

ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ 2014-2015 AUPRÈS DES ÉLÈVES SCOLARISÉS EN CLASSE DE CM2

Fiche élève

ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENFANT (voir guide page 1)

Q1- N° de l'école →

Q2 - Département →

Q3 - N° d'ordre de l'élève →

Q4 - Date de l'examen / /

Q5 - Présence du carnet de santé Oui Non

Q6 - Sexe de l'enfant Garçon Fille

Q7 - Mois et année de naissance /

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête est reconnue d'**intérêt général et de qualité statistique** sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n° 2014X7155A du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et du Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, valable pour l'année scolaire 2014-2015. En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de la Drees via le médecin ou l'infirmière qui a assuré l'enquête.

A - SITUATION FAMILIALE DE L'ENFANT (voir guide page 1)

A1 - Avec qui vis-tu le plus souvent dans la semaine ?

- Avec mes parents
 Avec ma mère et son (sa) conjoint(e) Avec mon père et sa (son) conjoint(e)
 Avec ma mère seule Avec mon père seul
 autre situation, préciser

A2 - Avec combien d'enfant(s) plus âgé(s) que toi vis-tu le plus souvent ? (ne te compte pas)

A3 - Avec combien d'enfant(s) plus jeune(s) que toi vis-tu le plus souvent ? (ne te compte pas)

A4 - Quelle est la situation actuelle de tes parents (ou beaux-parents) vis-à-vis de l'emploi ?

| A4a - Ton père (ou conjoint(e) de ta mère) | A4b - Ta mère (ou conjoint(e) de ton père) |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Il travaille | <input type="checkbox"/> Elle travaille |
| <input type="checkbox"/> Il est au chômage | <input type="checkbox"/> Elle est au chômage |
| <input type="checkbox"/> Autre situation (au foyer, congé parental, formation, maladie de longue durée, retraite...) | <input type="checkbox"/> Autre situation (au foyer, congé parental, formation, maladie de longue durée, retraite...) |
| <input type="checkbox"/> Sans objet (décédé, inconnu...) | <input type="checkbox"/> Sans objet (décédée, inconnue...) |

A5a - Quelle est la profession de ton père ? (réponse en clair)

Code CS :

A5b - Quelle est la profession de ta mère ? (réponse en clair)

Code CS :

B - DONNÉES STATURO-PONDÉRALES (voir guide page 2)

| | Taille | Poids | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| A la naissance | B1 - <input type="text"/> cm | B2 - <input type="text"/> gr | B3 - né(e) à terme <input type="checkbox"/> (cocher, si c'est le cas) Si non, <input type="text"/> semaines d'aménorrhée |
| Au bilan de la sixième année | B4 - <input type="text"/> cm | B5 - <input type="text"/> , <input type="text"/> kg | B6 - date de l'examen de 6 ans <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Actuellement | B7 - <input type="text"/> cm | B8 - <input type="text"/> , <input type="text"/> kg | |

B9 - A l'issue de ce dépistage, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

Tous les élèves tirés au sort pour l'enquête doivent être interrogés et dépistés

C - DÉPISTAGE VISUEL (voir guide page 3)

C1 - L'enfant porte-t il des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement ?

- Non Oui, il les a avec lui aujourd'hui Oui, mais il ne les a pas avec lui aujourd'hui

C2 - Dépistage visuel (réalisé avec lunettes ou lentilles si l'enfant en est équipé)

Évaluation de l'acuité visuelle de loin

- Normale Anormale
 Non évaluée (indiquer pour quelle raison)

Recherche de l'hypermétropie

- Examen normal Examen anormal
 Non recherchée (indiquer pour quelle raison)

Recherche du strabisme

- Examen normal Examen anormal
 Non recherché (indiquer pour quelle raison)

C3 - A l'issue de ce dépistage, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ?

- Non Oui → *Si oui, préciser pour quelle raison (plusieurs réponses possibles) ?*
- Suspicion d'anomalie dépistée lors de l'examen Lunettes abîmées ou perdues, verres correcteurs rayés ...
- Correction actuelle non adaptée Autre raison (préciser)

D - DÉPISTAGE AUDITIF (voir guide page 5)

D1 - Matériel satisfaisant pour pratiquer l'examen (réalisé à 30 décibels avec audio-vérificateur) Oui Non

D2 - Conditions sonores satisfaisantes pour pratiquer l'examen (absence de bruits) Oui Non

D3 - Conditions médicales satisfaisantes pour pratiquer l'examen (absence de rhume...) Oui Non

D4 - L'enfant est-il équipé d'un appareil auditif ? Oui Non

D5 - Résultat de l'examen (examen pratiqué avec appareil auditif si l'enfant en est équipé) :

- Examen non compris par l'enfant _____
- Normal (aux fréquences 500 / 1000 / 2000 / 4000 hertz) → **Aller à la question D7**
- Anormal (au moins à l'une des fréquences explorées) :
-  à 1 oreille aux 2 oreilles

D6 - Si le résultat de l'examen est anormal, quelle en est la raison ?

- Un trouble de l'audition déjà diagnostiqué : perte auditive permanente (congénitales ou acquises),
- Un trouble temporaire de l'audition (y compris otites à répétition),
- Aucune information sur l'origine du problème.

D7 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

E - EXAMEN DE SANTE BUCCO-DENTAIRE (voir guide page 5)

E1 - Nombre de dent(s) cariée(s) NON soignée(s)

E2 - Nombre de dent(s) cariée(s) soignée(s)

E3 - L'enfant est-il équipé d'un appareil dentaire ? Oui Non

E4 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

F - HABITUDES DE VIE (voir guide page 6)

F1 - Combien de fois te brosses-tu les dents ?

- Plusieurs fois par jour Une fois par jour Quelques fois par semaine Rarement ou jamais

F2 - Combien d'heures par jour au TOTAL, passes-tu habituellement devant un écran (télévision, DVD, console de jeu, jeux vidéo, tablette, smartphone ou ordinateur) **en dehors des horaires de classe ?**

| (une seule réponse par ligne) | Jamais | Moins d'1 h par jour | 1 - 2 h par jour | 2 - 3 h par jour | Plus de 3 h |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a - Les jours d'école | <input type="checkbox"/> |
| b - Les jours sans école | <input type="checkbox"/> |

F3 - Combien de jours par semaine as-tu classe ? 4 jours 4,5 jours

F4 - As-tu un ordinateur (hors portable) ou une télévision dans ta chambre ? Non Oui

F5a - A quelle heure t'es-tu couché(e) hier soir ? h

F5b - A quelle heure t'es-tu levé(e) ce matin ? h

F6 - Combien de fois par semaine prends-tu un petit déjeuner ?

- Tous les jours 4, 5, 6 fois par semaine 1, 2, 3 fois par semaine Exceptionnellement ou jamais

F7- Manges-tu habituellement à la cantine le midi ?

- Oui, tous les jours Oui, quelques fois par semaine Rarement ou jamais

F8 - Quel est le dernier légume que tu as mangé ?

(Recueillir la réponse spontanée de l'enfant, ne donner aucune précision complémentaire)

F9 - Combien de fois par semaine manges-tu habituellement (tous repas compris)

| | Tous les jours | 4, 5, 6 fois par semaine | 1, 2, 3 fois par semaine | Rarement ou jamais |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a - Des légumes crus et cuits (sauf pommes de terre et autres féculents) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b - Des fruits (sauf jus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c - Des boissons sucrées (sodas, sirops, nectars, laits aromatisés sucrés, jus de fruits sucrés ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d - D'autres boissons (eau, lait nature, jus de fruits 100%, jus de légumes...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F10 - Pratiques-tu, habituellement, chaque semaine, une ou plusieurs activités sportives (en club ou non) en dehors des cours d'éducation physique et sportive ?

- Oui Non → *Si la réponse est « non », poser la question F11 :*

F11 - Y-a-t-il une activité que tu pratiques pour tes loisirs, habituellement, chaque semaine, en dehors des cours d'éducation physique et sportive, parmi cette liste : vélo, piscine, danse, gymnastique, patinage, roller, skate, équitation ?

- Oui Non Autre(s) activité(s) citée(s) par l'enfant (préciser)

G - SANTE RESPIRATOIRE (voir guide page 7)**G1 - As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de ta vie ?**

- Non Oui → *Si la réponse est « NON », passer directement à la question G6*

G2 - As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?

- Non Oui → *Si la réponse est « NON », passer directement à la question G6*

G3 - Combien de fois as-tu eu des crises de sifflements durant les 12 derniers mois ?

- Aucune 1 à 3 fois 4 à 12 fois Plus de 12 fois

G4 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements t'ont-elles réveillé(e) ?

- Jamais réveillé avec des sifflements Moins d'une nuit/semaine Une ou plusieurs fois/semaine

G5 - Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour t'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ?

- Non Oui

G6 - As-tu déjà eu des crises d'asthme ? Non Oui**G7 - Durant les 12 derniers mois, as-tu eu des sifflements dans ta poitrine pendant ou après un effort ?**

- Non Oui

G8 - Durant les 12 derniers mois, as-tu eu une toux sèche la nuit, alors que tu n'avais ni rhume, ni infection respiratoire ?

- Non Oui

→ *Si la réponse est « OUI » à la G2 ou « OUI » à la question G6, poser la question suivante :*

G9 - Durant les 12 derniers mois, as-tu pris des médicaments contre ces crises de sifflements ou d'asthme ?

- Non Oui

H. APPRENTISSAGE DE LA NAGE (voir guide page 8)

H1 - Est-ce que tu sais nager ?

EPI : équipement de protection individuelle.

- Non, pas du tout
(je coule dès que l'on me met dans l'eau)
- Presque pas
(je ne peux pas aller seul(e) là où je n'ai pas pied sans bouée ou EPI ou aide)
- Assez bien
(suffisamment pour aller seul(e) là où je n'ai pas pied, sans bouée, sans EPI et sans aide, et/ou je peux nager seul(e) environ 10 mètres ou une largeur de piscine, sans bouée, sans EPI, sans aide et sans mettre le pied par terre)
- Très bien
(je peux nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes sans bouée, sans EPI, sans aide, et sans mettre le pied par terre)
- Je ne sais pas répondre, je n'ai jamais essayé

i. ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (voir guide page 8)

i1 - As-tu eu un accident ou t'es-tu blessé(e)

depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1^{er} juillet 2014) ?

- Non Oui

Combien d'accidents ?

→ Si OUI, et pour l'accident « le plus grave » :

i2- Était-ce un accident de la circulation ?

- Non

- Oui, préciser la situation de l'enfant accidenté (voiture, scooter, vélo, piéton, autre)

.....
.....

i3- Qu'est-ce que tu as eu ?

(orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

i4 - Où cet accident s'est-il passé ? (lieu : plusieurs réponses possibles)

Cadre scolaire

- Non Oui

Voie publique (rue, trottoir, parking)

- Non Oui

Terrain de sport ou installation sportive

- Non Oui

Domicile

- Non Oui

Lieu de loisir

- Non Oui

Autre

- Non Oui

i5 - Quand cet accident est-il survenu ?

Pendant les grandes vacances scolaires (du 1/7 à la rentrée)

- Non Oui

Pendant la période scolaire

- Non Oui

Pendant d'autres vacances scolaires

- Non Oui

Préciser le mois de survenue

i6 - Qu'est-ce que tu faisais ? (activité)

Sport

- Non Oui

Jeux, autres activités de loisir

- Non Oui

Sport organisé

- Non Oui

Déplacement

- Non Oui

Quel sport ?

Autres activités, préciser

i7 - Comment est-ce arrivé (chute, choc, brûlure, coupure, etc.) ? (mécanisme, voir liste)

.....

i8 - Conséquences :

Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, as-tu été limité dans tes activités ?

- Non Oui limité

- Oui sévèrement limité

As-tu eu à cette occasion une dispense d'éducation physique et sportive ?

- Non Oui

Combien de semaines ?

Cet accident a-t-il nécessité un passage aux urgences à l'hôpital ?

- Non Oui

J - STATUT VACCINAL (voir guide page 9)

A renseigner EXCLUSIVEMENT à l'aide d'un document de santé, en priorité le carnet de santé.
En l'absence de carnet de santé, indiquer quel document a été utilisé :

Carnet de vaccination Dossier médical scolaire à jour

J1 - Date premier BCG

J J / M M / A A

Pour les questions J2 à J7, nous vous prions de bien vouloir préciser clairement le nom du vaccin utilisé et la date de l'injection.

J2 - Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus influenzae b

a - J J / M M / A A d - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A e - J J / M M / A A
c - J J / M M / A A f - J J / M M / A A

En cas de doute, noms des vaccins disponibles : **Hexavalent** = Infanrixhexa® - **Pentavalents** = Infanrix Polio Hib®, Infanrixquinta®, Infanrixpenta®, Pentavac®, Pentacoq®, Pent-Hibest® - **Tétravalents** = Tétracoq®, DTCP Pasteur®, Infanrix Polio®, Infanrix Tétr®, Tétravac®, Repevax®, Boostrixtetra® - **Trivalent** = DTPolio®, Revaxis - **Haemophilus influenzae b monovalent** = ActHib®

J3 - Hépatite B

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Les vaccins contenant une valence hépatite B sont les suivants : Genhevac B®, Engerix®, HBVaxDNA®, HBVaxPRO®, Infanrixhexa®, Twinrix®

J4 - Rougeole, oreillons, rubéole

a - Rougeole (Rouvax®) J J / M M / A A d - ROR 3 J J / M M / A A
b - ROR 1 J J / M M / A A e - Rubéole (Rudivax®) J J / M M / A A
c - ROR 2 J J / M M / A A

Les vaccins Rougeole/Oreillons/Rubéole sont les suivants : ROR®, RORvax®, Priorix®, M-M-Rvaxpro® - Le vaccin monovalent rougeole = Rouvax® - Le vaccin monovalent rubéole = Rudivax®

J5 - Pneumocoque

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Vaccins proposés Pneumo23®, Prevenar®

J6 - Méningocoque C

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A

Vaccins proposés : Meningitec®, Meninvact®, Menjugate®, Neisvac®, Mencevax®, Menomune®, Menveo®

J7 - Autres vaccins (contre varicelle, grippe, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune etc...)

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Les vaccins disponibles sont : Varivax®, Varilrix®, Avaxim®, Havrix®, Twinrix®, Typherix®, Typhim VI®, Tyavax®, Aggripal®, Fluarix®, Fluvirine®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Previgrip®, Vaxigrip®, Stamaril®, Rotarix®, Rota Teq®.

J8 - A partir de ce que vous savez de la couverture vaccinale de cet enfant,
avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ?

Non Oui