

ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ 2012-2013 AUPRÈS DES ÉLÈVES SCOLARISÉS EN GRANDE SECTION DE MATERNELLE

Fiche élève

ETABLISSEMENT ET CONDITIONS DE COLLECTE

Q1- N° de l'école ➡ | | | | | | | |

Q2- Département ➡ | | | | |

Q3- N° d'ordre de l'élève ➡ | | |

Q4 - Date de l'examen | J | J | / | M | M | / | A | A |

Q5 - Présence des parents Oui Non

Q6 - Présence du carnet de santé Oui Non

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° 2012X7125A du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, valable pour l'année scolaire 2012-2013. 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 - INFORMATIONS GENERALES SUR L'ENFANT

A1 - Enfant de sexe M F

A2 - Mois et année de naissance

| M | M | / / | 2 | 0 | A | A |

A3 - Mois et année d'entrée à l'école maternelle

| M | M | / / | 2 | 0 | A | A |

B - DONNEES STATURO-PONDERALES

	Taille	Poids	Terme
A la naissance	B1 - cm	B2 - gr	B3 - né(e) à terme <input type="checkbox"/> Si non, semaines d'aménorrhée
Actuellement	B4 - cm	B5 - kg	

C - EXAMEN DE LA VISION (pratiqué avec lunettes)

C1 - L'enfant porte-t-il des verres correcteurs ? Oui Non

C2 - Type d'examen :	Non évaluée	Examen normal	Examen anormal	C3 - Si anomalie	
				connue des parents mais pas encore corrigée	dépistée lors de l'examen
a - Vision de loin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Recherche de l'hypermétropie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Recherche de strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
e - Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
f - Vision des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

C4 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Oui Non

D - EXAMEN DE L'AUDITION

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 - Résultat de l'examen :

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) :



à 1 oreille

aux 2 oreilles

D5 - Si le résultat de l'examen est anormal, quelle en est la raison ?

Trouble acquis (ou permanent) : lésion auditive, malformation congénitale

Trouble temporaire (ou provisoire) : bouchon de cérumen, otite séreuse, infection auditive

Cause non identifiée  Le tympan a-t-il été examiné ? Oui Non

D6 - Si l'élève présente un trouble de l'audition, est-il...

Inconnu des parents

Connu des parents mais non pris en charge

Connu des parents et pris en charge

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

D8 - En tant que médecin / infirmier(ière), comment qualifieriez-vous l'élocution de l'enfant ? Normale Anormale

E - EXAMEN DE SANTE BUCCO-DENTAIRE

E1 - Nombre de dent(s) cariée(s) non soignée(s) | | | |

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

A partir d'ici, les modules E, F, G, H, I et J sont à poser aux parents

E - SANTE BUCCO-DENTAIRE (suite)

E3 - A quelle fréquence votre enfant se brosse-t-il les dents ?

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

E4 - Votre enfant a-t-il déjà consulté un chirurgien-dentiste ? (hors cadre scolaire et consultation gratuite proposée par l'assurance maladie)

- Oui, à titre préventif Oui, à titre curatif Non

F - HABITUDES DE VIE

F1 - Combien d'heures par jour au total votre enfant passe-t-il devant un écran (télévision, DVD, console de jeu, jeux vidéo ou ordinateur) **en dehors de l'école ?**

<i>(une seule réponse par ligne)</i>	Jamais	Moins d'1 h par jour	Moins de 2 h par jour	Moins de 3 h par jour	3 h par jour ou plus
a - Les jours d'école (lundi, mardi, jeudi, vendredi)	<input type="checkbox"/>				
b - Les jours sans école (mercredi, samedi, dimanche)	<input type="checkbox"/>				

F2 - Dans sa chambre, votre enfant dispose-t-il d'un écran (télévision, DVD, console de jeu, jeux vidéo ou ordinateur) ?

- Oui Non

F3a - Heure du coucher hier soir |__|__| h |__|__| *(ne pas tenir compte de l'heure d'endormissement)*

F3b - Heure du lever ce matin |__|__| h |__|__| *(ne pas tenir compte de l'heure du réveil)*

F4 - Combien de fois par semaine votre enfant prend-il un petit déjeuner ?

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

F5 - Votre enfant déjeune-t-il habituellement à la cantine ?

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

F6- Combien de fois votre enfant consomme-t-il habituellement... (tous repas compris)

<i>(une seule réponse par ligne)</i>	Tous les jours	4, 5, 6 fois par semaine	1, 2, 3 fois par semaine	Rarement ou jamais
a - Féculents Pâtes, pommes de terre, riz, semoule, légumes secs (lentilles, flageolets, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b - Légumes crus et cuits (sauf pâtes, pommes de terre et autres féculents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c - Fruits (quelle que soit leur préparation, sauf jus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d - Jus de fruits (sans sucres ajoutés, pur jus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e - Boissons sucrées (sodas, sirop, nectar, sauf jus de fruits sans sucres ajoutés et pur jus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f - Produits laitiers (lait, yaourts, fromages)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g - Viandes, poissons, œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h - Aliments sucrés (gâteaux, viennoiseries, barres chocolatées ou céréalières, desserts lactés, crèmes dessert, bonbons, chocolat ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G - ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE DEPUIS LE 1^{er} JUILLET 2012

Sont considérés ici les seuls accidents avec atteintes corporelles ayant nécessité un recours à un établissement (hôpital, clinique) ou à un professionnel de santé (médecin, pharmacien) pour se faire soigner.

G1 - Votre enfant a-t-il eu un accident ou s'est-il blessé depuis le 1^{er} juillet 2012 ?

Non → *Aller en section H Allergies alimentaires* Oui → combien d'accidents ? |__|__|

G2a - Si oui, et pour l'accident « le plus grave » : Était-ce un accident de la circulation ? Non Oui

G2b - Si oui, préciser la situation de l'enfant accidenté (voiture, scooter, piéton, autre) :

G3 - Qu'est-ce qu'il a eu lors de cet accident ? (orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

.....

G4 - Cet accident a-t-il eu lieu dans le cadre scolaire ? Non Oui

G5 - Où cet accident s'est-il passé ? (plusieurs réponses possibles)

- Voie publique (rue, trottoir, parking)
 Terrain de sport / installation sportive
 Domicile
 Lieu de loisir
 Autre lieu, préciser :

G6 - Quand cet accident est-il survenu ? (préciser le mois de survenue) |__|__|

G7 - Qu'est-ce qu'il faisait ?

- a - Sport Non Oui
b - Déplacement Non Oui
c - Jeux, autres activités de loisir Non Oui
d - Autres activités, préciser :

G8 - S'il s'agissait d'un sport, était-ce un sport organisé ? Non Oui

G9 - Quel sport ? (réponse en clair)

G10 - Était-ce une chute, un choc, une brûlure, une coupure ou un autre mécanisme ? (réponse en clair, voir liste)

.....

G11 - Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, votre enfant a-t-il été limité dans ses activités ?

Oui, sévèrement limité Oui, limité Non

G12 - A quels soins avez-vous eu recours pour votre enfant pour cet accident ? (plusieurs réponses possibles)

- Soins de médecin Soins infirmiers Kinésithérapie
 Achats en pharmacie Passage aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique Hospitalisation
 Autre, préciser

H - ALLERGIES ALIMENTAIRES

H1 - A ce jour, votre enfant présente-t-il une allergie alimentaire ? (arachide, œuf, ...)

Non Oui

H2 - Si oui et pour cette allergie, votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) à l'école ?

Oui, il est en place Non, mais il est envisagé Non

I - SANTE RESPIRATOIRE

i1 - Votre enfant a-t-il déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de sa vie ?

- Non Oui → Si la réponse est « non », passer directement à la question i6

i2 - Votre enfant a-t-il 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 i6

i3 - Combien de fois votre enfant a-t-il eu de crise(s) de sifflement durant les 12 derniers mois ?

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

i4 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-elles réveillé(e) ?

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

i5 - Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour l'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ? Non Oui

i6 - Votre enfant a-t-il déjà eu des crises d'asthme ? Non Oui

i7 - Durant les 12 derniers mois, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans sa poitrine pendant ou après un effort ?

- Non Oui

i8 - Durant les 12 derniers mois, votre enfant a-t-il eu une toux sèche la nuit, alors qu'il n'avait ni rhume, ni infection respiratoire ? Non Oui

→ Si la réponse est « oui » à la i2 ou « oui » à la question i6, poser les questions suivantes :

i9 - Durant les 12 derniers mois, votre enfant a-t-il pris des médicaments contre ces crises de sifflement ou d'asthme ?

- Non Oui

i10 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois votre enfant a-t-il vu un médecin ou est-il allé aux urgences à l'occasion de crises de sifflements ou d'asthme ? |__|__| fois

i11 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois votre enfant a-t-il été hospitalisé en raison d'une crise de sifflements ou d'asthme ? |__|__| fois

J - DONNEES SOCIALES ET CONDITIONS DE VIE

J1 - Avec qui l'enfant vit-il le plus souvent dans la semaine ? (une seule réponse possible)

- Sous le même toit avec ses deux parents Avec sa mère seule (sans conjoint(e)) Avec sa mère + conjoint(e)
 En garde alternée avec ses deux parents Avec son père seul (sans conjoint(e)) Avec son père + conjoint(e)
 Autre situation (préciser)

J2 - Quel est le rang de l'enfant parmi les enfants vivant au domicile ? |__|__| / |__|__|

J3 - Quel est le diplôme le plus élevé obtenu par... ?

(une seule réponse par colonne)	a - père	b - mère
Aucun diplôme, BEPC, Brevet des collèges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAP, BEP ou équivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat ou brevet professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme équivalent BAC + 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme équivalent BAC + 3 ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J4 - Quelle est la situation actuelle par rapport à l'emploi ?

a - père	b - mère
<input type="checkbox"/> En emploi à temps plein	<input type="checkbox"/> En emploi à temps plein
<input type="checkbox"/> En emploi à temps partiel	<input type="checkbox"/> En emploi à temps partiel
<input type="checkbox"/> Au chômage	<input type="checkbox"/> Au chômage
<input type="checkbox"/> En congé parental	<input type="checkbox"/> En congé parental
<input type="checkbox"/> Au foyer	<input type="checkbox"/> Au foyer
<input type="checkbox"/> Autre (retraite, formation, étudiant, maladie...)	<input type="checkbox"/> Autre (retraite, formation, étudiante, maladie, ...)
<input type="checkbox"/> Sans objet (décédé, absence de père,...)	<input type="checkbox"/> Sans objet (décédée, absence de mère,...)

J5a - Quelle est la profession du père ? (réponse en clair)

..... Code CS : |__|

J5b - Quelle est la profession de la mère ? (réponse en clair)

..... Code CS : |__|

