

ÉTUDES et RÉSULTATS

juin 2023
n° 1271

Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021

La détresse psychologique dont souffrent une minorité grandissante d'enfants et d'adolescents a été aggravée par la crise sanitaire. Ce phénomène, observé dans d'autres pays, semble concerner tout particulièrement les adolescentes et les jeunes femmes.

Lors du troisième volet de l'enquête EpiCov réalisé en juillet 2021, le questionnaire a porté sur la santé mentale des répondants et, le cas échéant, sur celle d'un des enfants âgés de 3 à 17 ans vivant avec eux.

Il est difficile d'évaluer précisément la santé mentale d'un enfant à partir de ce que rapporte l'un de ses parents. Le questionnaire utilisé dans EpiCov permet toutefois d'estimer que 10 % des garçons et 7 % des filles entre 3 et 17 ans présentent des difficultés psychosociales. Celles-ci touchent différentes dimensions et montrent d'importantes disparités, observées très tôt dans l'enfance, entre filles et garçons. Ces derniers ont plus de problématiques externalisées (comportement, hyperactivité, inattention), qui tendent à décroître avec l'âge ; alors que les filles présentent plus de problématiques émotionnelles (anxiété, tristesse), qui tendent, elles, à croître avec l'âge.

Entre le début de l'épidémie en mars 2020 et l'enquête en juillet 2021, 12 % des 3-17 ans ont consulté un professionnel de santé pour un motif d'ordre psychologique, une proportion qui varie selon l'âge et le sexe. Chez les 3-17 ans, le principal professionnel consulté pour cette raison est le psychologue, tandis que, chez l'adulte, il s'agit du médecin généraliste. En prenant en compte les enfants qui n'ont pas consulté, mais dont les parents estiment qu'ils avaient besoin d'être aidés pour des difficultés psychologiques et que cette aide relevait d'un professionnel de santé, ce sont 15 % des enfants qui auraient eu besoin de soins pour ces raisons, soit près d'un enfant sur six.

Le principal facteur associé aux difficultés psychosociales de l'enfant est la santé mentale du parent répondant. Un temps élevé d'exposition aux écrans et un temps faible consacré à la lecture et aux activités physiques sont des éléments associés à ces difficultés. D'importantes inégalités sociales sont observées. Elles concernent autant les difficultés psychosociales, en la défaveur des niveaux de vie les plus bas, que le recours aux soins, plus fréquent parmi les niveaux d'études les plus élevés.

Jean-Baptiste Hazo (DREES), en collaboration avec Alexandra Rouquette (Inserm) et le groupe EpiCov (Nathalie Bajos et Josiane Warszawski (coresponsables scientifiques), Guillaume Bagein (DREES), Vianney Costemalle (DREES), Émilie Counil (Ined), Thomas Deroyon (DREES), Jeanna-Ève Franck (Inserm), Nathalie Lydié (Santé publique France), Claude Martin (CNRS), Laurence Meyer (Inserm, univ. Paris-Saclay, AP-HP), Ariane Pailhé (Ined), Delphine Rahib (Santé publique France), Philippe Raynaud (DREES), Patrick Sillard (Insee), Rémy Slama (Inserm))

> **Les auteurs remercient** Samuel Allain, Céline Loubières, Viviane Kovess-Masféty et Antoine Vanier

Dans le premier volet de l'enquête EpiCov (**encadré 1**) réalisé en mai 2020, 22 % des parents vivant avec au moins l'un de leurs enfants rapportaient que ces derniers avaient développé des difficultés liées au sommeil ou que celles-ci s'étaient aggravées depuis le début de la crise sanitaire (contre moins de 1 % des parents constatant une amélioration sur ce plan) [Hazo, Costemalle, octobre 2021]. D'autres sources font état, chez les parents au statut socio-économique modeste, d'une détérioration des relations familiales, d'une surexposition aux écrans, d'une augmentation des troubles du sommeil et d'une altération du bien-être psychologique de leurs enfants lors du premier confinement (Thierry, *et al.*, 2021). La littérature scientifique internationale montre, dans différents pays, une croissance des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les jeunes adultes consécutive à la pandémie (Elharake, *et al.*, 2022 ; Kauhanen, *et al.*, 2022). Enfin, les chiffres hebdomadaires d'activité des établissements sanitaires, de SOS Médecins, ainsi que de passages aux urgences montrent, tout au long des années 2021 et 2022, un recours aux soins pour raison de santé mentale plus important chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes que pendant les années qui ont précédé la crise sanitaire (Santé publique France, 2022).

Lors du troisième volet de l'enquête EpiCov réalisé en juillet 2021, un module dédié aux forces et aux faiblesses psychosociales des enfants (SDQ)¹ [tableau 1], aux éventuels recours aux soins pour raisons psychologiques et aux temps de lecture, d'activité physique et d'exposition aux écrans a été soumis aux participants vivant avec au moins un enfant, âgé de 3 à 17 ans (**encadré 2**).

Dès le plus jeune âge, des difficultés psychosociales différenciées selon le sexe

Le corps principal du module parental sur les forces et les faiblesses psychosociales est composé de 25 questions posées à un parent² sur les comportements, attitudes et ressentis de l'enfant. Les différentes

réponses possibles sont intimement liées à la subjectivité du parent et à la connaissance qu'il peut avoir de ces éléments. Bien que ce questionnaire présente certaines limites, la littérature scientifique indique qu'il permet de repérer convenablement les enfants présentant des difficultés psychosociales au moyen de scores calculés à partir des réponses du parent interrogé (**encadré 2**). Les difficultés psychosociales renvoient aux tensions psychologiques vécues par l'enfant (angoisses, tristesse), à des comportements dits « d'opposition » (colères, vols, mensonges), à des problématiques d'inattention et d'hyperactivité, ainsi qu'à des interactions problématiques avec autrui (harcèlement, isolement).

Parmi les plus de douze millions d'enfants âgés de 3 à 17 ans, 10 % des garçons et 7 % des filles présentent un score global de difficultés psychosociales anormalement élevé. Les garçons de 3 à 14 ans sont significativement plus nombreux que les filles de cette tranche d'âge à présenter un score anormalement haut, l'écart le plus important étant entre 3 et 5 ans (où 12 % des garçons ont un score élevé, contre 7 % des filles). En revanche, entre 15 et 17 ans, ils ne sont plus que 6 % dans ce cas, filles comme garçons (**graphique 1**).

Cette surreprésentation des garçons dans les scores totaux élevés s'explique principalement par des difficultés chez les plus jeunes dans les dimensions attentionnelle et comportementale. Celles-ci s'amenuisent avec l'âge, alors qu'augmentent leurs difficultés relationnelles. Dans de moindres proportions, ces deux tendances se retrouvent chez les jeunes filles. À l'inverse, les difficultés émotionnelles (liées à l'anxiété ou à la tristesse) suivent des trajectoires différentes selon les sexes : elles restent élevées chez les jeunes filles, alors qu'elles diminuent à partir de l'adolescence pour les garçons : entre 15 et 17 ans, 13 % des filles présentent un score de difficultés émotionnelles élevé (contre 7 % des garçons). Ce résultat corrobore d'autres travaux soulignant la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes face aux troubles anxio-dépressifs, qui progressent dans cette population depuis plusieurs années (Bagein, *et al.*, 2022 ; Léon, *et al.*, 2023).

Encadré 1 Enquête EpiCov

L'enquête EpiCov a été élaborée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec Santé publique France (SpF) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Un de ses objectifs était d'étudier les répercussions des confinements et de l'épidémie sur les conditions de vie et sur la santé.

EpiCov est une enquête de cohorte : 135 000 personnes âgées de 15 ans ou plus au 1^{er} janvier 2020, résidant en France métropolitaine, à la Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion (hors personnes résidant en Ehpad, maisons de retraite et prisons) ont répondu en mai 2020. Ces « répondants » ont été réinterrogés en novembre de la même année, 108 000 ont alors accepté de répondre. Pour le troisième volet, dédié partiellement à la santé mentale, 85 000 ont répondu à des questions portant notamment sur les comportements, attitudes et ressentis de l'un des enfants vivant avec eux, âgé de 3 à 17 ans (choisi de manière aléatoire quand ils étaient plusieurs), et sur leur propre santé mentale. Le répondant était invité à renseigner le module portant sur un enfant si celui-ci était soit son enfant et qu'il en avait la garde principale (19 310 répondants), soit celui de son conjoint si ce dernier en avait la garde principale (678 répondants)

* Pour 47 répondants, le lien entre l'adulte déclarant et l'enfant n'a pu être établi.

ou bien s'il prenait en charge l'enfant en tant qu'assistant(e) familial(e) dans le cadre d'une mesure de protection de l'aide sociale à l'enfance (92 répondants). Afin de faciliter la lecture, ces répondants sont tous appelés ici « parents ». Les résultats de la présente publication sont issus de ce volet de l'enquête réalisé entre le 24 juin et le 6 août 2021.

Au vu de l'urgence à laquelle elle répondait et par respect des mesures sanitaires en vigueur, cette enquête de statistique publique s'appuyait principalement (82 %) sur un mode de passation par auto-questionnaire en ligne (contre 18 % par téléphone). Les outils de mesure des indicateurs de santé mentale du répondant étaient sélectionnés à partir d'une analyse de la littérature internationale dédiée et en considération des temps de passation de chacun de ces auto-questionnaires. Ainsi, les syndromes dépressifs ont été estimés à partir du PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), l'anxiété par le biais du GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), les comportements boulimiques par le PHQ-ED (Patient Health Questionnaire Eating Disorder Module), les consommations d'alcool à risque avec l'AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) et le soutien social par l'échelle d'Oslo (OSSS-3 [Oslo Social Support Scale]). Une description plus détaillée de ces outils est disponible dans l'encadré 2 de la publication dédiée à la santé mentale des adultes dans EpiCov (Hazo, Boulch, 2022).

1. Le questionnaire SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) permet de calculer des scores de difficultés dans différentes dimensions (émotionnelle, comportementale, attentionnelle avec ou sans hyperactivité, et relationnelle) et d'aptitudes psychosociales en fonction du comportement de l'enfant tel que rapporté par son parent. Un score total de difficultés et un score d'impact des difficultés sont également proposés et utilisés dans la littérature scientifique dédiée (**encadré 2**).

2. Parent de l'enfant, conjoint(e) du parent chez qui l'enfant vit principalement ou assistant(e) familial(e) accueillant l'enfant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) [**encadré 1**].

Tableau 1 Proportions des réponses et scores du SDQ pour les 3-17 ans

En %

Tous enfants (n = 20 127)			
Échelle de difficultés émotionnelles			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre, ou de nausées (item 3)	76	19	5
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se) [item 8]	51	36	14
Est souvent malheureux(se), abattu(e), ou pleure souvent (item 13)	85	13	3
Est anxieux(se), se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens (item 16)	66	26	7
A de nombreuses peurs, est facilement effrayé(e) [item 24]	64	29	7
Score total de difficultés émotionnelles	Normal (0-3)	Limite (4)	Élevé (5-10)
	80	8	12
Échelle de difficultés comportementales			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement (item 5)	59	30	11
Est en général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes lui demandent* (item 7)	10	43	48
Se bagarre souvent avec les autres ou les tyrannise (item 12)	91	7	1
Ment ou triche souvent (item 18)	72	23	4
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs (item 22)	95	4	1
Score total de difficultés comportementales	Normal (0-2)	Limite (3)	Élevé (4-10)
	76	12	12
Échelle de difficultés d'inattention et d'hyperactivité			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Est agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place (item 2)	60	28	12
Ne tient pas en place ou se tortille constamment (item 10)	67	23	10
Est facilement distrait(e), a du mal à se concentrer (item 15)	48	37	15
Réfléchit avant d'agir* (item 21)	12	54	33
Va jusqu'au bout des tâches ou des devoirs, maintient bien son attention* (item 25)	15	45	40
Score total de difficultés d'inattention et d'hyperactivité	Normal (0-5)	Limite (6)	Élevé (7-10)
	83	6	10
Échelle de difficultés relationnelles			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Est plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e) [item 6]	61	28	11
A au moins un(e) ami(e)* (item 11)	4	12	85
Est généralement aimé(e) des autres enfants/adolescent(e)s* (item 14)	4	27	69
Est harcelé(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants/adolescent(e)s (item 19)	88	10	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants/adolescent(e)s (item 23)	65	26	9
Score total de difficultés relationnelles	Normal (0-2)	Limite (3)	Élevé (4-10)
	75	12	14
Score total de difficultés (somme des quatre scores précédents)	Normal (0-13)	Limite (14-16)	Élevé (17-40)
	84	8	9
Échelle d'aptitudes prosociales			
Votre enfant...	Pas vrai (0)	Un peu vrai (1)	Très vrai (2)
Est attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent (item 1)	6	36	58
Partage facilement avec les autres enfants/adolescent(e)s (friandises, jeux, crayons, etc.) [item 4]	13	37	50
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien (item 9)	6	33	61
Est gentil(le) avec les enfants plus jeunes (item 17)	3	17	80
Est toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants) [item 20]	5	41	53
Score total d'aptitudes prosociales	Normal (6-10)	Limite (5)	Bas (0-4)
	86	8	7

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire ; n : effectifs.

Notes > Le questionnaire SDQ comporte cinq échelles renvoyant à des difficultés ou aptitudes psychosociales distinctes. Les réponses du parent interrogé permettent de calculer un score allant de 0 à 10 par dimension. Les quatre premières dimensions renvoient à des difficultés, ce qui entraîne le calcul d'un score total de difficultés allant de 0 à 40. Pour chacun de ces scores, la littérature scientifique dédiée propose des seuils indiquant si le score est « normal », « limite » ou « anormalement élevé » (encadré 2).

Pour la plupart des questions, les réponses « Pas vrai », « Un peu vrai » et « Très vrai » sont respectivement cotées 0, 1 et 2. Pour les questions marquées d'un *, la cotation est inversée (Pas vrai = 2 et Très vrai = 0).

Lecture > Pour 5 % des enfants âgés de 3 à 17 ans, le parent estime « très vrai » que « l'enfant se plaint souvent de maux de tête ou de ventre, ou de nausées ». Chez 80 % des 3-17 ans, les cinq questions de la dimension émotionnelle renvoient à un score « normal » ; pour 8 %, ce score est « limite » ; et pour 12 %, celui-ci est « anormalement élevé ».

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

Chez les 3-17 ans, 69 % n'ont aucun score de difficultés psychosociales anormalement haut (66 % des garçons et 71 % des filles) [tableau complémentaire A³]. Ils sont 21 % des garçons à n'avoir qu'une seule des quatre dimensions (relationnelle, émotionnelle, comportementale ou attentionnelle) anormalement cotée (respectivement 8 %, 4 %, 5 % ou 4 %). Concernant les filles, 19 % d'entre

elles ont une seule dimension avec un score anormalement élevé (respectivement 6 %, 6 %, 4 % ou 3 %). Les principales combinaisons où plusieurs scores sont anormalement hauts chez un même enfant concernent les scores comportemental et attentionnel (3 % des garçons et 2 % des filles) et les dimensions émotionnelle et relationnelle (2 % pour les deux sexes).

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données liées à cette étude (lien en fin de document).

Encadré 2 Un questionnaire parental pour identifier les difficultés psychosociales des enfants ?

Le questionnaire parental « forces et faiblesses » (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) comprend 25 questions décrivant un type de comportement et demandant si, concernant l'enfant au cours des six derniers mois, l'énoncé est : « Pas vrai », « Un peu vrai » ou « Très vrai ». Les 25 réponses sont regroupées par cinq dans cinq sous-dimensions qui renvoient à des difficultés d'ordre 1/ émotionnel, 2/ comportemental (colères, violences, vols, désobéissance), 3/ attentionnel avec ou sans hyperactivité et 4/ relationnel, ainsi qu'aux 5/ aptitudes prosociales de l'enfant (tableau 1). Pour chaque dimension, un score de difficultés ou d'aptitudes (de 0 à 10) est calculé. La somme des quatre premières dimensions permet d'établir un score global sur 40 des difficultés psychosociales de l'enfant. En complément, il est demandé au parent s'il estime que son enfant présente d'éventuelles difficultés et quelles en sont les répercussions sur la vie de l'enfant, ses apprentissages, la vie de famille et ses loisirs. Les créateurs du SDQ proposent également une cotation sur 10 de ces questions pour établir un score d'impact des difficultés.

La littérature internationale a proposé des seuils de « normalité » de ces différents scores sur la base de leur répartition chez les enfants enquêtés⁴. Ces normes ont été établies à partir d'un échantillon d'enfants britanniques âgés de 5 à 15 ans en 1999 (Meltzer, *et al.*, 2003). Réalisé en juillet 2021, le volet de l'enquête EpiCov mobilisé ici s'inscrit dans un contexte éducatif et socioculturel différent, au décours d'une crise sanitaire inédite. Malgré ces différences, la distribution du score total des difficultés psychosociales dans EpiCov correspond à ces normes⁵. En revanche, les distributions de certaines sous-dimensions s'écartent de celles ayant défini ces normes, ainsi que de celles issues de la seule étude française ayant précédemment mobilisé le SDQ parental en population française. Cette dernière, réalisée en 2005, portait sur un échantillon représentatif d'enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en ménage ordinaire en région PACA (Shojaei, *et al.*, 2009). Sur ce même champ

* Le questionnaire peut être rempli par les enfants eux-mêmes à partir de 11 ans, par les enseignant(e)s et par les parents. Par construction, l'enquête EpiCov ne s'adressait qu'aux parents, en conséquence ne seront présentés et discutés ici que les scores, réponses et comparaisons relatifs à la version parentale du SDQ.

** Que ce soit sur les enfants âgés de 3 à 17 ans ou ceux âgés de 5 à 15 ans, à l'instar des enquêtés britanniques.

de population, le score total de difficultés et les scores de sous-dimensions recueillis dans EpiCov présentent des scores en moyenne légèrement plus élevés. Il est possible que ces élévations aient trait à une augmentation des difficultés psychosociales des enfants entre ces périodes, ainsi qu'à une vigilance ou une inquiétude accrues des parents répondants.

Le SDQ est fréquemment utilisé en recherche sur la santé mentale des enfants et adolescents au vu de sa brièveté et de ses caractéristiques psychométriques généralement convenables à l'étranger (Stone, *et al.*, 2010). Le choix de ce questionnaire comporte néanmoins certaines limites. En premier lieu, la traduction française de l'outil n'a pas fait l'objet d'une évaluation de sa sensibilité et de sa spécificité dans le contexte culturel français ; cela consisterait à comparer les scores obtenus au SDQ-parental aux conclusions d'un entretien clinique ou aux résultats d'un autre test, lui-même déjà validé, pour savoir dans quelle mesure l'outil détecte correctement les enfants présentant des difficultés ou un besoin de soins. En second lieu, la validité du SDQ-parental français (c'est-à-dire sa capacité à bien circonscrire les dimensions qu'il vise à mesurer) n'est pas optimale. Cette évaluation de validité implique des analyses factorielles mesurant la cohérence des réponses des parents au questionnaire. Statistiquement, il s'agit de mesurer la corrélation entre les réponses à un item d'une dimension avec celles des autres items de la même dimension, ainsi qu'avec le score obtenu à cette dimension. Ces analyses factorielles révèlent une bonne validité de structure pour les dimensions relationnelle, émotionnelle et prosociale du SDQ. En revanche, les dimensions comportementale et d'inattention/hyperactivité ne sont pas clairement distinctes pour les parents répondant à EpiCov ; il en résulte plutôt une dimension comportementale débordant sur les items mesurant théoriquement l'hyperactivité et, à part, une dimension propre aux problématiques d'inattention.

Selon les parents, un enfant sur huit est affecté par des problématiques psychosociales

Le SDQ est secondairement composé d'un « supplément impact » qui interroge le parent sur la présence et l'impact de difficultés qu'il perçoit chez l'enfant : « Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres ? » ; si oui, il lui est demandé de préciser à quel point elles interfèrent avec sa vie dans quatre domaines (la vie à la maison, les amitiés, les apprentissages à l'école, les loisirs). Pour 44 % des enfants (47 % des garçons et 41 % des filles), le parent interrogé estime que l'enfant présente des difficultés « mineures », « importantes » ou « sérieuses », pour respectivement 35 %, 7 % et 2 %, et toujours de façon plus prononcée pour les garçons (tableau 2). Chez 12 % d'entre eux (12 % des garçons et 13 % des filles), ces difficultés auraient commencé dans les quinze mois s'écoulant entre mars 2020 et juillet 2021. Pour 32 % (35 % des garçons et 28 % des filles), en revanche, celles-ci étaient préexistantes à la crise sanitaire.

Les parents des 3-5 ans déclarent moins souvent que l'enfant présente d'importantes ou de sérieuses difficultés : cela concerne 6 % d'entre eux (contre 9 % chez les 6 ans ou plus) [tableau complémentaire B].

Les difficultés repérées par les parents sont logiquement corrélées aux scores de difficultés psychosociales (tableau complémentaire C). Les enfants n'ayant qu'une seule dimension au score anormalement élevé ne paraissent pas inquiéter les parents, tout particulièrement en ce qui concerne les dimensions comportementale et relationnelle,

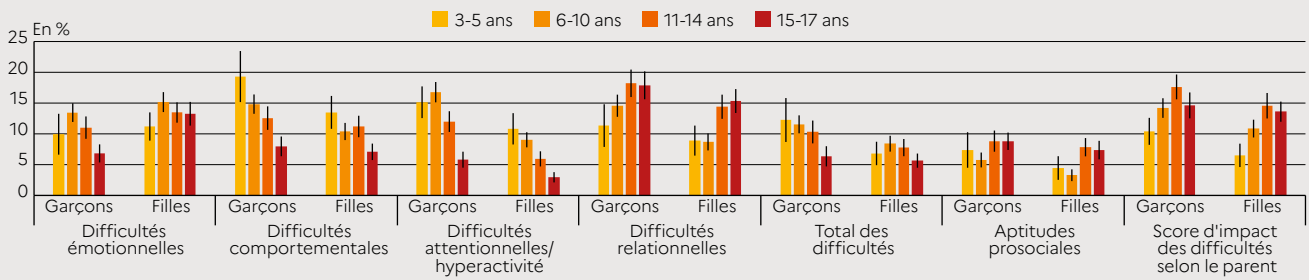
pour lesquelles seul un parent sur dix estime que l'enfant présente dans ce cas d'importantes ou de sérieuses difficultés. Cela incite à ne pas considérer d'emblée comme problématique la présence d'un score élevé pour une seule dimension du SDQ.

Les parents interrogés déclarent plus souvent des difficultés chez les garçons, ce qui fait sens avec leurs scores généralement plus élevés dans les différentes dimensions du SDQ. Cependant, même à scores égaux sur les dimensions du SDQ, les parents déclarent plus souvent des difficultés lorsqu'il s'agit d'un garçon. Cela est lié à des difficultés psychosociales plus externalisées et visibles chez les garçons (comportement, hyperactivité) que chez les filles⁴.

L'impact de ces difficultés sur les divers domaines de la vie des enfants est anormalement haut pour 13 % d'entre eux selon les normes de cotations proposées par les auteurs du questionnaire (tableau 2).

Cet impact anormalement élevé concerne plus souvent les enfants en âge d'être au collège (11-14 ans) ou au lycée (15-17 ans) que les 3-10 ans (graphique 1). Le décalage entre les scores aux dimensions du SDQ et l'impact de difficultés perçues par le parent s'accroît à mesure que les enfants grandissent. Par rapport aux jeunes enfants, moins d'adolescents présentent des scores de difficultés psychosociales élevés, mais ils sont en revanche beaucoup plus fréquemment perçus par le parent comme gênés par de telles difficultés. Cela peut tenir à certaines questions du SDQ auxquelles les réponses sont, par construction, très différenciées selon les âges : par exemple, pour 60 % des 3-5 ans, le parent estime « très vrai » ou « un peu vrai » que « [son enfant] fait souvent des crises de colère ou s'emporte

4. En effet, à scores de difficultés externalisées égaux (comportement et inattention/hyperactivité), les parents s'inquiètent tout autant pour les garçons que pour les filles.

Graphique 1 Prévalences des scores élevés au SDQ, selon les tranches d'âge et le sexe

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire.

Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Pour chacun de ces scores, la littérature scientifique dédiée propose un seuil de score « anormalement élevé » (encadré 2). Pour les aptitudes prosociales, la prévalence représentée correspond aux scores anormalement bas.

Lecture > 10 % des garçons et 11 % des filles âgés de 3 à 5 ans présentent un score anormalement élevé de difficultés émotionnelles (avec une marge d'erreur de + ou - 3 %). Chez les 15-17 ans, cela concerne 13 % des filles et 7 % des garçons.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

Tableau 2 Proportions des réponses au supplément impact du SDQ, selon le sexe de l'enfant

En %

Tous enfants (n = 20 127)	Non			Oui, mineures			Oui, importantes			Oui, sérieuses			
	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	
Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines : émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres ? (item 26)	56	59	53	35	33	37	7	6	7	2	2	3	
Si Oui en item 26 (n = 9 222)	Pas du tout (0)			Un peu (0)			Assez (1)			Beaucoup (2)			
	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	
Ces difficultés dérangent-elles ou gênent-elles votre enfant ? (item 28)	16	17	14	21	20	22	5	5	5	3	2	3	
À quel point cette ou ces difficultés interfèrent-elles avec la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants ? (item 29)	a. La vie à la maison	14	13	14	21	19	22	7	6	7	3	3	3
	b. Les amitiés	20	18	23	17	16	18	5	4	5	2	2	2
	c. Les apprentissages à l'école	13	14	13	18	16	19	7	5	8	6	5	7
	d. Les loisirs, etc.	22	21	23	15	14	17	4	3	5	2	2	3
Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la famille en général ?* (item 30)	14	13	15	21	19	23	5	5	6	3	3	4	
Total du score d'impact	Normal (0)			Limite (1)			Élevé (2-10)						
	80	82	78	7	6	8	13	12	15				

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire ; n : effectifs.

Notes > Le supplément du questionnaire SDQ permet le calcul d'un score d'impact de difficultés allant de 0 à 10 à partir du ressenti du parent sur d'éventuelles difficultés (items 28 et 29) de son enfant. La littérature scientifique dédiée propose des seuils indiquant si le score est « normal », « limite » ou « anormalement élevé » (encadré 2). Les scores des enfants dont les parents estiment qu'ils ne présentent pas de difficultés (item 26) sont cotés 0, les questions 28, 29 et 30 ne leur ont donc pas été posées.

La question marquée d'un * ne rentre pas en compte dans le calcul du score d'impact.

Lecture > Pour 7 % des enfants âgés de 3 à 17 ans (6 % des filles et 7 % des garçons), le parent estime que son enfant présente d'importantes difficultés. Chez 80 % des 3-17 ans (82 % des filles et 78 % des garçons), le score d'impact est « normal » ; pour 7 %, ce score est « limite » ; et pour 13 %, celui-ci est « anormalement élevé ».

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

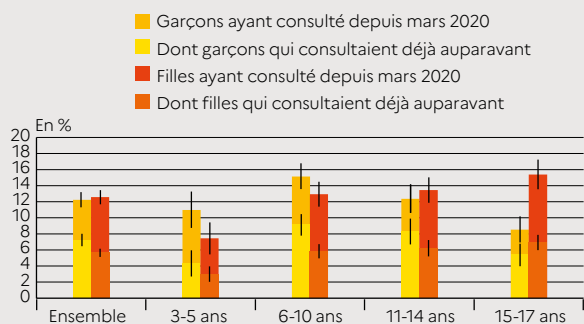
facilement », c'est 32 points de plus que chez les 15-17 ans. De la même manière, certaines réponses aux questions concernant l'anxiété, l'agitation ou les relations diffèrent de plus de 10 points entre les 3-5 ans et les 11-17 ans (tableau complémentaire D). Cela entraîne des scores de difficultés plus élevés en moyenne chez les jeunes enfants, sans pour autant générer de l'inquiétude chez le parent interrogé. Un autre mécanisme explicatif tient à l'importance qu'accordent les parents à l'école et aux apprentissages à partir de 6 ans et *a fortiori* à l'adolescence : pour 7 % des 3-5 ans, le parent considère que ses difficultés interfèrent « assez » ou « beaucoup » avec ses apprentissages à l'école ; une proportion qui atteint respectivement 12 %, 16 % et 15 % chez les 6-10 ans, les 11-14 ans et les 15-17 ans. Ce domaine est, aux yeux des parents, le plus affecté par les difficultés : ils sont respectivement 18 %, 7 % et 6 % à estimer que les difficultés de l'enfant

interfèrent « un peu », « assez » ou « beaucoup » avec son apprentissage scolaire (tableau 2).

De nouvelles consultations plus fréquentes chez les adolescentes et les garçons de 3 à 5 ans

En juillet 2021, sur l'ensemble des enfants de 3 à 17 ans, 12 % ont consulté un professionnel de santé « pour des difficultés psychologiques ou parce qu'il n'avait pas le moral » depuis le début de l'épidémie (mars 2020). Cette proportion est proche chez les garçons et les filles, sauf dans la tranche d'âge 15-17 ans, où les filles sont 15 % à avoir consulté (contre 9 % des garçons) [graphique 2]. La moitié de ces enfants recourant avaient commencé un suivi pour les mêmes raisons avant la crise sanitaire. Chez les 3-5 ans, la proportion de premières consultations depuis l'épidémie est plus élevée

Graphique 2 Consultations pour raisons psychologiques avant et après le Covid-19, par tranche d'âge et par sexe



Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Réponses « Oui » aux questions « Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), votre enfant a-t-il consulté un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques ou parce qu'il n'avait pas le moral ? » et « Votre enfant consultait-il déjà pour ces mêmes motifs avant mars 2020 ? ».

Lecture > En juillet 2021, parmi les enfants de 3 à 17 ans, 12 % (avec une incertitude de 1 %) des garçons ont consulté un professionnel de santé depuis le début de l'épidémie, dont 7 % consultaient pour les mêmes raisons auparavant.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> Études et Résultats n° 1271 © DREES

chez les garçons (7 %) que chez les filles (4 %). À partir de 6 ans, le recours à un professionnel de santé augmente chez celles-ci. L'écart le plus marqué entre filles et garçons concerne les 15-17 ans, dont 8 % de ces adolescentes ont débuté un recours aux soins pour des raisons psychologiques entre mars 2020 et juillet 2021 contre 3 % des adolescents. Ce phénomène vient une nouvelle fois corroborer les travaux montrant une nette dégradation de la santé mentale chez les jeunes filles depuis plusieurs années, accélérée lors de la crise sanitaire et accompagnée d'une hausse des recours aux soins pour raisons de santé mentale (Hazo, Boulch, 2022 ; Bagein, et al., 2022 ; Hazo, et al., 2021 ; Léon, et al., 2023). Outre le recours effectif aux professionnels de santé, le parent a ressenti, pour 5 % des enfants, « que [son enfant] avait besoin d'être aidé pour des difficultés psychologiques ou qu'il n'avait pas le moral », sans qu'aucune consultation n'ait eu lieu. Or dans plus de la moitié des cas, le besoin d'aide relevait, selon le parent, d'un professionnel de santé.

Ainsi, en considérant les enfants ayant consulté et ceux dont le besoin de consultation a été ressenti par le parent, 15 % des filles et des garçons auraient eu un besoin de soins pour un motif psychologique entre mars 2020 et juillet 2021. Chez les garçons, ce besoin est à son plus haut niveau, dans la tranche d'âge 6-10 ans (18 %). Chez les filles, ce pic de 18 % se situe entre 15 et 17 ans.

Les psychologues : principal recours aux soins de santé mentale de l'enfant

Le principal professionnel de santé consulté est le psychologue (ou le psychothérapeute) pour 7 % des garçons et 8 % des filles.

Alors que chez l'adulte, le généraliste est le principal recours (8 %) en santé mentale, seuls 3 % des 3-17 ans ont consulté un généraliste ou un pédiatre pour raisons psychologiques. En revanche, chez l'adulte, le recours à un psychologue depuis la crise sanitaire est légèrement

moindre que chez l'enfant ou l'adolescent puisqu'il atteint 5 % (tableau complémentaire E).

Les psychiatres ou pédopsychiatres sont, quant à eux, consultés par 3 % des garçons et 2 % des filles. Enfin, 2 % des garçons et des filles font appel à un « autre professionnel de santé », sans pouvoir préciser à quel type de professionnel cela renvoie (infirmière scolaire, médecin spécialiste, professionnel de médecine alternative, etc.).

Le type de professionnel consulté dépend en partie des difficultés psychosociales rencontrées : 45 % des enfants ayant vu un psychiatre ont un score de difficultés anormalement élevé, ce qui n'est le cas que de 30 % des enfants suivis par un psychologue et de 26 % de ceux ayant fait appel à un médecin généraliste ou à un pédiatre pour motifs psychologiques.

En incluant tous les recours effectués par un enfant, 58 % de ceux ayant recouru pour motifs psychologiques ont au moins rencontré un psychologue (contre 22 % un médecin généraliste ou un pédiatre, 20 % un psychiatre ou un pédopsychiatre, et 17 % un autre professionnel de santé). Chez l'adulte recourant pour les mêmes motifs, 52 % ont vu un généraliste, 32 % un psychologue, 16 % un psychiatre et 11 % un autre professionnel de santé.

À difficultés psychosociales égales, un recours aux soins plus fréquent chez les plus aisés

Tout comme l'âge et le sexe de l'enfant, le niveau de vie du ménage est lié à certaines dimensions des difficultés ou aptitudes psychosociales de l'enfant, en défaveur des enfants de parents les moins aisés. C'est particulièrement le cas pour des difficultés d'ordre relationnel et comportemental. Le score total de difficultés s'en ressent mathématiquement : la part d'enfants chez qui il est anormalement élevé est de 13 % pour les 20 % des ménages les moins économiquement aisés (contre 7 % chez les 20 % les plus aisés). En revanche, l'impact des difficultés, approché par le ressenti subjectif du parent sur d'éventuelles difficultés rencontrées par l'enfant (et non pas par la description de comportements et d'attitudes) ne paraît, quant à lui, pas différencié selon le niveau de vie (graphique 3).

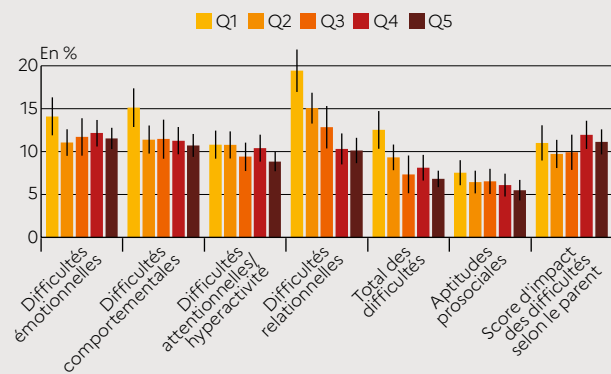
De même, les taux de recours aux soins de santé mentale chez l'enfant ne semblent pas varier selon le niveau de vie. Il est cependant nécessaire de tenir compte du fait que les difficultés psychosociales sont plus fréquentes dans les foyers aux niveaux de vie les plus bas. Le score global de difficultés du SDQ permet d'approcher, faute de mieux, le niveau de besoin de soins lié aux difficultés psychosociales. Lorsqu'ils sont standardisés sur ce score⁵, les taux de recours aux soins augmentent avec le niveau de vie (graphique 4). Autrement dit, à besoin de soins équivalents, les enfants des 20 % des ménages les plus aisés recourent plus aux soins que ceux des 20 % les moins aisés, particulièrement dans le cas des psychologues. De futurs travaux devront déterminer si cette inégalité sociale de recours aux soins pourra être réduite par l'introduction, en 2022, d'une prise en charge partielle des consultations de psychologues libéraux⁶.

La recherche de disparités territoriales montre des taux significativement plus bas d'enfants avec des scores de difficultés élevés dans les départements d'outre-mer enquêtés (6 %) par rapport aux départements de France métropolitaine (9 %). Les scores de difficultés relationnelles et d'aptitudes prosociales du SDQ varient significativement selon le degré de densité de la population de la commune de résidence du répondant, en défaveur des zones à forte densité. Aucune autre différence interrégionale ou départementale n'a été détectée.

5. C'est-à-dire dans le cas d'une situation fictive où la répartition des scores de difficultés psychosociales serait la même dans tous les niveaux de vie.

6. Dispositif MonParcoursPsy, donnant droit à huit séances de trente minutes par an facturées 30 euros (pour toute personne à partir de 3 ans).

Graphique 3 Prévalences des scores élevés du SDQ, selon les quintiles de niveau de vie des parents



Q1 : premier cinquième de la distribution des niveaux de vie, c'est-à-dire les 20 % de la population les moins aisés. Q5 : dernier cinquième, c'est-à-dire les 20 % les plus aisés. Pour chacun de ces scores, la littérature scientifique dédiée propose un seuil de score « anormalement élevé » (encadré 2).

Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Pour les aptitudes prosociales, la prévalence représentée correspond aux scores anormalement bas.

Lecture > Pour 14 % (avec une incertitude de 2 %) des enfants âgés de 3 à 17 ans appartenant aux ménages les 20 % les moins aisés, le score de difficultés émotionnelles est anormalement élevé, c'est le cas pour 12 % des enfants appartenant aux 20 % des ménages les plus aisés.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> *Études et Résultats* n° 1271 © DREES

Pour l'enfant, des difficultés fortement corrélées à la santé mentale du parent et au temps d'écran

De nombreux facteurs peuvent entrer en jeu dans les difficultés psychosociales de l'enfant, selon qu'elles sont reflétées par un score anormalement élevé au SDQ ou des difficultés perçues par le parent. C'est également le cas pour les déterminants du recours aux soins psychologiques, à scores de difficultés identiques⁷. Parmi ceux mesurés dans l'enquête, les principaux facteurs associés aux difficultés psychosociales de l'enfant concernent le parent répondant : les parents présentant des syndromes anxio-dépressifs et ceux ayant un faible soutien social cotent plus négativement les réponses au SDQ et estiment plus souvent que l'enfant présente des difficultés. C'est également le cas des parents atteints d'un handicap (tableau complémentaire F).

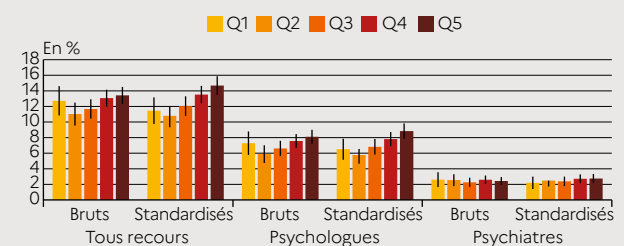
À toute autre caractéristique mesurée égale, les mères cotent un peu plus négativement le SDQ que les pères. Cela peut être dû à une vigilance ou à une inquiétude accrue, ou à une surreprésentation de mères en charge d'enfants présentant des difficultés. Par rapport aux plus jeunes, les parents âgés de 35 ans ou plus déclarent un peu moins souvent percevoir des difficultés. L'âge et le sexe du parent ne paraissent, en revanche, pas jouer sur le recours aux soins. Un faible niveau de vie du ménage est associé, toutes autres choses égales par ailleurs, au fait de présenter un score de difficultés psychosociales anormalement élevé. En ce qui concerne le recours aux soins psychologiques et les difficultés perçues, les inégalités sociales sont, quant à elles, plutôt liées au niveau d'études et au parcours migratoire qu'au niveau de vie. Ainsi, les parents moins éduqués et ceux immigrés ou descendants d'immigrés d'origine extra-européenne perçoivent moins de difficultés et, à scores au

SDQ fixés, déclarent moins de recours aux soins psychologiques. Pourtant, ces caractéristiques ne sont pas associées, toutes autres choses égales par ailleurs, à des scores de difficultés moins élevés. Ce moindre recours aux soins psychologiques des populations issues de l'immigration extra-européenne a déjà été documenté chez les adultes (Font, *et al.*, 2018 ; Hazo, *et al.*, 2017). Un phénomène inverse est observé chez les enfants de famille monoparentale : alors que leurs scores de difficultés ne paraissent pas différer de celui des autres enfants, ils recourent plus aux soins et inquiètent plus souvent le parent répondant.

Les enfants des départements d'outre-mer (DOM) présentent tout à la fois moins de scores anormalement élevés au SDQ, de difficultés perçues par le parent et de recours aux soins que ceux de la métropole. Un résultat qui fait écho à ceux des adultes, qui déclarent également un moindre recours aux soins de santé mentale, que ce soit dans EpiCov en 2021 (7 % contre 13 % en métropole) ou dans des enquêtes antérieures (Roelandt, *et al.*, 2022 ; Maëlle, *et al.*, 2017 ; Hazo, *et al.*, 2017). À l'exception de La Réunion, les représentations liées à la santé mentale diffèrent entre les DOM et la métropole (Roelandt, *et al.*, 2022). Cela peut partiellement expliquer les écarts épidémiologiques en santé mentale régulièrement relevés entre ces départements et la moyenne pour la France métropolitaine (Leduc, *et al.*, 2021 ; Maëlle, *et al.*, 2017).

Concernant les facteurs propres aux enfants, l'âge et le sexe montrent d'importantes différences évoquées plus haut, dont la plupart se maintiennent après ajustement sur les autres facteurs. En outre, à scores de difficultés fixés, les adolescentes recourent plus que les adolescents et les moins de 8 ans. Les temps d'écran, d'activité physique et de lecture paraissent des déterminants sensibles des difficultés psychosociales, avec des effets contraires. Un travail longitudinal sur les données d'EpiCov montre que

Graphique 4 Consultations pour raisons psychologiques selon le niveau de vie des ménages, taux bruts et standardisés sur le score de difficultés du SDQ



Q1 : premier cinquième de la distribution des niveaux de vie, c'est-à-dire les 20 % de la population les moins aisés. Q5 : dernier cinquième, c'est-à-dire les 20 % les plus aisés.

Notes > Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par les barres verticales en noir. Taux bruts et standardisés sur le score total de difficultés au SDQ. Les taux standardisés tiennent compte du fait qu'en moyenne, les enfants des ménages les moins aisés ont des scores de difficultés supérieurs à ceux des ménages les plus aisés.

Lecture > 13 % (avec une incertitude de 2 %) des enfants âgés de 3 à 17 ans appartenant aux 20 % des ménages les moins aisés ont recouru à des soins de santé mentale. Si les scores de difficultés du SDQ n'étaient pas différents selon le niveau de vie des ménages, ils seraient 11 % dans ce cas.

Champ > Enfants âgés de 3 à 17 ans dont le parent répondant (parent, conjoint(e) du parent, assistant(e) familial(e)) est une personne de 16 ans ou plus, résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, à la Martinique ou à La Réunion (hors Ehpad, maisons de retraite et prisons).

Source > EpiCov (Inserm-DREES), 3^e volet (juillet 2021).

> *Études et Résultats* n° 1271 © DREES

7. Les résultats présentés ici sont issus de modèles de régression logistiques ajustant entre eux les différents facteurs associés pour rechercher une probabilité de présenter, d'une part, un score de difficultés élevé et, d'autre part, des difficultés perçues par le parent, toutes autres choses égales par ailleurs. Pour tenir compte du besoin de soins, le modèle explicatif du recours aux soins est, quant à lui, également ajusté sur les quatre scores de difficultés (émotionnelle, comportementale, attentionnelle et relationnelle).

l'exposition prolongée à des temps d'écran élevés au cours de l'année suivant le premier confinement est associée, en juillet 2021, à des scores de difficultés relationnelles dégradés chez les 3-14 ans et des problématiques comportementales et attentionnelles chez les 11-14 ans (Descarpentry, *et al.*, 2023). Cela incite à penser que l'association entre temps d'écran quotidien supérieur à quatre heures et difficultés psychosociales s'explique par une causalité du temps d'écran élevé sur les difficultés psychosociales chez l'enfant. La lecture et l'activité physique apparaissent, quant à elles, comme des facteurs protecteurs des difficultés psychosociales. La causalité est vraisemblablement bidirectionnelle : les difficultés

psychosociales peuvent empêcher de telles activités et, inversement, ces activités peuvent préserver de certaines difficultés. Sur ces derniers déterminants comme sur la plupart de ceux disponibles dans l'enquête, des travaux sur les chemins de causalité et les effets de médiation entre les facteurs (par exemple, les liens entre pauvreté, santé mentale du parent et difficultés psychosociales de l'enfant) devront être conduits pour permettre d'identifier les actions de prévention les plus pertinentes. ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : Santé de la population Santé mentale Inégalités sociales de santé Adolescent Enfant Covid-19

Pour en savoir plus

- > Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., *et al.* (2022, septembre). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 102.
- > Descarpentry, A., Melchior, M., Galera, C., *et al.*, EpiCoV Study Group (2023, juin). High screen time and internalizing and externalizing behaviours among children aged 3 to 14 years during the COVID-19 pandemic in France. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Epub ahead of print.
- > Elharake, J.A., Akbar, F., Malik, A.A., *et al.* (2022, janvier). Mental Health Impact of COVID-19 among Children and College Students: A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 54(3), pp. 913-925.
- > Font, H., Roelandt, J.-L., Behal, H., *et al.* (2018, juin). Prevalence and predictors of no lifetime utilization of mental health treatment among people with mental disorders in France: findings from the « Mental Health in General Population » (MHGP) survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, pp. 567-576.
- > Hazo, J.-B., Prigent, A., Auriol, M., *et al.* (2017, mars). Identification des facteurs associés au recours aux soins de santé mentale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 65, pp. S53-S54.
- > Hazo, J.-B., Costemalle, V. (2021, mars). Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans – Résultats issus de la première vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1185.
- > Hazo, J.-B., Costemalle, V., Rouquette, A., *et al.* (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 – Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.
- > Hazo, J.-B., Boulch, A., en collaboration avec le groupe EpiCov (2022, juin). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- > Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W., Lempinen, L., *et al.* (2022, août). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32(2).
- > Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A. (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne 2019. Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > Léon, C., Du Roscoât E., Beck, F. (2023, février). Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2, pp. 28-40.
- > Robert, M., Paget, L.-M., Léon, C., *et al.* (2017, octobre). Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Santé publique France.
- > Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., Ford, T. (2003, février). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), pp. 185-187.
- > Roelandt, J.-L., Benradia, I., Amadéo, S., *et al.*, (2022, août). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » dans les Outre-mer français et dans l'Hexagone. *L'information psychiatrique*, 98, pp. 659-673.
- > Santé publique France (2022, mai). *Santé mentale*, édition nationale mensuelle, 10.
- > Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., Kovess, V. (2009, septembre). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, pp. 740-747.
- > Stone, L.L., Otten, R., Rutger, C.M.E., *et al.* (2010, septembre). Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13(3), pp. 254-274.
- > Thierry, X., *et al.*, et l'équipe SAPRIS (2021, janvier). Les enfants à l'épreuve du premier confinement. Ined, *Population & Sociétés*, 585, pp. 1-4.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> Contact presse
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargées d'édition : Elisabeth Castaing, Laurence Lefebvre
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AJP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr