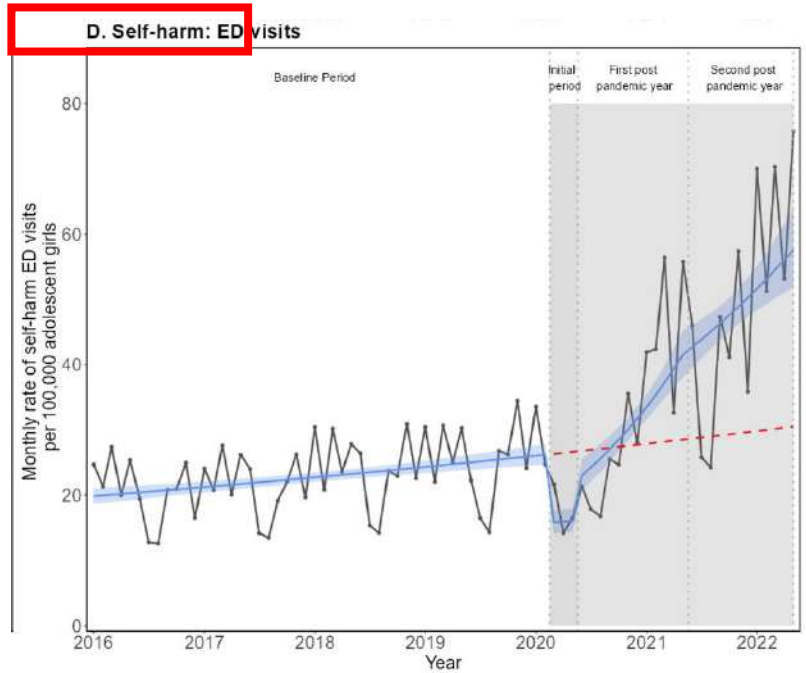


Figure. Intentional suicide self-poisoning exposures, number per year and rate per 100 000 population per year by age groups and sex. **A,** Among those 10-12 years old. **B,** Among those 13-15 years old. **C,** Among those 16-18 years old. **D,** Among those 19-21 years old. **E,** Among those 22-24 years old.

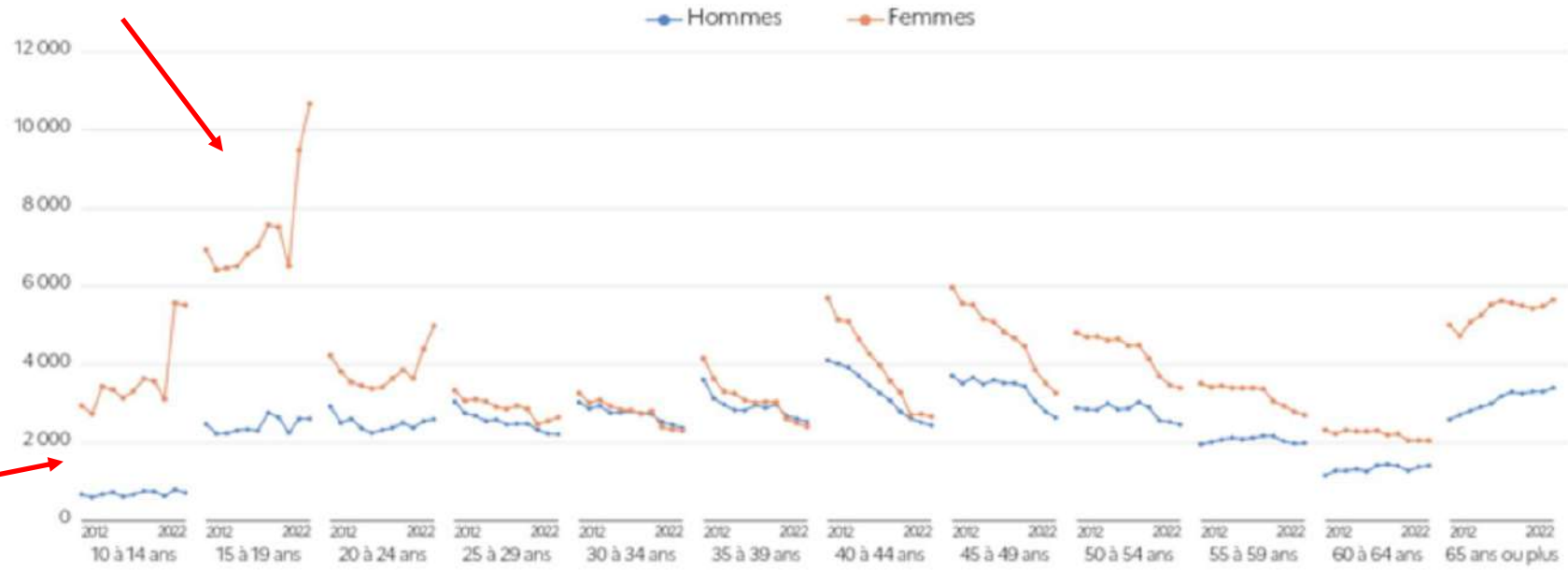
Suicide is a Leading Cause of Death in the United States

- According to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) WISQARS Leading Causes of Death Reports, in 2020:
  - Suicide was the twelfth leading cause of death overall in the United States, claiming the lives of over 45,900 people.
  - Suicide was the second leading cause of death among individuals between the ages of 10-14 and 25-34 , the third leading cause of death among individuals between the ages of 15-24, and the fourth leading cause of death among individuals between the ages of 35 and 44.
  - There were nearly two times as many suicides (45,979) in the United States as there were homicides (24,576).



Santé Mentale enfant & *Tentative Suicide de chez les filles moins de 15 ans : biais de sévérité?*

Nombre de patients annuels hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé entre 2012 et 2022, par âge et par sexe



Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Lecture > En 2022, 5521 patientes âgées de 10 à 14 ans ont été hospitalisées en MCO en lien avec une lésion auto-infligée, elles étaient 2948 en 2012.
Champ > France entière, tous âges, patients hospitalisés au moins une fois avec un diagnostic associé et/ou principal de lésion auto-infligée (Code CIM-10 de X60 à X84).
Source > Système national de données de santé, CNAM.

© DREES

Comportements suicidaires *chez les moins de 15 ans : que sait on?*

Données épidémiologiques

Bien que rares avant 11 ans, les comportements suicidaires existent dès 5-6 ans. Le rapport de B Cyrulnik a été particulièrement important pour changer son regard (*Quand un enfant se donne « la mort ». Attachement et sociétés.)*

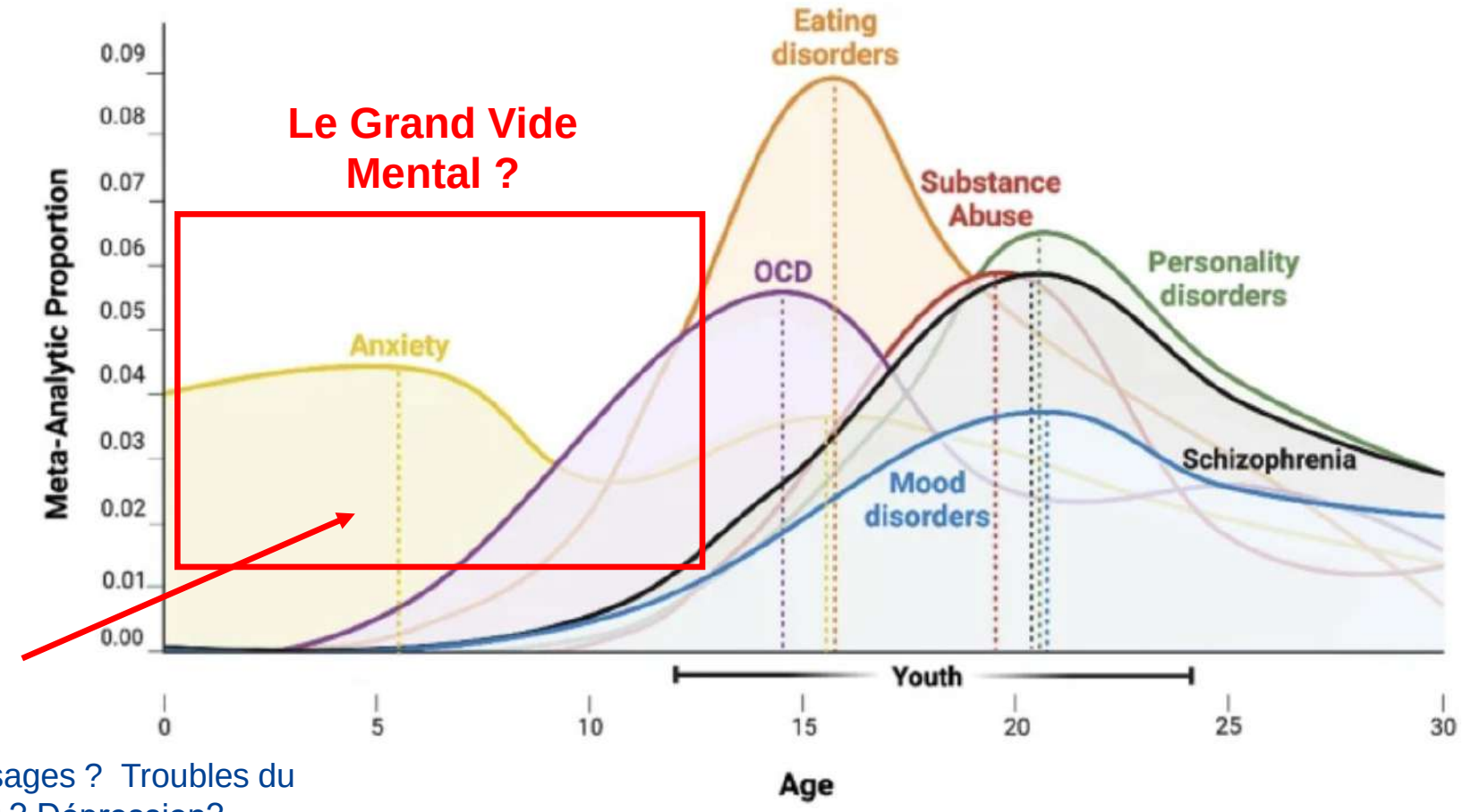
Détection précoce

Les idées suicidaires chez les jeunes enfants sont souvent exprimées différemment que chez les adolescents, avec des manifestations comme "vouloir disparaître" ou "rejoindre une personne décédée" (Whalen et al., 2018).

Facteurs de risque

Les troubles anxieux et dépressifs précoces, les traumas, ainsi que l'impulsivité élevée sont fortement associés au risque suicidaire ultérieur d'après les études longitudinales internationals.

AGE de DEBUT DES TROUBLES CHEZ L'ENFANT

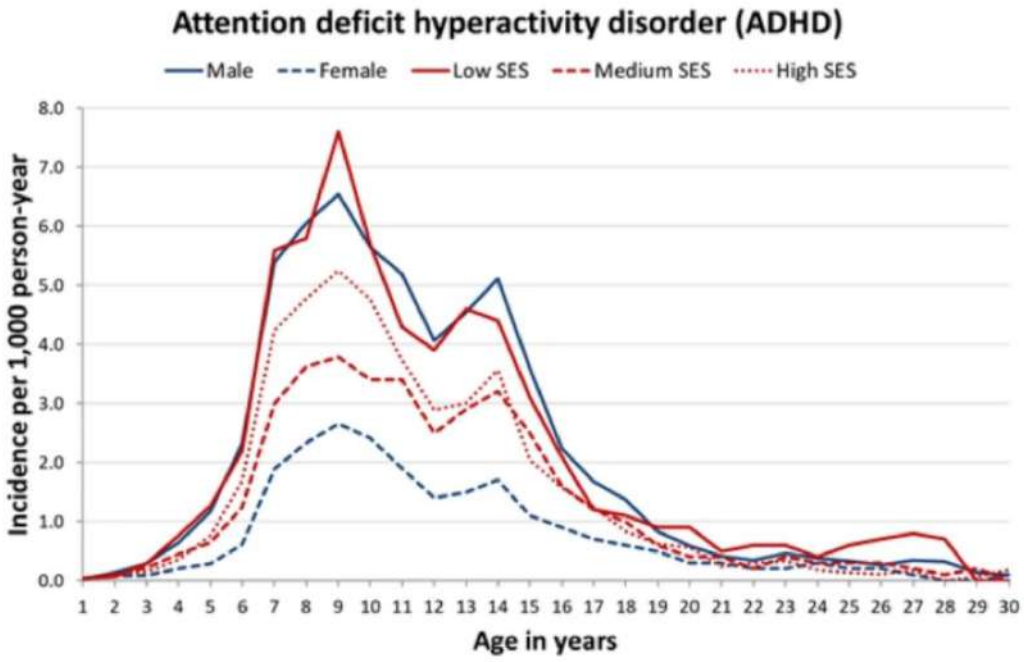


Une réalité?

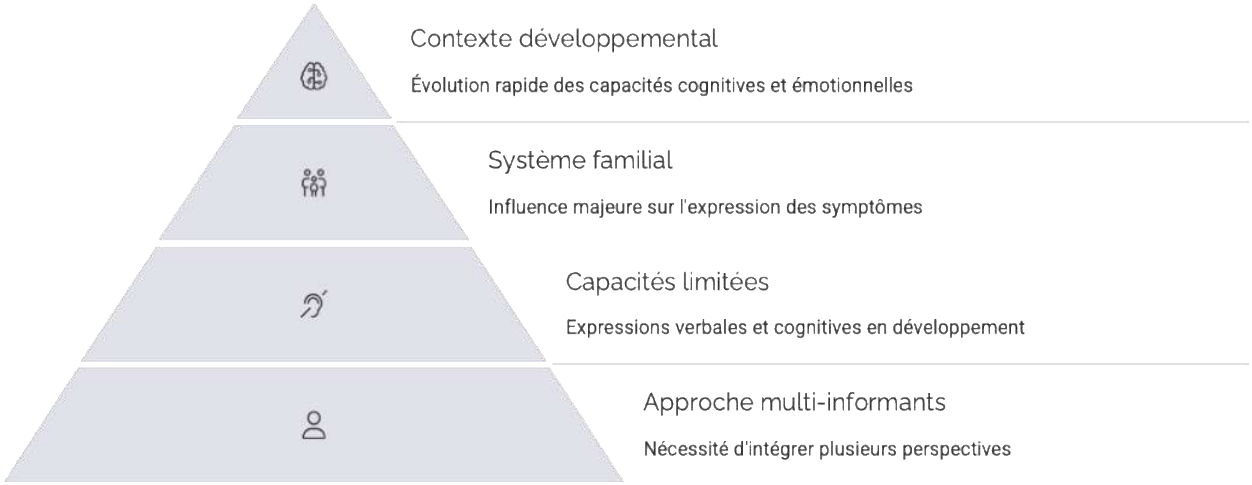
Troubles ND? Apprentissages ? Troubles du comportement de l'enfant ? Dépression? Troubles alimentaires NS de l'enfant ?

Uhlhaas et al, *Mol Psychiatry* **28**, 3171–3181 (2023)

ET POURTANT.. SI ON CONSIDERE LES TROUBLES EXTERNALISES CHEZ L'ENFANT



Défis du diagnostic chez les jeunes enfants



DE MEME POUR LES TROUBLES INTERNALISES CHEZ L'ENFANT

Table 2-1: 12-month prevalence of mental disorders among 4-17 year-olds by sex

Disorder	Males population estimate	Males prevalence (%)	Females population estimate	Females prevalence (%)	Persons population estimate	Persons prevalence (%)
Anxiety disorders	145,000	7.0	133,000	6.8	278,000	6.9
Major depressive disorder	50,900	2.5	61,300	3.1	112,000	2.8
ADHD	215,000	10.4	83,200	4.3	298,000	7.4
Conduct disorder	52,400	2.5	31,200	1.6	83,600	2.1
Any mental disorder (a)	**335,000**	**16.3**	**225,000**	**11.5**	**560,000**	**13.9**

(a) Totals are lower than the sum of disorders as children and adolescents may have had more than one class of mental disorder in the previous 12 months.

Table 2-2: 12-month prevalence of mental disorders among 4-17 year-olds by sex and age group

Disorder	Males 4-11 years (%)	Males 12-17 years (%)	Females 4-11 years (%)	Females 12-17 years (%)	Persons 4-11 years (%)	Persons 12-17 years (%)
Anxiety disorders	7.6	6.3	6.1	7.7	6.9	7.0
Major depressive disorder	1.1	4.3	1.2	5.8	1.1	5.0
ADHD	10.9	9.8	5.4	2.7	8.2	6.3
Conduct disorder	2.5	2.6	1.6	1.6	2.0	2.1
Any mental disorder	**16.5**	**15.9**	**10.6**	**12.8**	**13.6**	**14.4**

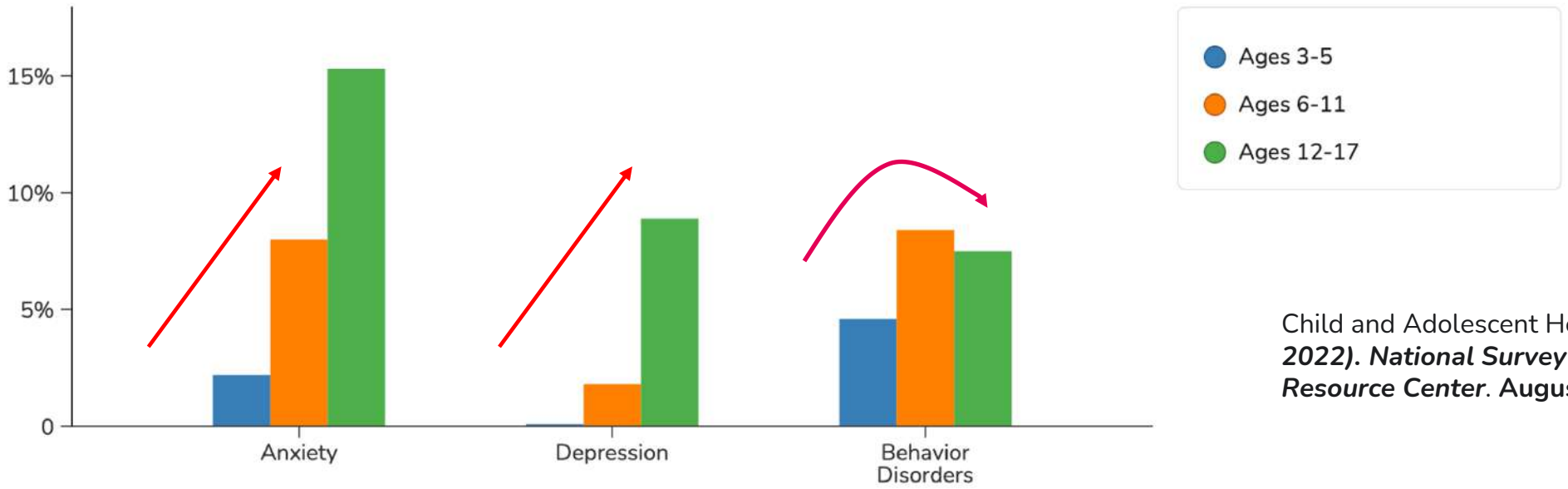
2015

The Mental Health of Children and Adolescents

REPORT ON THE SECOND AUSTRALIAN CHILD AND ADOLESCENT SURVEY OF MENTAL HEALTH AND WELLBEING

Australian Government

ET POURTANT DES ETUDES PLUS COHERENTES SUR LA PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PEDIATRIE



Child and Adolescent Health Measurement Initiative. ***(2021-2022). National Survey of Children's Health. Data Resource Center*. August 2024**

Biais dans l'évaluation des troubles mentaux

Biais perceptifs

Les perceptions et attentes des adultes répondants colorent significativement leur évaluation des comportements enfantins (Youngstrom et al., 2017)

Risque de sous-évaluation des troubles internalisés +++

A l'encore de l'idée intuite que les adults ont tendance à pathologiser des comportements qui s'inscrivent dans la variabilité normale du développement (Frances & Widiger, 2012)

SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES JEUNES EN ANGLETERRE 2022 - VAGUE 3 DE SUIVI DE L'ENQUÊTE 2017 (n=2800 enfants)

NHS England

In children aged 7 to 16 years, rates rose from 1 in 9 (12.1%) in 2017 to 1 in 6 (16.7%) in 2020. Rates of probable mental disorder then remained stable between 2020, 2021 and 2022.

1 in 8 (12.6%) 11 to 16 year old social media users reported that they had been bullied online. This was more than 1 in 4 (29.4%) among those with a probable mental disorder.

1 in 5 (19.9%) 7 to 16 year olds lived in households that experienced a reduction in household income in the past year. This was more than 1 in 4 (28.6%) among children with a probable mental disorder.

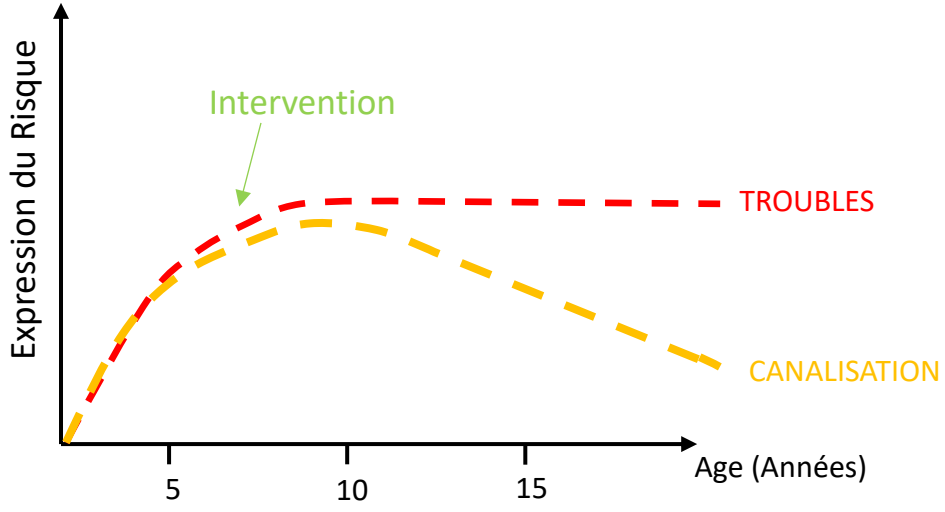
In 2022, 18.0% of children aged 7 to 16 years and 22.0% of young people aged 17 to 24 years had a probable mental disorder.

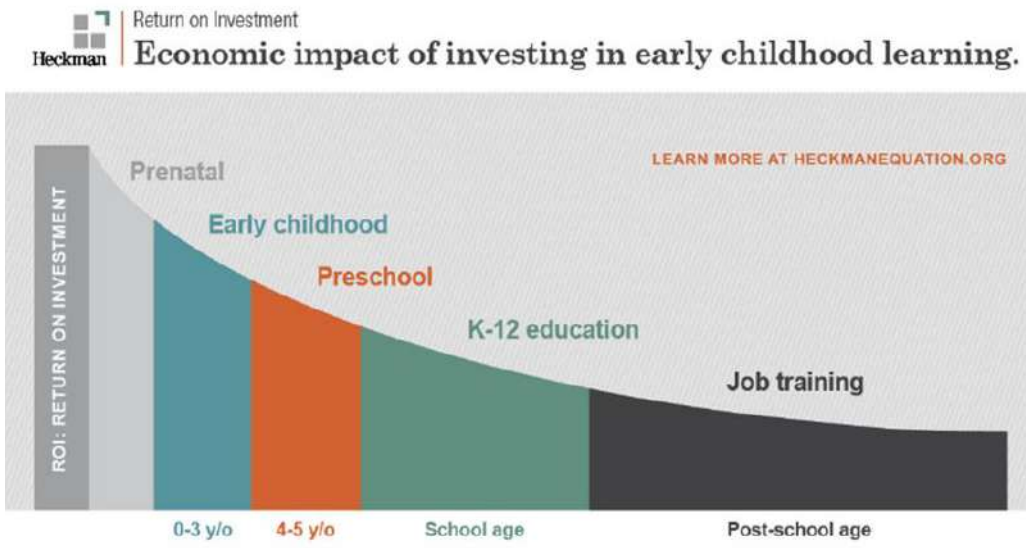
11 to 16 year olds with a probable mental disorder were less likely to feel safe at school (61.2%) than those unlikely to have a mental disorder (89.2%). They were also less likely to report enjoyment of learning or having a friend they could turn to for support.

MODELE DE PREVENTION – AUX CŒURS DE LA DYNAMIQUE

Agir précocément sur la trajectoire de chaque enfant

Investir avant 5 ans a été démontré : Chaque dollar investi dans des programmes éducatifs dans la petite enfance rapporte 7,30 dollars à la société* (J. Heckman Prix Nobel d'économie)





MODELE DE VULNERABILITE – A TOUS LES AGES DU DEVELOPPEMENT

1

Période prénatale

Expression élevée des gènes associés aux troubles psychiatriques dès le 2e trimestre fœtal (Birnbaum et al., 2015)

2

Petite enfance

Périodes critiques de développement neurologique avec forte plasticité cérébrale (Fox et al., 2010)

3

Âge préscolaire

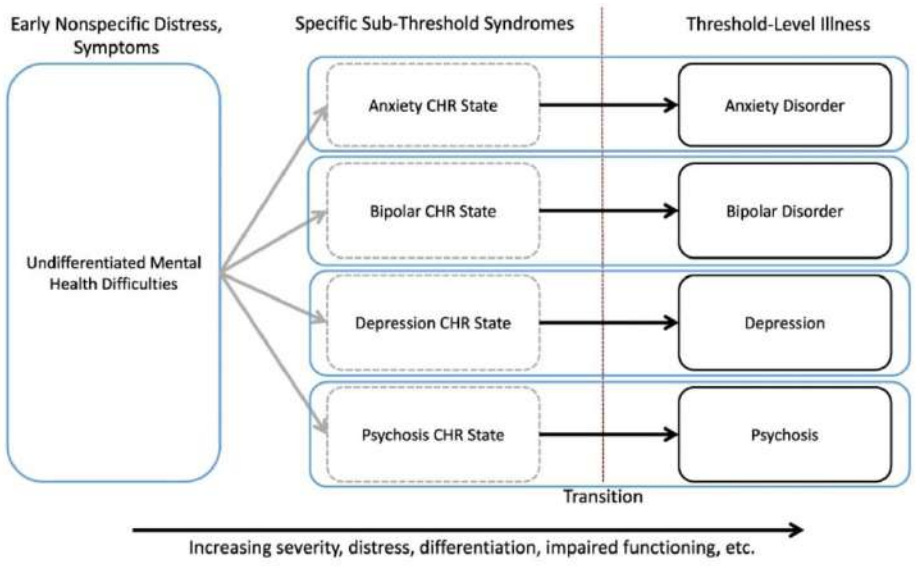
Sensibilité particulière aux facteurs de stress environnementaux (Shonkoff et al., 2012)

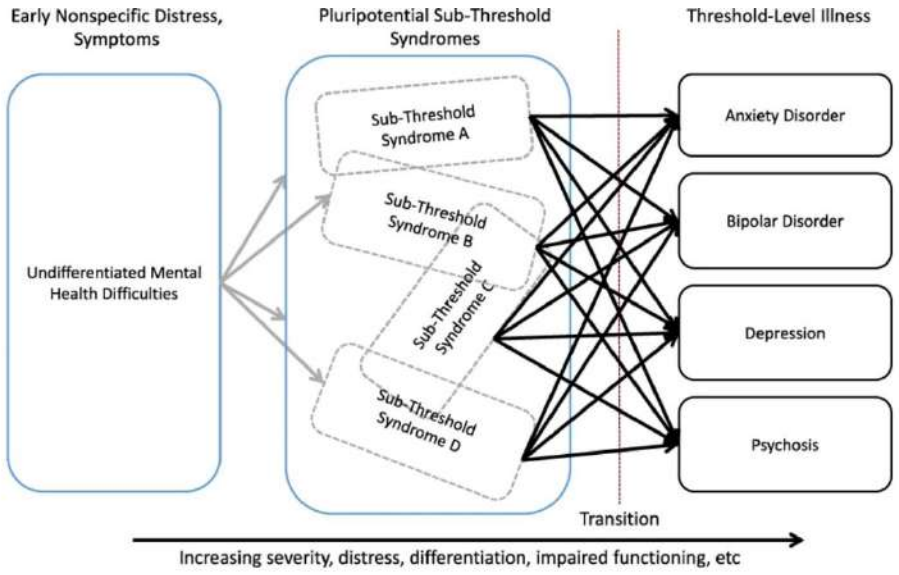
4

Âge scolaire

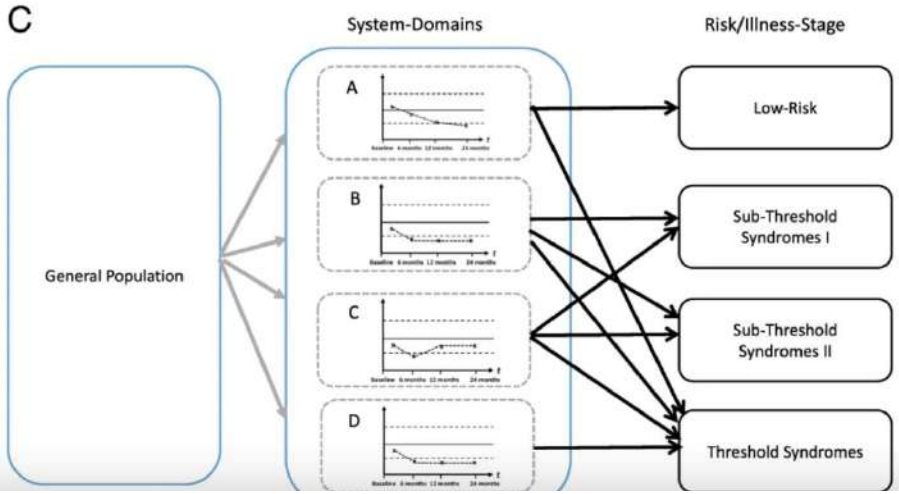
Consolidation des trajectoires de vulnérabilité ou de résilience (Masten & Cicchetti, 2010)

DIFFERENTS MODELES DE REPRESENTATION DE L'APPROCHE CHEZ L'ENFANT





Modèle plus opérant chez l'enfant :
Balance risques / facteurs de protections



Uhlhaas et al, *Mol Psychiatry* (2

?

PARTIE 2

Comment mesurer l’état de santé mentale

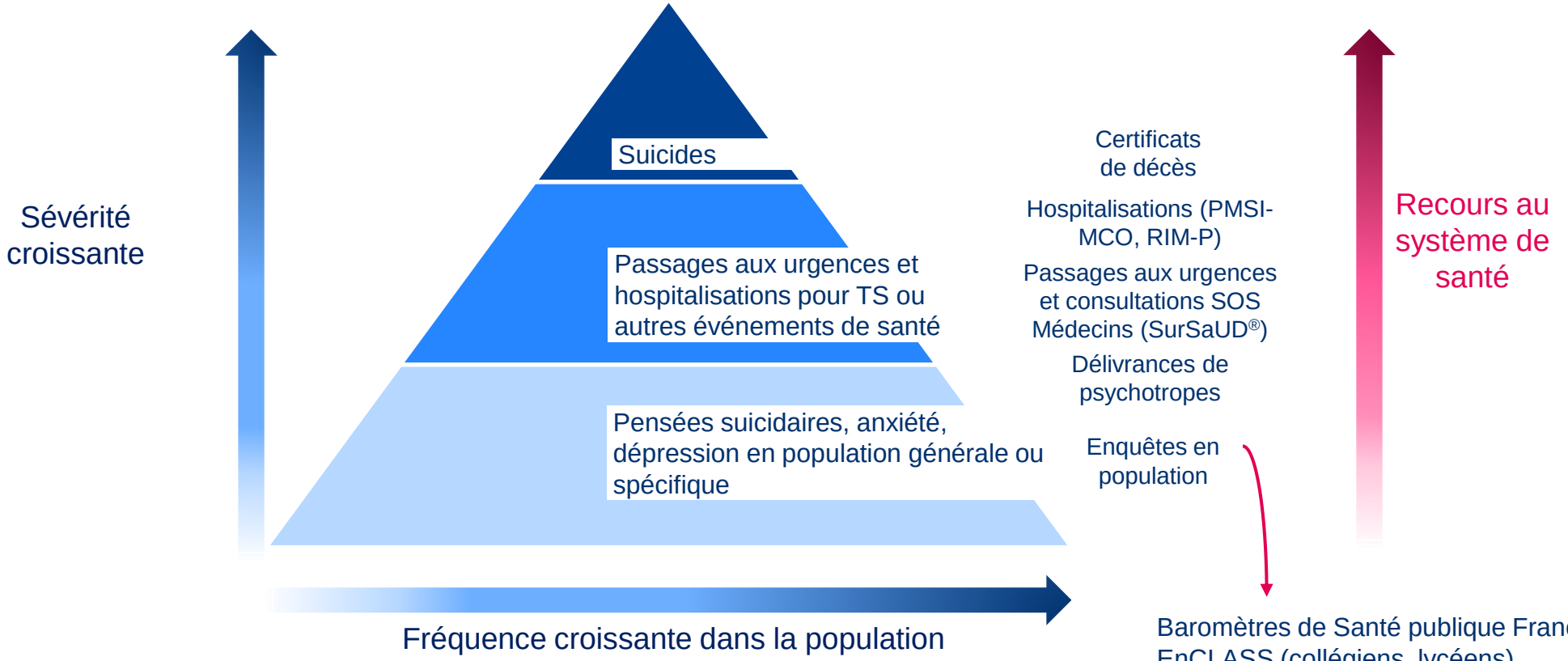
au niveau populationnel ?

Objectifs de la mesure au niveau populationnel ?

Santé publique France

- Surveillance de l'évolution des indicateurs dans le temps (contexte de crise ou non)
- Comparaisons des indicateurs avec d'autres pays
- Recherche de facteurs associés afin d'identifier des populations plus à risque
- Etayage et évaluation des interventions de prévention/promotion de la santé mentale
- Participation à la planification de l'offre de soins en fournissant des éléments d'appui à la décision

Comment mesure-t-on l'état de santé mentale ?



Baromètres de Santé publique France & CoviPrev (adultes)
EnCLASS (collégiens, lycéens),
Enabee (enfants)
ENP (femmes ayant accouché)
Milieu professionnel…

Des outils ciblant différents événements de santé / différentes populations

Complémentarité des enquêtes et recueils de recours aux soins

Santé publique France

Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

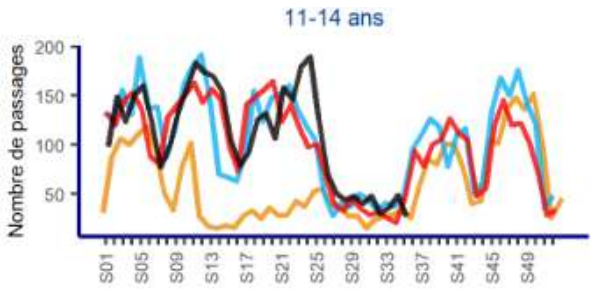
EnCLASS
Enquête Nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances

Enquête déclarative de population
(pérenne ou non)

- Echantillon (représentatif)
- Collecte ponctuelle
- Echelles psychométriques
- Analyses facteurs associés

Exploitation des données de recours aux soins

- Exhaustivité des cas
- Collecte en routine
- Diagnostic clinique /ou proxi (médicaments…) Décès
- Pas d'analyses facteurs associés



Complémentarité

Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

PARTIE 3

Méthode et Résultats de l’étude Enabee

(Etude nationale sur le bien-être des enfants)

Objectifs

Santé publique France

1ère édition 2022

- **Objectif principal :**
  - Décrire **l'état de santé mentale et le niveau de bien-être** des enfants en population générale, en France métropolitaine : **T0 des indicateurs épidémiologiques ;**

- **Objectifs secondaires :**
  - Améliorer les connaissances sur **les facteurs associés** (individuels, contexte familial et social…) ;
  - Estimer **le recours aux soins** pour des raisons de santé mentale.

Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

Une étude élaborée en concertation avec les parties prenantes

Santé publique France

Partage des résultats et des perspectives

→ 2ème semestre 2023-2024

Conditions de déroulement et de réussite de l'étude

Parties prenantes du champ de la Santé, de l'Education, de la Famille & Ecoles participantes

→ Fin 2021 – début 2022

Conception de l'étude

Experts pluridisciplinaires

Ministères de la Santé et de l'Education, DREES, syndicats enseignants, fédérations de parents d'élèves…

→ Printemps 2021

Comité d'appui thématique (CAT)

❖ (PÉDO)PSYCHIATRIE

- **Président** : **Richard DELORME** (PU-PH ; Paris)
- Cédric GALERA (PU-PH ; Bordeaux)
- Christophe GAULT (Chef de clinique ; Lyon)
- Vivianne KOVESS (Université Paris Cité)

❖ PSYCHOLOGIE CLINIQUE

- Laurent CHAZELAS (Education nationale)
- Thomas VILLEMONTEIX (MCU Université Paris 8)
- Jaqueline WENDLAND (PU / libérale ; Paris)

❖ MÉDECINE GÉNÉRALE

- Gilles LAZIMI (Centre de santé ; Romainville)
- Julie CHASTANG (MCU / centre de santé ; Champigny-sur-Marne)

❖ ÉPIDÉMIOLOGIE / SANTÉ PUBLIQUE

- Corinne ALBERTI (DR Inserm)
- Emmanuelle GODEAU (Enseignante-chercheuse EHESP)
- Maria MELCHIOR (DR Inserm)
- Alexandra ROUQUETTE (MCU-PH Inserm)
- Jean Baptiste HAZO (Chargé d'étude DREES)

❖ SOCIOLOGIE

- Nicolas HENCKES (CR Inserm)

❖ SCIENCES COGNITIVES ET PSYCHOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT

- Arnaud CACHIA (PU Université Paris-Cité)
- Caroline HURON (CR Inserm)
- Franck RAMUS (DR CNRS / ENS)
- Rébecca SHANKLAND (PU Université Lumière Lyon 2)

❖ SCIENCES DE L'ÉDUCATION

- Pascale HAAG (Enseignante-chercheuse EHESS)

❖ DÉMOGRAPHIE

- Xavier THIERRY (CR INED)

❖ PSYCHIATRIE / DISCIPLINES ASSOCIÉES (PSYCHOMOTRICITÉ)

- Anne VACHEZ-GATECEL (APHP Paris)

Concertation avec les parties prenantes

Santé publique France

Santé

Société Française de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées (SFPEADA)

Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile (API)

Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Fédération Des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (FDCMPP)

Famille

Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA)

Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

Éducation

Syndicats enseignants : Syndicat National Unitaire des Instituteurs, Professeurs des Écoles et PEGC, affilié à la fédération syndicale unitaire (FSU-SNUipp), Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA-Education), Syndicat Général de l'Éducation nationale (Sgen-CFDT), Confédération Générale du Travail « Educ'Action » (CGT Educ'Action), Syndicat national des lycées, collèges, écoles et du supérieur (SNALC), Syndicat National des Écoles (SNE-CSEN)

Fédérations de parents : Fédération des Parents d'Élèves de l'Enseignement Public (PEEP), Association des Parents de l'Enseignement Libre (APEL), Union Nationale des Associations Autonomes de Parents d'Élèves (UNAAPE)

Médecins & infirmiers en milieu scolaire : Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires – Union Nationale des Syndicats Autonomes (SNMSU-UNSA), Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé - Fédération Syndicale Unitaire (SNICS-FSU), Association des Médecins Conseillers Techniques de l'Éducation nationale (ASCOMED), Syndicat National Autonome des Médecins de Santé Publique de l'Éducation nationale (SNAMSPEN-Sgen CFDT)

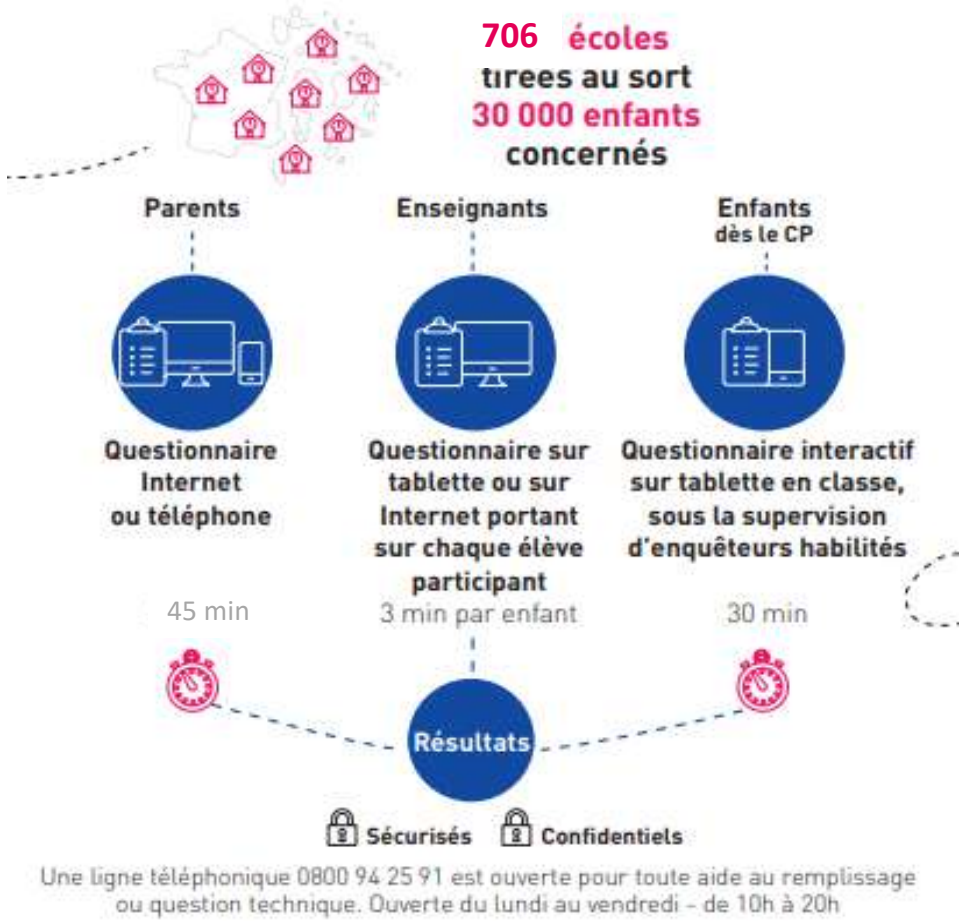
Psychologues en milieu scolaire : Association Française des Psychologues de l'Éducation nationale (AFPEN)

Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

Protocole d'étude

- Pop: enfants scolarisés de la PSM au CM2,
- Etude transversale nationale, représentative
- Recueil anonymisé
- Sollicitation de la santé scolaire si besoin
- Terrain de l'étude entre mars et juillet 2022

→ Dispositif pérenne (étude répétée à intervalles réguliers)



Echelle psychométrique pour les enfants : symptômes le **Dominique Interactif (6 -11 ans)**

Santé publique France

DESCRIPTION DE L'ECHELLE [1]

- Questions basées **sur les symptômes** déclarés à un temps T par les enfants en réponse à une représentation illustrée et sonorisée
- Dans Enabee, **6 dimensions cliniques** (DSM-5) :
  - Phobies spécifiques
  - Anxiété de séparation
  - Anxiété généralisée
  - Trouble dépressif caractérisé

  - Trouble oppositionnel avec provocation
  - Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Pas d'évaluation de la durée ni du retentissement des symptômes déclarés mais information sur le nombre et la comorbidité

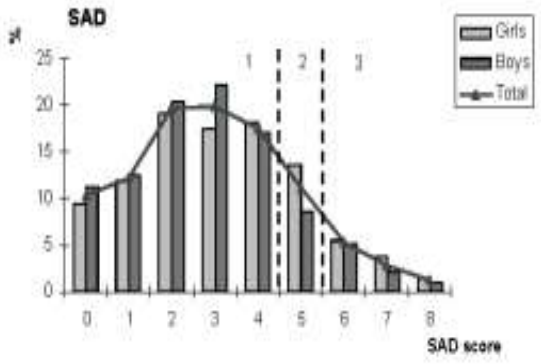
METHODE DE CALCUL

- **Somme des réponses recueillies pour chaque symptôme**

  + application de seuils définis pour chaque dimension

→ **Obtention du nombre d'enfants atteignant les seuils élevés**

Exemple : présence d'au moins 6 symptômes sur 8 pour avoir une anxiété de séparation probable



1 (Chan-Chee et al., 2003; Valla et al., 2000, 2002)

Questionnaires Parent et Enseignant :
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Santé publique France

DESCRIPTION DE L'ECHELLE [1]

- **25 questions sur les forces et les difficultés de l'enfant au cours des 6 derniers mois ou de l'année scolaire en cours :**

5 dimensions dont 3 sur des troubles de la santé mentale :

- Symptômes émotionnels, oppositionnels, inattention/hyperactivité
- Comportement pro-social, problèmes relationnels avec les pairs

- **Des questions sur la durée et sur le retentissement des difficultés dans la vie de l'enfant**

1 (Goodman, 1999)

METHODE DE CALCUL

- Somme des réponses recueillies, par dimension
- Application des seuils définis pour chaque dimension et pour le retentissement

→ **Obtention du nombre d'enfants atteignant les seuils élevés (« anormal »), avec ou sans retentissement**

	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	☐	☐	☐
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	☐	☐	☐

P_C_SDQ_IMPACT_MAISON

Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de AFFICHER [Prénom] dans les domaines suivants ?

Une seule réponse possible par énoncé.

La vie à la maison :

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Assez
4. Beaucoup

Mesure du bien-être (Enfants et Parents): le Kindl-R et Kiddy-Kindl

Santé publique France

DESCRIPTION DE L'ECHELLE[1]

- Echelle globale qui évalue le bien-être et la qualité de vie faisant référence aux événements qui se sont produits la semaine précédente.
- Comporte 6 sous-dimensions :
  - Bien-être physique,
  - Bien-être émotionnel,
  - Estime de soi,
  - Bien-être avec la famille,
  - Bien-être avec les amis,
  - Bien-être à l'école

METHODE DE CALCUL

→ **Un score est calculé et reporté à 100 pour chaque dimension ainsi qu'un score total.**

→ **Pas de seuil défini sur cette échelle**

1(Bullinger et al., 2008; Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998)

RÉSULTATS DE PARTICIPATION

Participation globale à l'étude

706 écoles tirées au sort
399 écoles participantes (56,5%)

1357 classes participantes (92,7%)

24708 enfants potentiellement participants (84,1%)
16437 enfants de niveau élémentaire | 8271 enfants de niveau maternelle

Q. Enfants
N=15206
(85,4%)

Q. Enseignants
N=15263
(85,8%)

Q. Parents
N=9227
(51,8%)

Q. Enseignants
N=5721
(63,3 %)

Q. Parents
N=3785
(41,9%)

Enfants + Enseignants + Parents
N=8172

Enseignants + Parents
N=2683

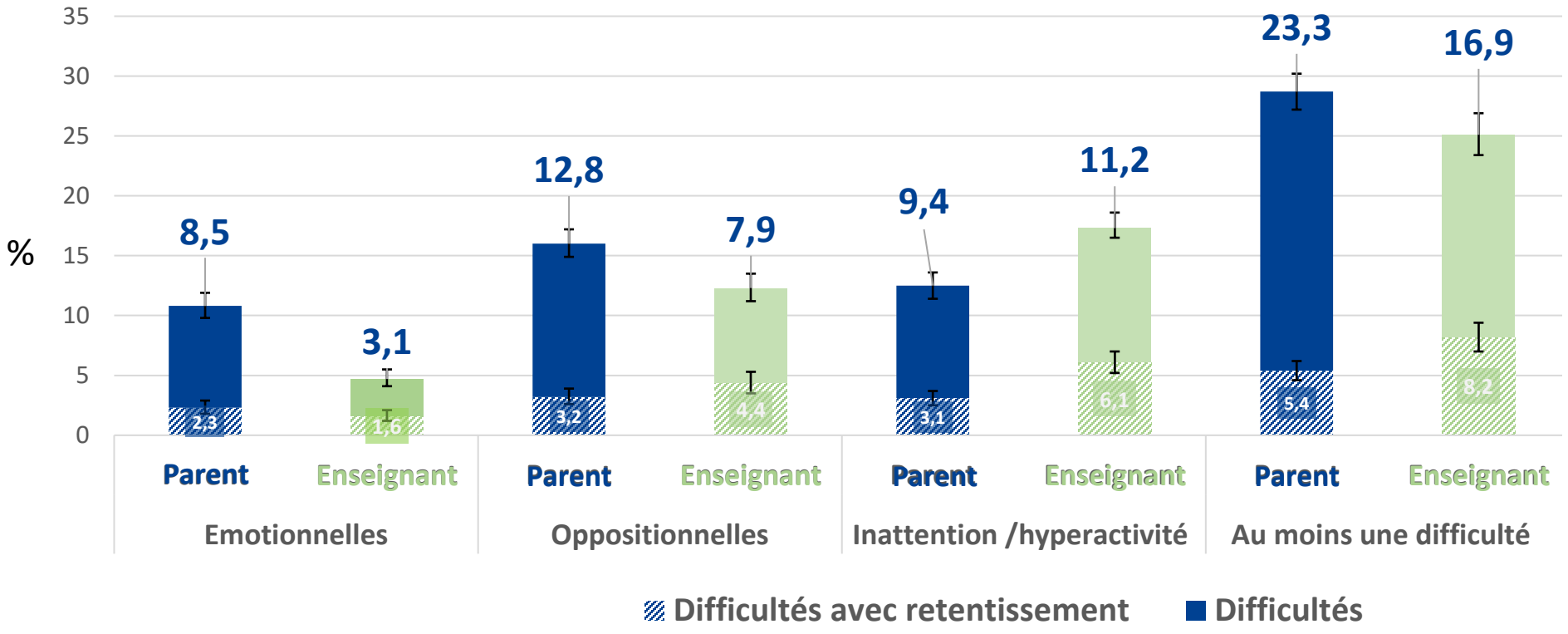
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE SUR LES ENFANTS D'ÉCOLES MATERNELLES

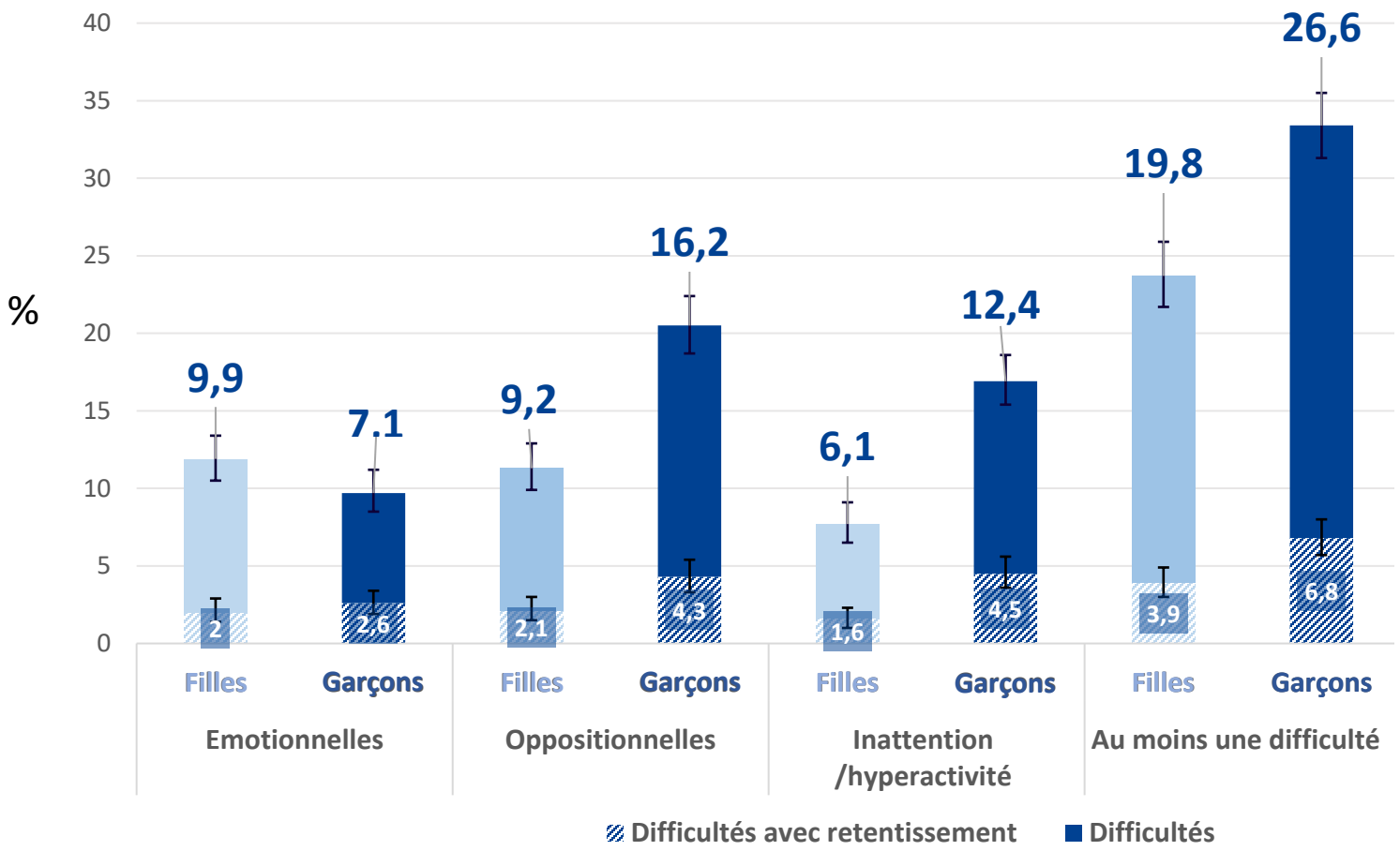
Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

Prévalences par informants (échelle SDQ)



Point de vue des parents (n = 3785) et Point de vue des enseignants (n= 5721)
Les deux informants ne déclarent pas les mêmes difficultés ni n'évaluent pas de la même façon le retentissement
En tenant compte du retentissement, les difficultés sont beaucoup moins fréquentes

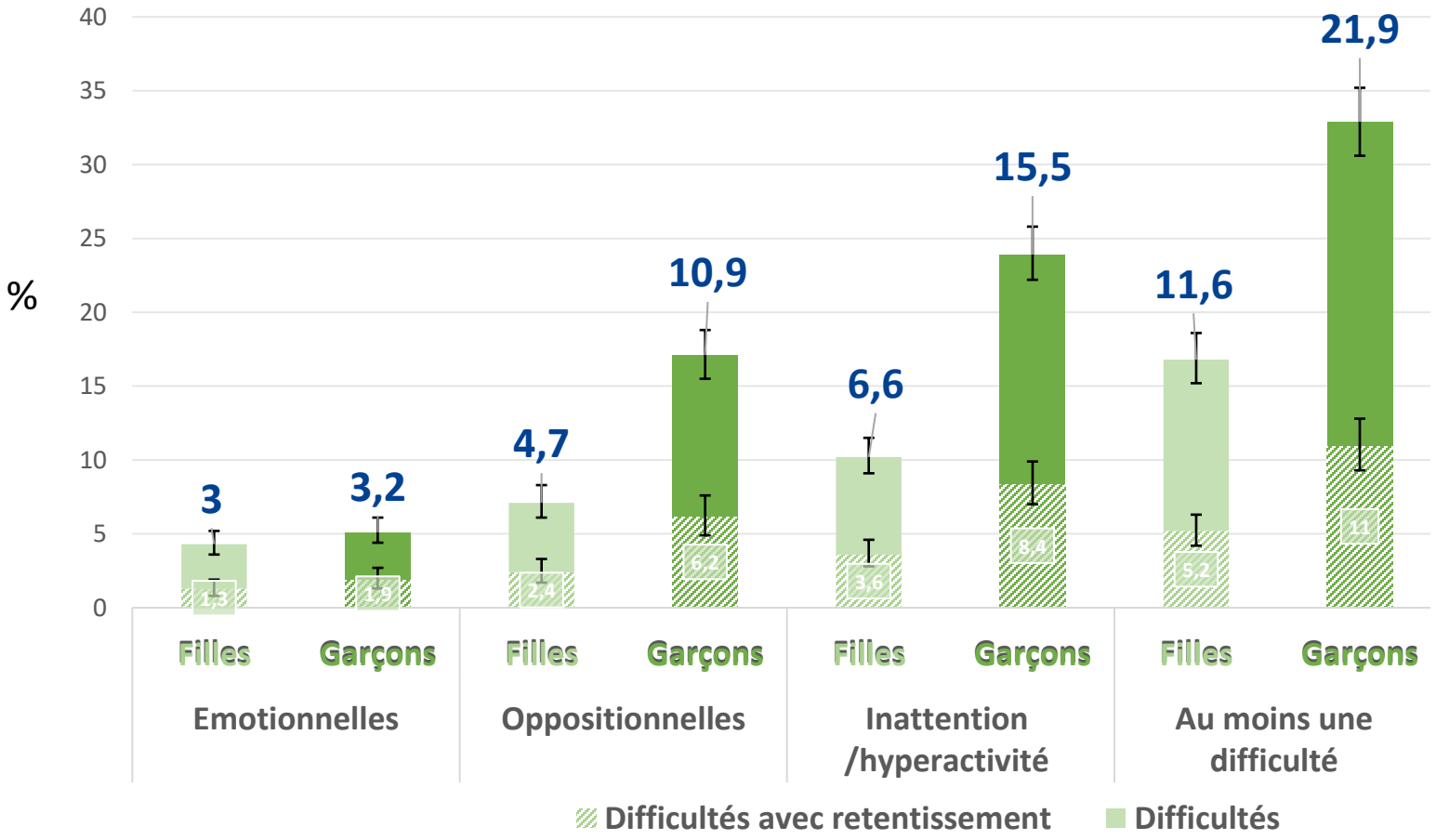
Prévalences selon les parents et le sexe de l'enfant



Avec ou sans prise en compte du retentissement:

- Les garçons présentent plus de difficultés oppositionnelles ou d'inattention/hyperactivité que les filles
- Pas de différence pour la dimension émotionnelle (avec retentissement : faible effectif chez les filles)

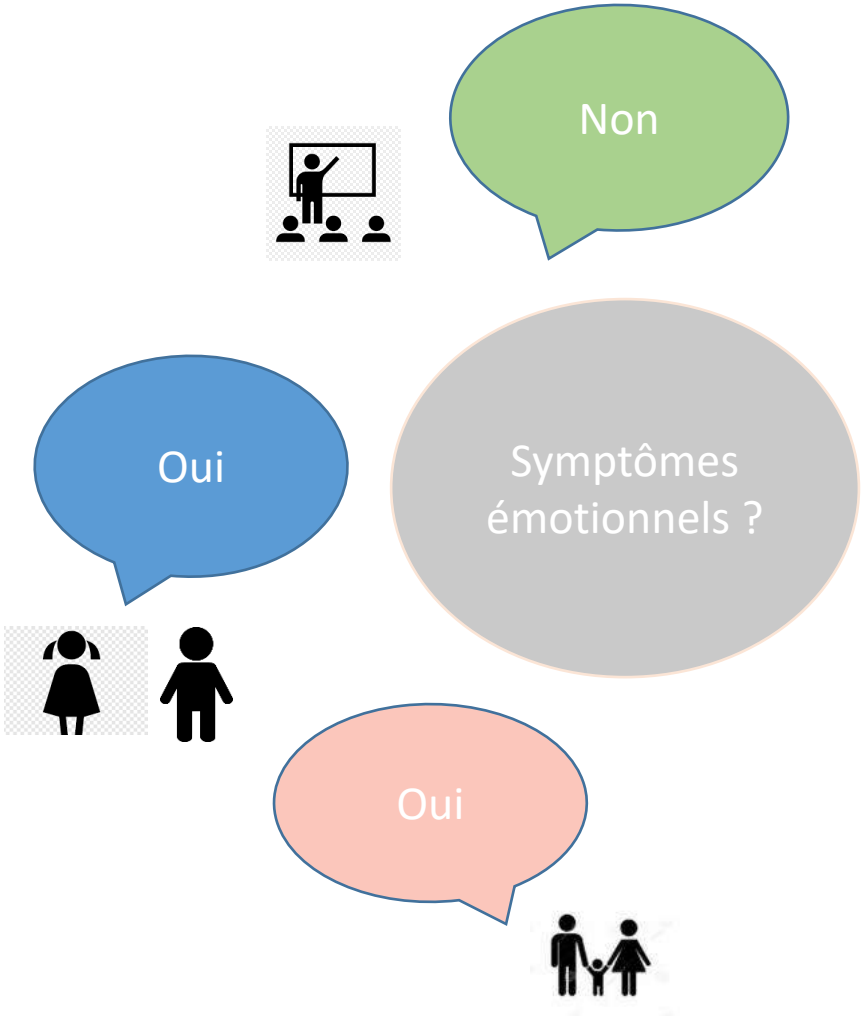
Prévalences selon les enseignants et le sexe de l'enfant



Avec ou sans prise en compte du retentissement:

- Les garçons présentent significativement plus de difficultés oppositionnelles ou d'inattention/hyperactivité que les filles
- Pas de différence pour la dimension émotionnelle (avec retentissement : faible effectif chez les filles)
- Les enfants présentant des difficultés émotionnelles sont assez peu nombreux en comparaison des autres types de symptômes ;

Différents points de vue à intégrer pour estimer la santé mentale des enfants



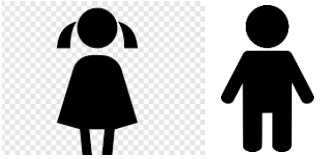
- Des discordances entre les points de vue parents/enfants (Bajeux 2018); parents/enseignants (Cheng 2018)
- Des estimations plus fiables en combinant les différents points de vue (Green 2005, Polanczyk 2015)

Nécessité de combiner différents points de vue

Intégration des réponses des enseignants, des parents et des enfants

+

+



Si catégorie « élevée » des symptômes ET retentissement dans la vie de l'enfant [1,2]

Si catégorie « élevée » des symptômes pour au moins 3 dimensions émotionnelles (Dominique Interactif)

(reflet du niveau de sévérité)

Trouble émotionnel
Trouble oppositionnel
Trouble déficit de l'attention /hyperactivité

+ Au moins un de ces troubles **probable***

** Approximation d'un diagnostic clinique par des échelles psychométriques*

[1]Goodman R. (2003): Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. International review of psychiatry (Abingdon, England), 15(1-2), 166–172.
[2]Goodman R. (2000): Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. European child & adolescent psychiatry, 9(2), 129–134.

ETUDE ENABEE: RÉSULTATS CHEZ LES ENFANTS DE 3-6 ANS

Santé publique France

Prévalences basées sur le point de vue des parents et des enseignants

Echantillon « enseignants-parents » n=2683 , données pondérées

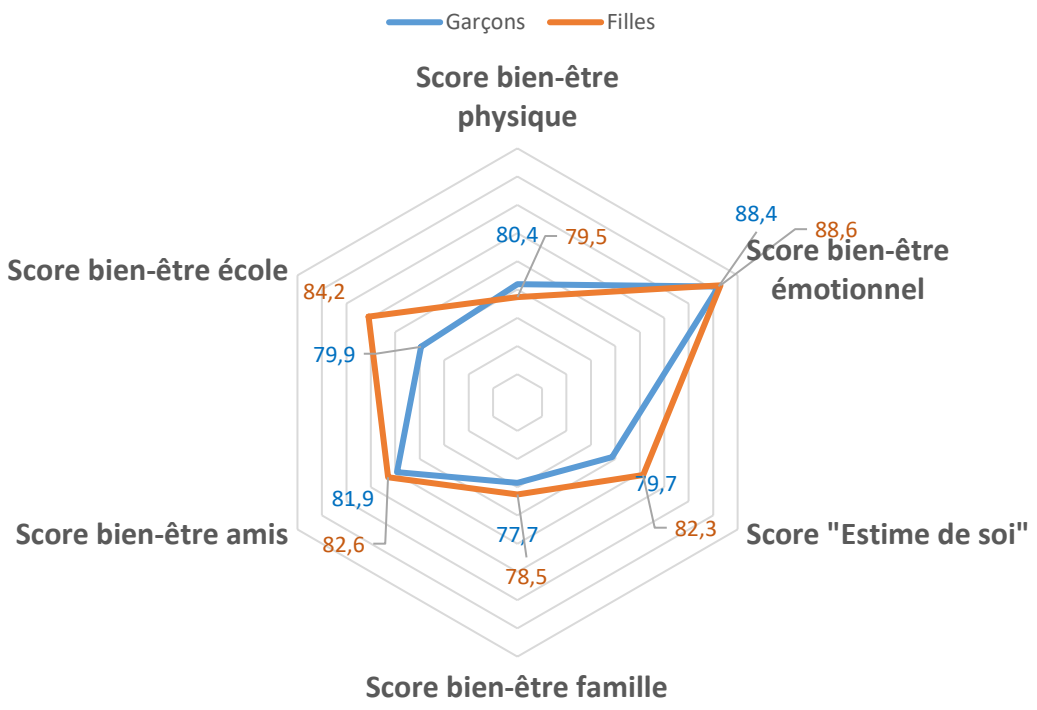
Difficultés probables	(%)	[IC à 95%]
Emotionnelle probable	1,8	[1,3-2,5]
Oppositionnelle probable	5,9	[4,8-7,2]
Inattention/ hyperactivité probable	1,9	[1,4-2,6]
Au moins une difficulté probable	**8,3**	**[7,1-9,6]**

- **Globalement 8,3% des enfants présentent probablement au moins une difficulté**

- Prévalence « au moins une difficulté » plus élevée chez les garçons (11,3% [9,3-13,5]) que chez les filles (5,2% [3,9-6,7])

- **Cohérence des estimations de prévalences Enabee avec les données de la littérature scientifique: même ordre de grandeur (peu de données disponibles/comparables)**

Indicateurs de bien-être



Scores de bien-être très élevés par sous dimension

Pas de différence importante (inférieures à 5 points) filles-garçons mise en évidence

Très peu de données de comparaison avec la littérature

Indicateurs à suivre dans le temps

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE SUR LES ENFANTS D' ÉCOLES ELEMENTAIRES

Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

ETUDE ENABEE: RÉSULTATS CHEZ LES ENFANTS DE 6-11 ANS

Santé publique France

Prévalences prenant en compte le point de vue des enfants

Echantillon complet - Elémentaire, n=8172, données pondérées

	Trouble probable	%	[IC à 95%]
	Trouble émotionnel	5,6	[5,0-6,2]
Troubles du comportement («externalisés »)	Trouble oppositionnel	6,6	[5,9-7,3]
	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	3,2	[2,7-3,7]
	Au moins un trouble	**13,0**	**[12,1-14]**

Prévalences 3-6 ans inférieures à celles retrouvées chez les 6-11 ans

- Apparition progressive des troubles
- Symptômes s'expriment de manière différenciée selon l'âge
- Echelles psychométriques moins adaptées au plus jeune âge?

ETUDE ENABEE: RÉSULTATS CHEZ LES ENFANTS DE 6-11 ANS PAR SEXE

Santé publique France

Prévalences prenant en compte le point de vue des enfants

Echantillon complet - Elémentaire, n=8172, données pondérées

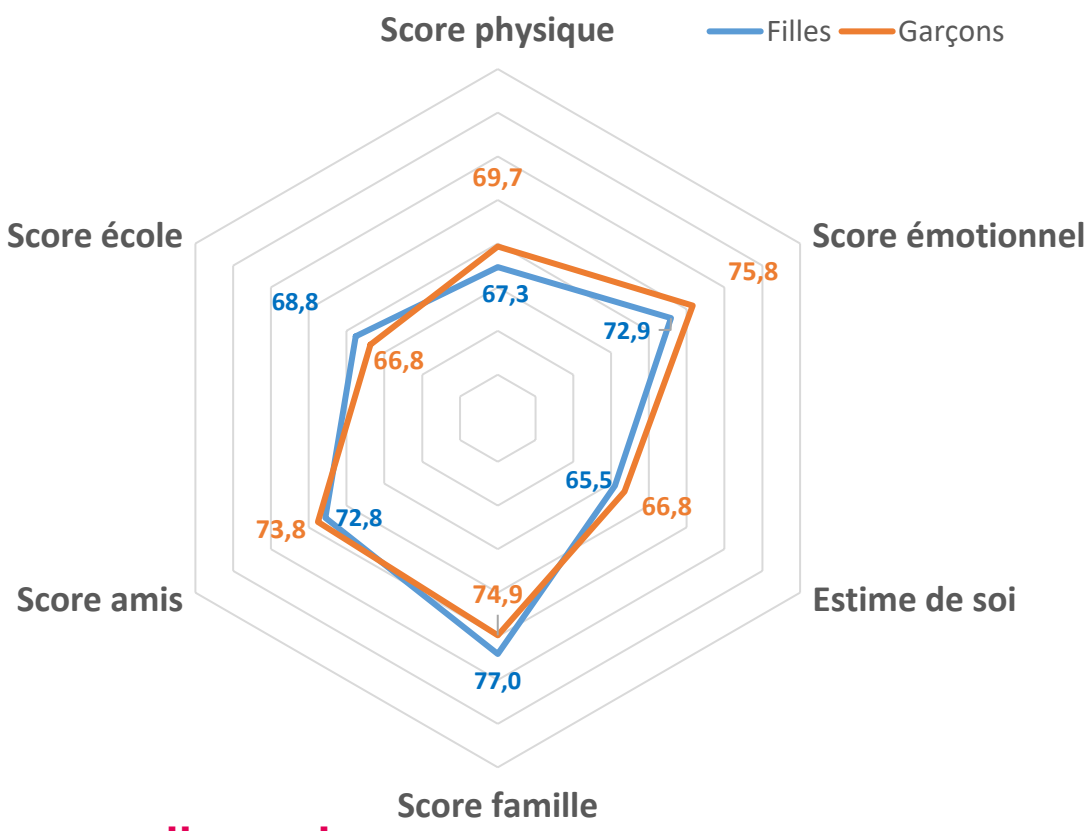
Trouble probable	Filles		Garçons	
	%	[IC à 95%]	%	[IC à 95%]
Trouble émotionnel	6,6	[5,7-7,5]	4,6	[3,9-5,3]
Trouble oppositionnel	3,7	[3,0-4,3]	9,4	[8,2-10,5]
Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	1,4	[1,0-1,8]	5,0	[4,2-5,8]
Au moins un trouble	**10,6**	**[9,4-11,8]**	**15,3**	**[14,0-16,7]**

Filles: troubles **émotionnels** probables plus fréquents

Garçons: - troubles du **comportement** probables plus fréquents

- **au moins un trouble** probable plus fréquent

Indicateurs de bien-être



Scores de bien-être très élevés par sous dimension

Pas de différence importante (inférieures à 5 points) filles-garçons mise en évidence

Très peu de données de comparaison avec la littérature

Indicateurs à suivre dans le temps

RECOURS AUX SOINS POUR DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES OU D'APPRENTISSAGE

Santé publique France

	Enfants avec un trouble probable (échelles psychométriques sans évaluation clinique)			
	3-6 ans (n=192)		6-11 ans (n=982)	
	%	[95% CI]	%	[95% CI]
Au moins un professionnel	**40,4**	**[33,0-48,1]**	**52,8**	**[49,4-56,1]**
Médecin généraliste	18,5	[13,3-24, 7]	27,6	[24,2-30,9]
Pédiatre	16,4	[11,5-22, 5]	11,8	[9,7-13,9]
Psychiatre ou psychologue	33,7	[26,4-41,6]	35,1	[31,6-38,7]
Professionnels de la rééducation	22,2	[16,5-28,8]	33,3	[29,9-36,7]

- Près d'1 enfant sur 2 ayant un trouble probable a consulté un professionnel pour des difficultés
- Dans la moitié des cas il s'agissait de son médecin généraliste

Parmi les enfants dont les parents ont déclaré un diagnostic de trouble Dys (enfants de 6-11 ans):

- 63% médecin généraliste ou pédiatre
- 80% professionnel de la rééducation

Messages clés

- **Etude qui permet de mieux comprendre la santé mentale des enfants et leur bien-être**
  → 1ers indicateurs, **reconduite de l'étude à intervalles réguliers** pour suivre les évolutions dans le temps

- La méthode d'évaluation repose sur les **symptômes et le retentissement perçus par le parent et l'enseignant +/- l'enfant et la combinaison de leurs perceptions**

- Cette première édition d'Enabee a pu être **mise en place avec succès en partenariat** avec les différentes parties prenantes, parents, enseignants et lrd professionnels de la santé mentale

- **8,3 % des enfants de 3 à 6 ans concernés par des difficultés de santé mentale, soit 1 enfant sur 12 et**
- **13% des enfants de 6 à 11 ans soit 1 enfant sur 8,**

- **Analyses complémentaires en cours pour enrichir ces premiers résultats :**
  facteurs associés, harcèlement, recours aux soins, dyspraxie, bien-être, maladies chroniques

- **Renforce l'importance de poursuivre le déploiement des actions de promotion/prévention dès le plus jeune âge**

PARTIE 4

Perspectives

Nos actions en santé mentale chez les enfants et les adolescents

Santé publique France

COMPRENDRE

Observation de la population

Enabee
Étude nationale sur le bien-être des enfants

EnCLASS
Enquête Nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescents sur la Santé et les Substances
http://www.enclass.fr

Actions déploiement CPS

Evaluation et soutien au déploiement de dispositifs/programme de prévention

Actions d'information et de communication

AGIR

Subvention de dispositifs

- **Sites ressources:**
  - Fil Santé Jeunes: https://www.filsantejeunes.com/
  - Psycom: https://www.psycom.org/
  - Clépsy: https://www.clepsy.fr/
- **Aides à distance:**

Référentiels sur les compétences psychosociales

Santé publique France

Dans le prolongement de la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et sur la base des connaissances actuelles, il est possible de distinguer

9 compétences générales, réparties en 3 catégories :

Les compétences cognitives

qui renforcent les **capacités mentales de conscience de soi, de choix et de résolution de problème.**

Les compétences émotionnelles

qui favorisent une bonne **régulation des émotions et du stress.**

Les compétences sociales

qui permettent **de développer une communication et des relations constructives.**

Production de ressources (gratuites à télécharger sur le site de Santé publique France ou sur Eduscol) :
https://www.santepubliquefrance.fr/competences-psychosociales-cps

Registre des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé

Santé publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/registre-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante

Santé publique France

Rechercher une actualité, une publication, un document...

- Maladies et traumatismes
- Déterminants de santé
- La santé à tout âge
- Régions et territoires
- Publications

Accueil · A propos · Services ·
Interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé

Registre des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé

Addictions AFFICHER

Compétences psychosociales AFFICHER

Maladies transmissibles AFFICI

Maladies non transmissibles AFFICI

Nutrition, activité physique AFFICI

- **PSFP Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité**

Thème : Parentalité – développement de l'enfant
Objectif : Renforcer les capacités des parents à faire face au développer affectif et émotionnel de leurs enfants. Renforcer les compétences psychosociales des enfants. Renforcer le lien familial
Type d'intervention : Apprentissage social, ateliers participatifs

- **Unplugged**

Thème : Produits addictifs, adolescents
Objectif : Réduction de la consommation de substances addictives chez adolescents
Type d'intervention : Intervention en milieu scolaire sur 12 séances
Etat d'avancement : Evalué dans 7 pays européens, adaptation française évaluée dans le Loiret

- **TripleP "Positive Parenting Program"**

Thème : Parentalité
Objectif : Améliorer les compétences parentales vis-à-vis des enfants et préadolescents à comportements à risques
Type d'intervention : Aide aux parents, campagnes d'information, consultations, assistance

Sites d'information et/ou outils

Santé publique France

CléPsy

Développement de l'enfant (3-15 ans) à destination des parents

https://www.clepsy.fr/

éduscol

Protocole Santé mentale, kit empathie…

Santé des jeunes à destination des jeunes

PSYCOM
Santé Mentale Info

Santé mentale des enfants et des adultes à destination des adultes (parents, professionnels…)

https://www.psycom.org/

1000 PREMIERS JOURS.fr

Développement des enfant (<2 ans) à destination des jeunes parents et professionnels de la petite enfance

Merci pour votre attention

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

@ : Stephanie.monnierbesnard@santepubliquefrance.fr

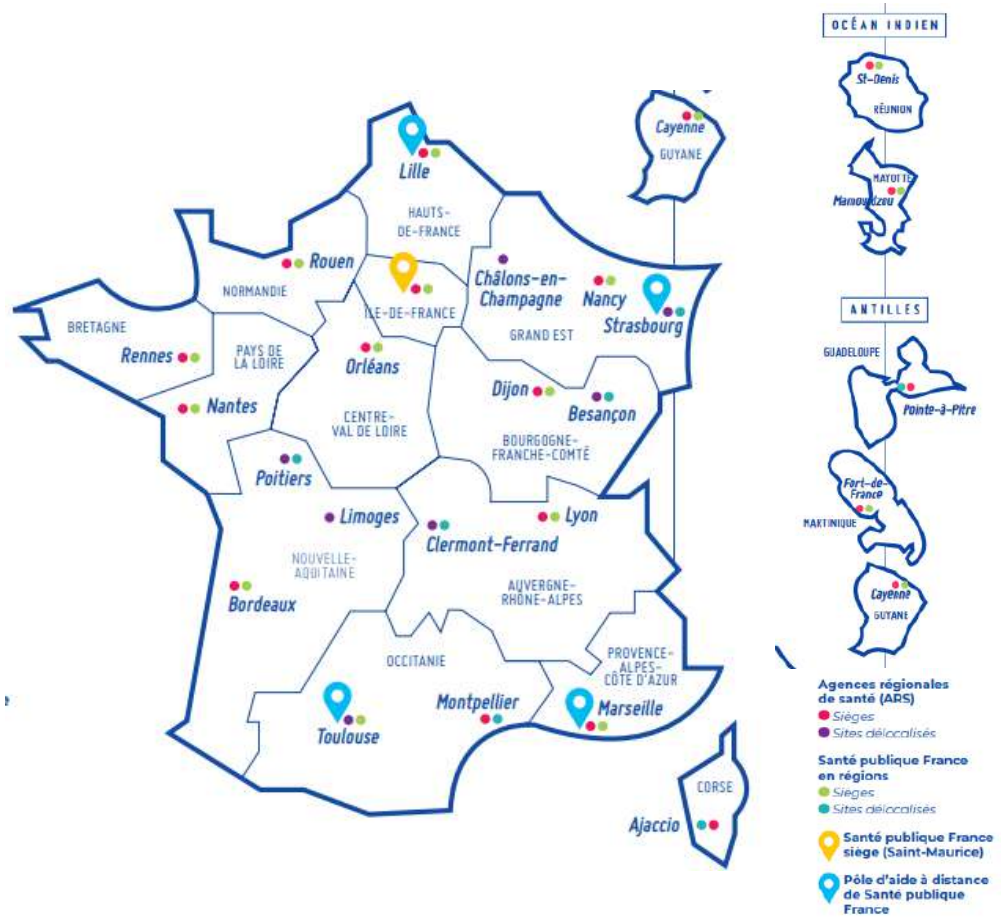
BACK UP

Santé publique France

Une agence nationale d'expertise scientifique au service des politiques publiques et des populations, créée en 2016, sous tutelle du Ministère de la santé

Nos missions:

- L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations
- La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations
- La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises
- Le lancement de l'alerte sanitaire
- La promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé
- Le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé



Le modèle bio-psycho-social

Santé publique France

Facteurs associés

Facteurs de précipitation
Evénements de l'enfance
Traumatisme
Stress actuel
…

Habitudes de vie
Habitudes alimentaires
Temps d'écran
Activité physique
…

L'environnement
Logement
Habitat (rural/urbain)
Pauvreté
Ecole
…

Facteurs individuels
Facteurs génétiques et biologiques
Age
Genre
Personnalité
Facteurs liés à la grossesse et à la naissance
…

BIEN-ÊTRE ET SANTE MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
Ressources individuelles

Contexte familial et social
Attitudes parentales
Soutien social
Catégorie sociale
Statut d'emploi
Précarité
Santé des parents
…

Consommation de soins

Schéma simplifié du modèle biopsychosocial (Engel G.L., 1977)

EXEMPLE DE FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS CONNUS

Santé publique France

Facteurs de risque

Individus

Génétique, handicap
Maladie chronique
Échec scolaire
Comportements de santé défavorables
Faible estime de soi

Famille

Mauvaises pratiques parentales
Abus/violences intra fam.
Pathologies /Santé mentale des parents

Ecole

Harcèlement
Pression des pairs
Mauvaise relation avec l'enseignant

Communauté

Difficultés financières
Logement précaire
Traumas (guerre..)
Discrimination
Manque d'accès aux soins/services sociaux

Facteurs protecteurs

Attachement
Sécurité affective
CPS
Comportements de santé favorables
Personnalité

Relations harmonieuses
Soutien familial
Autorité

Climat favorable
Lutte contre le harcèlement
Promotion de la santé

Réseau social
Activités de loisirs
Logement