

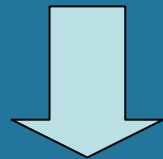
# Etude longitudinale des problèmes de santé physique et mentale des enfants scolarisés dans les écoles primaires parisiennes

## Ses particularités :

- Étude de suivi
- Exploitation des données issues du bilan médical
- Santé de l'enfant abordée dans ses dimensions physique et mentale

★ Partenariat :

- DASES (Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé de la ville de Paris),
- Rectorat de Paris,
- Fondation MGEN



Signature de la convention de collaboration : oct 2006

- ★ Ont participé au Comité de pilotage : les parents d'élèves (FCPE), les pédo-psychiatres d'intersecteurs.

# Concernant l'anonymat

- ★ Autorisation CNIL
- ★ Consentement des parents : formulaire à remplir en cas de refus
- ★ Toutes les données vont être traitées statistiquement de façon anonyme.
- ★ Seul un numéro d'identification figurant sur les quatre questionnaires permettait de faire le lien entre l'enfant, son parent, son enseignant et le médecin.
- ★ Aucune donnée individuelle sur la santé des enfants ne sera disponible pour l'école
  - Aucune analyse n'est faite par école
  - Pas de classement des écoles

## En grande section de maternelle :

- Évaluation
  - des problèmes de santé (mentale **et** physique)
  - Utilisation du système de soins
- Étude des facteurs de risque (au sens statistique)

## Dans 5 ans, en CM2 (chez les mêmes enfants) :

- Évaluation de l'évolution
  - des problèmes de santé (mentale **et** physique)
  - Utilisation du système de soins
- Étude des facteurs de risque
- Étudier les facteurs d'amélioration et de détérioration des problèmes de santé

## ★ Échantillon représentatif :

2800 enfants

- 200 écoles maternelles publiques (prise en compte de la taille des écoles, ZEP/non ZEP, ...)
- Dans chaque école, 14 enfants tirés au sort  
Écoles privées : échantillon exploratoire

## ★ Une Approche croisée : 3 informateurs : Parents/Enseignants/médecin

<i>Source d'information</i>	Santé physique	Santé mentale
Parents	X	X
Enseignant		X compétences scolaires
Médecin	X	

- ★ Tirage au sort des écoles et des enfants
- ★ Information préalable des parents et des enseignants
- ★ Recueil du consentement des parents
- ★ Passation des questionnaires destinés aux médecins, aux parents et aux enseignants
- ★ Retransmission des données anonymisées à la Fondation Mgen pour exploitation

- ★ Pour les parents
- ★ Pour les enseignants : passation du questionnaire à l'école
- ★ Pour les médecins scolaires : bilan médical

Tous ces questionnaires sont envoyés par les médecins à la DASES qui les envoient, après consolidation, à la Fondation MGEN



# Questionnaire parents

(Rempli à la maison et remis au médecin lors de la visite  
sous enveloppe fermée)



- ★ Une dizaine de pages
- ★ Envoyé par le médecin scolaire au parent avec la convocation à la visite médicale.
- ★ Cas des parents parlant le français mais ne l'écrivant pas : aide proposée pendant la visite.
- ★ Les questions:
  - Données sociodémographiques de l'enfant (cursus scolaire, place dans la fratrie, lieu de naissance)
  - des parents (degré d'instruction, lieu de naissance, profession).
  - Relations parents - enfant : questionnaire mis au point par le service de recherche de l'hôpital Rivière des Prairies, Canada et qui s'inspire des items du Parent Behaviour Questionnaire.
  - Antécédents familiaux (Weissman, 2000)
  - Santé mentale des parents (SF36)
  - Événements de vie de la famille : Life Event Checklist (Johnson et Mac Cutcheon - 1980).

# Relation parent-enfant

1) **Les questions suivantes portent sur la relation que vous avez eue avec votre enfant au cours de la dernière année.** Pour chacune des questions, cocher la case correspondant à votre réponse. (*pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse*).

	Très souvent	Souvent	Quelque-fois	Jamais	Ne sait pas
a) Faites-vous des activités ensemble (jeux, sports, sorties, etc...) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Parlez-vous ensemble de ses activités, de ses ami(e)s, de ses résultats scolaires ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) **Les questions suivantes correspondent à certaines attitudes que vous pourriez avoir vis-à-vis de votre enfant.** (*pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse*).

	Oui	Non	Ne sait pas
a) Avez-vous souvent peur qu'il arrive un accident à votre enfant ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Est-ce que vous le (la) gardez le plus souvent possible auprès de vous parce que vous n'aimez pas le (la) laisser seul(e) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1) **Les questions suivantes correspondent à votre façon d'agir avec votre enfant au cours de la dernière année.** (*pour chaque ligne, cocher la case correspondant à votre réponse*).

	La plupart du temps	Souvent	Quelquefois	Jamais
<b>Lui permettez-vous de :</b>				
a) Choisir ses vêtements de la journée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Préparer un plat simple ( <i>exemple sandwich, céréales..</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Données socio-démographiques

## 1) Quel est le diplôme le plus élevé que vous et votre conjoint avez obtenu ?

(Cocher la case correspondante pour vous même et pour votre conjoint)

	Vous	Votre conjoint
Aucun diplôme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat d'Etudes Primaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAP, BEPC, BEP .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bac, Bac technique, Bac Pro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme de l'enseignement supérieur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : préciser (vous) : _____ (votre conjoint) : _____		

## 2) Quelles sont votre profession actuelle et celle de votre conjoint (ou la dernière profession exercée si vous ne travaillez pas actuellement) ? (Cocher la case correspondante pour vous même et pour votre conjoint)

	Vous	Votre conjoint
Agriculteur-exploitant .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise de moins de 10 salariés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef d'entreprise (10 salariés ou plus) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession libérale, cadre supérieur, profession intellectuelle supérieure .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire administrative, commerciale ou de la santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technicien, contremaître ou agent de maîtrise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé administratif, de commerce ou de la fonction publique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnel de service .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier qualifié, ouvrier non qualifié, ouvrier agricole.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas d'activité professionnelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : préciser (vous) : _____ (votre conjoint) : _____		

# Exemples de questions sur les événements de la vie

La partie suivante porte sur des évènements que l'enfant pourrait avoir vécu depuis sa naissance.

Oui      Non      Ne sait pas

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Adoption de l'enfant .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Décès de la mère .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Décès du père .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Placement de l'enfant dans une institution ou un foyer d'accueil pour une période de plus de trois mois ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La partie suivante porte sur des évènements que l'enfant pourrait avoir vécu depuis 1 an.

Oui      Non      Ne sait pas

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Maladie ou accident de la mère ayant nécessité son hospitalisation ..... |                          |                          |                          |
| 2. Maladie ou accident du père ou ayant nécessité son hospitalisation ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Déménagement.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mort d'un animal important pour l'enfant.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Perte d'emploi d'un des parents.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Problèmes d'argent des parents .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Bilan médical

(rempli par le médecin lors de la visite médicale)

# Bilan médical

Date de l'examen

/\_/\_/    /\_/\_/    /\_/\_/  
 Jour      Mois      Année

N° dossier de l'enfant

/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Date de naissance de l'enfant

/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/  
 Jour      Mois      Année

Sexe de l'enfant

Fille

Garçon

Les parents ont-ils refusé la participation de leur enfant à l'enquête :

Oui

Non

(En cas de refus, leur demander de remplir les fiches suivantes : « refus de participation de l'enfant à l'enquête » et « Exploitation des données relatives au bilan médical »)

Si oui, acceptent-ils que seules les données du bilan médical soient exploitées ?

Oui

Non

L'enfant est-il accompagné à la visite médicale ?

Oui

Non

Si oui, quel est le lien de parenté de l'accompagnateur de l'enfant :

- Sa mère.....
- Son père.....
- Sa belle-mère.....
- Son beau-père.....
- Un autre membre de la famille.....
- (grand-père, grand-mère, tante, oncle, sœur, frère...)
- Un(e) ami(e) de la famille.....
- Une famille d'accueil.....

Carnet de santé fourni :

Oui

Non

\*\*\*\*\*

**Attention jumeaux**

**Naissance :**

Gémellaire : Non

Oui

Si oui, numéro du dossier du jumeau /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Si oui, s'agit-il de jumeaux monozygotes

dizygotes

Ne sait pas

## Antécédents médicaux de l'enfant :

Depuis sa naissance, l'enfant a-t-il présenté l'une ou l'autre des maladies suivantes ?

	Oui	Non	Ne sait pas
a) Epilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Drépanocytose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Thalassémie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Saturnisme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tuberculose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Cancer, leucémie ou tumeur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Méningite ou encéphalite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Insuffisance motrice cérébrale .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Traumatisme crânien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Allergies alimentaires sévères.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Autre(s) pathologie(s) (y compris déficiences sensori-motrices) ; préciser : -----



**Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a-t-il déjà été victime d'un ou de plusieurs accidents ?**

Oui

Non

Ne sait pas

Si oui, quel est le nombre d'accidents dont il a été victime ? / \_\_/\_\_/ accidents

**- Cet (ces) accident(s) a-t-il (ont-ils) nécessité une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?**

Oui

Non

Ne sait pas

*Si oui à la question précédente, nous allons nous intéresser « au dernier accident ayant nécessité une consultation chez un médecin ou dans un hôpital au cours des 12 derniers mois », répondre aux questions a), b), c), d), e) et f) ;*

**a) S'agit-il d'un accident où il** *(Plusieurs réponses possibles)*

Roulait à vélo .....

Faisait du patin à roulettes, du roller, de la patinette ou du skate-board.....

Était en voiture, en camionnette, à moto ou mobylette .....

A été renversé par un véhicule .....

Faisait du sport ou jouait .....

Est-ce que l'enfant a déjà eu un bilan orthophonique ? Oui  Non  Ne sait pas

Dans le cas où l'enfant a déjà vu un orthophoniste, qui l'avait adressé la première fois ?

- parents, proches
- école
- médecin scolaire
- médecin de PMI
- autre médecin

Est-ce qu'il est suivi en orthophonie ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, depuis combien de temps ? /\_\_/\_/ mois  
 Combien de fois/semaine ? <1 fois  1 fois  >=2fois

**Examen ce jour (cocher la case correspondant)**

	<u>Résultats</u>		
	<b>R &lt;-2 DS</b>	<b>-2 DS=&lt;R &lt;-1 DS</b>	<b>R&gt;= -1 DS</b>
Phonologie			
Répétition des phrases			
Segmentation syllabique			
Soustraction syllabique			

**Triangle <-2 DS (échoué)** Oui  Non

**Brev si phonologie et/ou répétition des phrases < -2DS et/ou triangle <-2DS (fait dans un deuxième temps)**

	<u>Résultats</u>		
	<b>R &lt;-2 DS</b>	<b>-2 DS=&lt;R &lt;-1 DS</b>	<b>R&gt;= -1 DS</b>
Sérialisation			
Graphisme			
Labyrinthe			
Complétion de forme			
Attention visuelle			
Discrimination visuelle			

**Avis fait suite à cet examen :** Oui  Non  ;  
 si oui, orientation : orthophoniste  autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il (elle) été vu(e) par l'un des professionnels suivants pour des problèmes de santé ?** (*pour chaque ligne, pour chaque réponse positive, cocher la case correspondant à votre réponse*) Les cases de la dernière ligne seront cochées seulement si le parent ne sait pas s'il s'agit d'un psychologue, psychomotricien ou pédopsychiatre.

	a-t-il été vu par un	a-t-il été suivi par un	Si oui, était-ce en?				Qui l'a adressé la première fois ?				
			Secteur psy infanto-juvénile (CMP, HDJ)	CMPP, CAPP	CAMPS	libéral	Parents/proches	Ecole	Médecin scolaire	Médecin de PMI	Autre médecin
psychologue clinicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychomotricien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatre/pédopsychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
professionnel en santé mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Auparavant, l'enfant avait-il (elle) été suivi(e) par l'un des professionnels suivants** (*psychologue, psychomotricien ou pédopsychiatre*), **pour des problèmes de santé ?**

Oui

Non

Ne sait pas

# Perception de la santé mentale de l'enfant par le parent

(rempli par le parent pendant la visite médicale)

## Strenght and difficulties questionnaire (Goodman, 1997)

Questionnaire proposé aux parents (6 derniers mois)

Pas  
vrai      Parfois ou  
un peu vrai      Très  
vrai

### Echelle des troubles émotionnels (5 questions)

### Echelle des troubles comportementaux (5 questions)

Ex : Fait souvent des colères, s'énerve facilement.....  .....  .....

### Echelle d'hyperactivité (5 questions)

Ex : Agité(e), turbulent(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place.....  .....  .....

### Echelle des troubles relationnels avec les pairs (5 questions)



Ex : Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien.....  .....  .....

**Score total des difficultés** : obtenu en sommant les scores obtenus aux échelles, excepté celle de l'échelle prosociale

*Les troubles émotionnels, reflètent les troubles dits intériorisés et les troubles comportementaux et l'hyperactivité reflètent les troubles dits extériorisés de l'enfant.*

### **Questions sur le retentissement social et familial des difficultés de l'enfant**

**Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants ?**

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
La vie à la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Les amitiés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Les apprentissages à l'école.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les loisirs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la famille en général ?**

Pas du tout       Un peu       Assez       Beaucoup

# Questionnaire enseignants

- ★ Une page recto-verso
- ★ brève évaluation des compétences scolaires et d'apprentissage de l'élève par rapport à la classe.

	Très faible	Faible	Moyen	Fort	Très fort
1. Comparé aux autres élèves de la classe, en général, cet élève maîtrise les compétences de cycle 1 de façon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sur les pratiques <u>langagières</u> , comment le comparez-vous aux autres élèves ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sur l'approche <u>mathématique</u> , comment le comparez-vous aux autres élèves ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Strength and difficulties questionnaire (Goodman, 1997)

Questionnaire proposé aux enseignants (les derniers mois)

Pas vrai      Parfois ou un peu vrai      Très vrai

### Echelle des troubles émotionnels (5 questions)

### Echelle des troubles comportementaux (5 questions)

Ex : Fait souvent des colères, s'énerve facilement.....  .....  .....

### Echelle d'hyperactivité (5 questions)

Ex : Agité(e), turbulent(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place.....  .....  .....

### Echelle des troubles relationnels avec les pairs (5 questions)



Ex : Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien.....  .....  .....

**Score total des difficultés** : obtenu en sommant les scores obtenus aux échelles, excepté celle de l'échelle prosociale

*Les troubles émotionnels, reflètent les troubles dits intériorisés et les troubles comportementaux et l'hyperactivité reflètent les troubles dits extériorisés de l'enfant.*

### Questions sur le retentissement social et familial des difficultés de l'enfant

Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
— La vie à la maison.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Les amitiés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Les apprentissages à l'école.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— Les loisirs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la **classe** en général ?

Pas du tout       Un peu       Assez       Beaucoup

## Après la première vague de l'enquête

- ★ Les tables de correspondance entre les noms et les numéros d'identification seront transmises par les médecins scolaires à la DASES. Elles seront mises sous clé et conservées pendant 5 ans.
- ★ Ainsi, dans 5 ans, les enfants ayant participé à la première vague seront sollicités à nouveau pour participer à l'enquête

# Droit d'accès et de rectification

- ★ A tout moment, une personne peut exercer son droit d'accès et de rectification des informations concernant **ses** réponses au questionnaire.
- ★ Ce droit d'accès et de rectification peut être demandé par courrier auprès de la Fondation en Santé Publique de la Mgen **en précisant le numéro d'identifiant confidentiel figurant sur le questionnaire.**
- ★ Ce droit d'accès et de rectification est mentionné sur les questionnaires et les lettres d'information.

- ★ Octobre 2006 : signature de la convention de collaboration entre les Parties concernées
- ★ Octobre 2006 : Tirage au sort des écoles
- ★ Novembre 2006 : enquête pilote
- ★ Février 2007 : début de l'enquête
- ★ Juin 2007 : fin de l'enquête
- ★ Courant 2008 : premiers résultats
- ★ 2011-2012: deuxième vague de l'enquête