



Conseil national
de l'information statistique

Commission « Démographie et questions sociales »

Réunion du 4 juin 2026

**Fiche descriptive pour
une demande d'avis d'opportunité**

**FRISBEE « enquête FRançaise sur la Santé et le Bien-
Être des Enfants »**

1. Fiche synthétique

a) Intitulé de l'enquête JO*

Nom de l'enquête tel qu'il sera affiché au Journal Officiel et présenté dans les lettres avis aux enquêtés.

FRISBEE « enquête FRançaise sur la Santé et le Bien-Être des Enfants »

b) Identifiant interne demandeur (pas obligatoire)

Identifiant d'opération interne au demandeur. Il s'agit par exemple d'un indentifiant lié à au outil de gestion des métadonnées.

Vide

c) Service demandeur *

Service qui demande l'avis et produit donc l'enquête :

Santé publique France

d) Autres services demandeurs (pas obligatoire)

Services qui co-produisent l'enquête

Vide

e) Périodicité *

Ponctuelle

f) Unité enquêté*

- Sélectionner -

Association

Commune

Logement

Unité légale

Groupe

Ménage

Individu

Etablissement

Entreprise

Collectivité locale

Individu ou Ménages

Individu

g) Champ statistique couvert *

Définir le champ statistique couvert par l'enquête (catégorie de ménage, typologie de logement, profession, secteur d'activité (NAF), seuil de revenus ...)

Il s'agit d'une enquête observationnelle transversale et représentative de la population des enfants scolarisés du CP au CM2 (6-11 ans). Cette étude destinée à être répétée à intervalles réguliers, constituera un dispositif pérenne permettant de surveiller l'évolution d'indicateurs de la santé des enfants scolarisés en cycle élémentaire, relatifs notamment à leur santé mentale, leur santé nutritionnelle, leur santé respiratoire et leur couverture vaccinale contre la rougeole.

En 2028, l'enquête se déroulera courant avril-juin au sein de 700 écoles tirées au sort et on estime qu'il conviendrait de recruter environ 10 000 enfants (soit environ 2000 enfants par niveau scolaire du CP au CM2) pour obtenir l'ensemble des informations exploitables et produire les indicateurs de prévalence souhaités et fiables.

La sélection des enfants scolarisés du CP au CM2 (6-11 ans) reposera sur un plan de sondage à trois degrés :

- i/ tirage au sort des écoles selon trois strates : Ecoles publiques au sein de réseau d'éducation prioritaire + (REP+) ; Ecoles publiques hors REP+ ; Ecoles privées sous contrat avec l'Education nationale,
- ii/ parmi les écoles tirées au sort, tirage au sort des classes (du CP au CM2),
- iii/ tous les enfants des classes tirées au sort sont invités à participer à l'enquête.

Sous réserve de l'absence d'opposition des parents, trois types de questionnaire seront utilisés pour évaluer la santé des enfants (en 2028, on se focalise sur leur santé mentale, leur santé nutritionnelle, leur santé respiratoire et leur couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole) :

- i/ un auto-questionnaire « enfant » rempli sur tablette numérique en classe par chaque enfant participant ayant donné son accord sous la supervision d'un enquêteur formé et à disposition des enfants et de l'enseignant dans la classe interrogée
- ii/ un questionnaire « enseignant » complété en classe par l'enseignant de la classe interrogée pour chacun des enfants participants qu'il a sous sa responsabilité
- iii/ un auto-questionnaire « parents » complété en ligne ou par téléphone par au moins un des parents de l'enfant.
- iv/ un questionnaire « enquêteur » complété en classe par l'enquêteur pour chacun des enfants participants (sans opposition des parents ni de l'enfant lui-même) dont il aura collecté les mesures de poids, taille et force musculaire (force de préhension).

h) Champ géographique *

Vous pourrez préciser dans le champ plus bas

- Sélectionner -

- Agglomération
- Bassin
- Collectivité (outre-mer)
- Communal
- Départemental
- Départemental (outre-mer)
- DOM hors Mayotte
- France
- France (hors Mayotte), Saint-Barthéle
- France et COM
- France et COM hors Nouvelle-Calédon
- France hexagonale
- France hors DOM
- France hors Guyane et Mayotte
- France hors La Réunion et Mayotte
- France hors Mayotte

France hexagonale

i) Précision champ géographique (pas obligatoire)

Donner d'éventuelles précision sur le champ géographique : listes des communes, des départements, bassins concernés ...

Un sur-échantillonnage est prévu dans les territoires dans les zones ayant des réseaux d'éducation prioritaire REP +.

j) Lié à un règlement européen

k) Nom enquête prédécesseur

Nom de l'ancienne enquête à laquelle l'opération est rattachée. Il s'agit d'une enquête traitant du même objectif mais dont les caractéristiques ont été significativement modifiées ; imposant un renommage majeur.

l) Type support enquête

Type support enquête

m) Lien support enquête

Lien vers le support de l'enquête permettant aux enquêtés de contacter le producteur (fiabilité du site, perte des identifiants ...). Vous pouvez soit définir une URL menant vers une page de l'enquête (contenant une FAQ, un contact ...) soit directement une adresse mail.

Site internet de l'enquête non encore disponible mais bien prévu.

2. Apports de l'enquête

a) Objectifs *

Définir les objectifs généraux de l'enquête : quels sont les enjeux auxquels elle permet de répondre. Dans le cas d'une enquête régie par un règlement européen, préciser les objectifs du règlement.

Cette enquête épidémiologique vise à actualiser les indicateurs de surveillance et à approfondir les connaissances relatives à plusieurs thématiques de la santé de l'enfant. Elle rassemble au sein d'un même dispositif les objectifs de plusieurs enquêtes auparavant réalisées séparément : l'étude Enabee réalisée en 2022 qui mesurait le bien-être et la santé mentale des enfants scolarisés en CP-CM2 (6-11 ans)¹, l'étude CE1-CE2 réalisée en 2000, 2007 et 2016 qui mesurait la corpulence des enfants de 7-9² ans et les modules asthme et vaccinations des enquêtes triennales de la DREES réalisées en maternelle et CM2³.

Les objectifs stratégiques sont :

Dans le cadre des missions de surveillance de Santé publique France, FRISBEE vise à produire des indicateurs afin d'être en capacité d'alerter ou d'informer i/ sur la poursuite de la politique publique relative aux thématiques enquêtées, ii/ les acteurs pouvant contribuer à l'amélioration de la santé des enfants sur ces composantes enquêtées.

Pour ce faire, les objectifs poursuivis sont les suivants :

- Disposer d'indicateurs nationaux représentatifs sur différentes composantes de la santé de l'enfant (dont santé mentale, corpulence, vaccination, asthme) des enfants scolarisés en CP-CM2 (6-11 ans) en France hexagonale
- Identifier les groupes d'enfants les plus à risque d'avoir une santé dégradée afin de construire ensuite des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblés
- Comparer les indicateurs observés en France à ceux dans d'autres pays
- Suivre l'évolution de ces indicateurs depuis l'édition 2016 de l'enquête CE1-CE2 sur la corpulence pour ces niveaux scolaires, depuis l'édition 2022 d'Enabee sur la santé mentale des enfants et depuis l'édition 2015 des enquêtes triennales pour l'asthme et la couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole.

Les objectifs opérationnels sont :

- La production des indicateurs de santé ci-dessous pour différents sous-groupes (niveau scolaire des enfants, sexe et selon le statut REP+ ou non REP+) :
 - Prévalence d'enfants en situation de minceur, de surpoids, d'obésité

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>;

² https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/42011_spf00000359.pdf;

³ <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-sante-des-eleves-de...>

- Prévalence d'enfants présentant un(des) trouble(s) émotionnel(s) probable(s), un(des) trouble(s) oppositionnel(s) probable(s), un(des) trouble(s) de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité probable(s), prévalence d'enfants présentant au moins un de ces 4 troubles probables
 - Prévalence de l'asthme déclaré par les parents
 - Taux de couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole
 - Fréquence d'adéquation des principaux comportements de santé avec les recommandations de santé publique le cas échéant (activité physique, sédentarité, écrans, sommeil, alimentation...)
- Décrire les facteurs (environnementaux, sociaux, familiaux, individuels) associés au surpoids, à l'obésité, à une moindre activité physique et à une plus grande sédentarité
 - Décrire les facteurs (environnementaux, sociaux, familiaux, individuels) associés à de probables troubles de santé mentale
 - Décrire le recours aux soins en santé mentale et lié à des problématiques de corpulence et les facteurs associés à ces recours.

Cette enquête permettra donc de disposer d'indicateurs nationaux représentatifs sur différentes composantes de la santé des enfants de 6 à 11 ans scolarisés du CP au CM2 dans l'Hexagone. Elle décrira les enfants les plus à risque de ne pas être en bonne santé (en termes de corpulence, de probables troubles en santé mentale notamment) et ainsi permettra d'améliorer ou de renforcer les stratégies gouvernementales de prévention en particulier, à destination de ces populations. Enfin, elle fournira des données actualisées pour la France dans le cadre de la surveillance épidémiologique européenne de la santé nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 11 ans.

b) Utilisateurs *

Qui sont les utilisateurs finaux de l'enquête. En quoi les résultats ou les données sont-ils importants pour eux ?

Les utilisateurs finaux de l'enquête sont :

i/ les épidémiologistes (Santé publique France, DREES) en vue de produire les indicateurs détaillés ci-dessus, comparer ces indicateurs à ceux publiés à l'international, analyser les facteurs associés à ces indicateurs et ainsi identifier les groupes/profils d'enfants les plus à risque, proposer des mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées sur ces groupes d'enfants.

ii/ les chercheurs (cliniciens, Inserm, etc.) pour conduire des analyses permettant de d'analyser finement les facteurs associés à aux indicateurs décrits ou pour produire de nouvelles connaissances ou des hypothèses nouvelles.

A noter que des extractions des bases de données apurées et respectant les règles de confidentialité seront mise à la disposition de la communauté scientifique.

iii/ les décideurs publics qui pourront:

- Disposer de repères nationaux représentatifs de la population cible

- Objectiver les écarts entre les objectifs de santé publique décrits dans les stratégies nationales, plans, feuilles de routes⁴ et les résultats observés en 2028 selon les inégalités sociales observées.
- Décider de la mise en œuvre de mesures de prévention et de promotion de la santé ciblées sur la base des résultats produits par les épidémiologistes et les chercheurs.
- Mettre à disposition de l'Europe les résultats observés en France dans le cadre d'une surveillance épidémiologique européenne de la santé des enfants européens âgés de 6 à 11 ans dans le cadre du projet européen COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) porté l'OMS Europe depuis 2007.

iv/ le grand public : Un descriptif de la situation sanitaire infantile en 2028 et de son évolution depuis 2022 pour la santé mentale ou depuis 2016 pour la corpulence des enfants et depuis l'édition 2015 des enquêtes triennales pour l'asthme et la vaccination vis-à-vis de la rougeole, sous forme de rapports ou synthèses, sera rendu public et accessible sur le site de Santé publique France. Des communiqués de presse et des conférences de presse permettront de diffuser les principaux résultats auprès des médias.

c) Apport au regard des productions existantes *

En quoi les autres données existantes (enquêtes, données administratives ...) ne permettent pas de répondre aux objectifs ? Décrire l'architecture du système d'information dans lequel se situe le projet d'enquête présenté. Préciser s'il est prévu des opérations complémentaires (vagues successives, enquêtes complémentaires/post-enquêtes).

1) Apport de la nouvelle enquête vis-à-vis des autres enquêtes épidémiologiques

Actuellement 4 cohortes (1 en cours et 3 à venir) et 1 enquête transversale menées en population générale s'intéressent à la santé des enfants de 6 à 11 ans. Leurs objectifs principaux ou leurs calendriers d'inclusion et de collecte des données ne se chevauchent pas avec notre nouvelle enquête mais sont bien complémentaires. Plus concrètement :

- ELFE (cohorte française) aborde les multiples aspects de la santé des enfants sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de l'environnement. Des enfants nés en France métropolitaine en 2011 ont été inclus dans l'étude et sont suivis sur une durée de vingt ans soit jusqu'en 2031. Cette enquête contient seulement quelques questions relatives à l'asthme et à la vaccination, la santé mentale et au bien-être des enfants et les données de corpulence sont déclarées et non pas collectées de manière standardisée. Les enfants participants encore au suivi longitudinal sont aujourd'hui âgés de 15 à 16 ans et les indicateurs concernant la tranche des 6-11 ans sont donc anciens.
- FILOMENE (cohorte française), qui suivra les enfants depuis la grossesse jusqu'à l'âge adulte vise à étudier l'exposome au sens large (facteurs physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux et comportementaux, ainsi que les facteurs endogènes) et son impact sur la santé et le développement dès le début de la vie. Ces travaux de recherche permettront de produire des connaissances à moyen terme puisque cette cohorte sera lancée en 2028

⁴ Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) 2025 – 2030 qui fixe l'objectif d'une diminution de 30% de la prévalence du surpoids chez les enfants et les adolescents par rapport à 2015 ; Programme National Nutrition Santé (PNNS5) dont l'un des objectifs relatifs à la santé de l'enfant est de faire de la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant une grande cause nationale avant 2030 en proposant des objectifs relatifs aux comportements alimentaires, d'activité physique et de sédentarité notamment ; feuille de route sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité qui fixe des mesures à mettre en place entre 2025 et 2030, comme le repérage des situations d'obésité en milieu scolaire ; Haut Conseil de la Santé publique et le CESE (Conseil économique, social et environnemental) en 2025 s'accordent sur l'importance de l'amélioration de la promotion de la santé et de la prévention en santé mentale

et vise à étudier en particulier les mécanismes biologiques qui sous-tendent l'effet des facteurs de risque identifiés. L'ensemble de ces données pour les enfants de 6 ans ne seront pas disponibles avant 2034.

- GUIDE constituée de 2 cohortes européennes dédiées à l'étude de la qualité de vie des enfants et de leurs familles. C'est une étude longitudinale qui sera lancée dans 27 pays européens. En France, 8 000 enfants de 8 ans ainsi qu'un de leurs parents seront interrogés dès 2028 sur la santé, la vie numérique et les conditions de vie des enfants. Ainsi, seules les données concernant les enfants âgés de 8 ans seront collectées en 2028.
- ALBANE (enquête transversale) qui collecte notamment des données nutritionnelles sur un échantillon restreint de 1000 enfants de 3 à 18 ans sans la puissance nécessaire dans le sous-échantillon des 6-11 ans et sans garantie de représentativité.

Ainsi, sur la tranche d'âge des 6-11 ans, aucune autre enquête représentative de l'ensemble des enfants vivant en France hexagonale ne permet d'obtenir les indicateurs de santé actualisés en 2028. Les dernières données disponibles concernant la corpulence des enfants scolarisés en élémentaire et mesurées de manière standardisée datent de plus de 10 ans. Les données les plus récentes concernant la santé mentale des enfants sont celles de l'enquête Enabee menée en 2022. La réalisation de cette nouvelle enquête en 2028 permet donc de combler un manque de données sur ces sujets dans cette tranche de la population des 6-11 ans. Notre enquête se distingue également sur la méthodologie de collecte et de production des indicateurs : pour les indicateurs de santé mentale, outre le recours à des échelles standardisées et validées, l'intégration des points de vue des parents, des enfants eux-mêmes et des enseignants est unique et est celle recommandée pour la robustesse des indicateurs. Pour les données de corpulence, les données sont recueillies de manière standardisée et non déclarée comme c'est souvent le cas dans les cohortes passées ou à venir.

Pour faciliter les comparaisons temporelles et transversales, nous avons veillé à utiliser dans notre nouvelle enquête, autant que faire se peut, des questions communes aux enquêtes antérieures (comme celles sur l'utilisation des écrans utilisées dans l'étude ELFE ou celles sur l'activité physique du dispositif COSI). Cela permet, non seulement de comparer une même tranche d'âge à différents moments et étudier des évolutions, mais aussi d'analyser des tranches d'âge distinctes interrogées sur une même période. Par exemple, dans la nouvelle enquête que nous proposons, l'échelle WHO-5 a été retenue pour mesurer le bien-être des enfants (version enfant à partir de 8 ans), car cette échelle est aussi utilisée dans l'enquête EnCLASS qui mesure le bien-être des adolescents et dans le Baromètre de Santé publique France concernant les adultes.

2) Apport de la nouvelle enquête vis-à-vis du système National des Données de Santé (SNDS) et autres sources de données nationales

Les données disponibles du SNDS permettent de produire des indicateurs de recours aux soins (basés sur les diagnostics médicaux et/ou prescriptions médicales) et ne permettent pas de collecter les comportements de santé ni les données sociodémographiques. Les enquêtes épidémiologiques sont donc complémentaires et le recours aux questionnaires permet de collecter les facteurs de risque ou protecteurs associés aux indicateurs de santé d'intérêt. Ainsi pour l'asthme par exemple, le SNDS permet le repérage des enfants diagnostiqués et hospitalisés mais ceux-ci ne représentent qu'une très faible partie des enfants concernés par l'asthme. Pour la vaccination, Santé publique France estime les couvertures vaccinales (CV) contre la rougeole chez les nourrissons par deux sources de données : 1) le SNDS qui permet

d'estimer les CV avec au moins 1 dose (à 21 mois) et 2 doses (à 33 mois) et 2) les Certificats de santé du 24 mois (CS24) qui permettent d'estimer la CV à 24 mois. Ces deux sources de données présentent chacune des limites :

- Le SNDS n'intègre pas les vaccinations non remboursées et notamment certains vaccins administrés dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI). Malgré les corrections mises en place, il est probable que les CV de la 1^{ère} dose ROR soient ainsi sous-estimés ;
- Au sein des CS24, la qualité des données est affectée notamment par des disparités départementales dans la saisie des CS24 (totale ou partielle), et par la faible participation, ce qui peut biaiser les estimations de CV en les surévaluant si seuls les certificats des enfants les mieux suivis sont transmis.

3) **Description de l'architecture du système d'information :**

Elle repose sur :

i/ Une base de sondage

Elle est préparée à partir des données de la base Diapre : Base des « Données Individuelles Anonymes du Premier degré » gérée par la DEPP, service statistique du Ministère de l'Education Nationale, de la jeunesse et des sports. La DEPP fournira à Santé publique France une extraction des données agrégées « au niveau classe » comportant des variables auxiliaires nécessaires au tirage au sort des écoles et des classes. Ce tirage au sort sera réalisé par Santé publique France sur des données pseudonymisées transmises par la DEPP qui lèvera ensuite l'anonymat des seules écoles et classes échantillonnées pour transmission secondaire des coordonnées. Sur la base de ce tirage au sort, un prestataire (IPSOS) sera chargé de contacter les directeurs des écoles tirées au sort.

La base ONDE (Outil Numérique pour la Direction d'Ecole) gérée par la DGESCO permettra à la DGESCO de préparer des extractions relatives aux enfants concernés par l'enquête et à leurs parents (ou adultes vivant avec l'enfant au quotidien). La DGESCO transmettra alors de manière sécurisée au prestataire (IPSOS) les données individuelles des élèves : les coordonnées des parents (ou adultes vivant avec l'enfant au quotidien) participants afin d'être en mesure de pouvoir les contacter directement (par e-mail, téléphone ou voie postale) et l'existence d'un éventuel dispositif d'accompagnement particulier pour certains enfants

ii/ Un recueil de données multi sources:

- Enfants (à partir du CP jusqu'au CM2) : Auto-questionnaire interactif sur tablette complété en classe (durée : ~30 min), portant sur leur bien-être, humeur, relations sociales, activités physiques, sommeil, etc.
- Parents : Auto-questionnaire en ligne ou par téléphone (~45 min), couvrant la santé de l'enfant, le mode de vie, les difficultés, les habitudes, la composition du foyer, et des données sociodémographiques. De plus, les parents pourront donner leur accord pour que les données d'enquête soient appariées aux données du Système National des Données de Santé (SNDS) (assurance maladie) concernant le parent répondant ainsi que l'enfant et permettre ainsi de documenter leur consommation de soins ;
- Enseignants : Auto-questionnaire en ligne à remplir pour la classe (sur les séances d'éducation physique et sportive organisées, les possibilités d'activité physique au sein de l'école), et pour chaque enfant participant de sa classe (~3 min/enfant), sur les

forces/difficultés de chaque enfant, ses apprentissages, et son recours à des dispositifs d'accompagnement scolaire.

- Enquêteur : Questionnaire en ligne (~3 min/enfant) complété en classe pour chaque enfant participant à l'enquête. Il y reportera les données qu'il aura mesurées : poids, taille et force musculaire (force de préhension).

iii/ **Un appariement des données** de l'enfant et du parent répondant avec celles du SNDS est prévu si les parents l'ont accepté.

Opérations complémentaires :

Nous prévoyons après l'enquête de réaliser des chaînages avec les données du SNDS en lien avec la santé de l'enfant environ tous les 2 ans et jusqu'à ses 18 ans. Ces chaînages auront pour objectif d'investiguer le recours aux soins, et la survenue de certains événements de santé dans le temps. Nous pourrions mener des comparaisons entre les éditions successives de cette étude pérenne sur des enfants aux mêmes âges afin d'étudier l'évolution du recours au soin.

3. Contexte et origine

a) Origine de la demande *

L'enquête répond-elle à une obligation légale (nationale ou européenne) ? A-t-elle fait l'objet d'une demande d'acteurs publics (syndicat, associations, gouvernement ...) ?

Cette enquête répond à des demandes gouvernementales d'actualisation des chiffres produits :

- par Enabee menée au printemps 2022 (ie. juste après la pandémie de SARS-CoV-2) et objectivant qu'en France hors DROM, en 2022 environ un enfant sur huit de 6 à 11 ans présentait un trouble probable de santé mentale (13,0 % ; [IC à 95 % : 12,1-14,0]).
- par l'enquête CE1-CE2 sur la corpulence des enfants de 7 à 9 ans menée en 2000, 2007 et 2016 et non actualisée depuis En 2016, cette enquête avait montré que, selon les seuils de l'International Obesity Task Force, 18,7 % des filles et 14,4 % des garçons étaient en situation de surpoids (dont obésité) en France et chez les filles la prévalence de la minceur était de 13,7%.

Elle est réalisée dans le cadre des missions de Santé publique France telles que définies au L.1413-1 du code de la santé publique.

b) Lien avec un règlement européen

S'il s'agit d'une enquête européenne, donner le règlement européen qui la régit et préciser le champ et les variables demandées par le règlement.

c) Historique évolutions et faits marquants

Pour les reconductions d'enquête, donner les évolutions de l'enquête de la première édition à aujourd'hui : quels ont été les modifications ? Y-a-t-il eu des faits de collecte marquants (événements climatiques ou sanitaires, problèmes de récolte d'information ...), un changement de périmètre/une extension géographique au fil du temps.

Cette nouvelle enquête se distingue des éditions précédentes d'Enabee (3-11 ans), Corpulence CE1-CE2 (7-9 ans) et des enquêtes triennales (grande section de maternelles 5-6 ans et CM2 10-11 ans) sur la tranche d'âge concernée : tous les indicateurs seront disponibles pour les enfants scolarisés du CP au CM2 (6- 11 ans).

4. Concertation

a) Concertation avec les utilisateurs *

Comment s'organise la concertation avec les utilisateurs (au Cnis et surtout en dehors) ? Existe-t-il des comité utilisateurs ? Avec qui s'effectue-t-elle, à quelle périodicité et quelles sont les effets ?

Santé publique France souhaite associer à la construction de cette enquête les parties prenantes de la santé des enfants, de l'enfance, de l'éducation et de la famille, dans le cadre d'un processus de concertation sous forme d'un Comité d'interface. L'objectif de ce processus de concertation sera de :

- Réaliser cette enquête dans les meilleures conditions,
- Proposer un espace d'échanges autour des résultats de l'enquête dans une perspective d'améliorer la santé des enfants, notamment leur santé nutritionnelle et leur santé mentale.

Plus spécifiquement, les objectifs de ce comité d'interface sont :

- **D'aider à la mise en œuvre opérationnelle de l'enquête**
 - ✓ Organisation du « parcours de l'enfant » pendant la session en classe (articulation entre le questionnaire et les mesures anthropométriques, durée optimale, organisation spatiale, perturbation minimale du temps scolaire)
 - ✓ Pilote automne 2026 : co-construction de la mise en œuvre et retours
- **D'aider à définir des stratégies de communication**
 - ✓ Outils de communication sur le lancement de l'enquête
 - ✓ Lettre de consentement (formulation adaptée aux parents et aux enfants, clarté sur le protocole)
 - ✓ Information des écoles (documents supports, formation des équipes pédagogiques, réponses aux questions fréquentes)
 - ✓ Restitution des résultats dont webinaires de restitution (format, contenu, public cible, modalités d'échanges avec les parties prenantes)

Le comité se réunit *a minima* 3 fois dans l'année en distanciel (visioconférence), et en tant que de besoin. Les échanges et décisions prises sont tracés dans des comptes-rendus diffusés auprès de tous les membres (ainsi que les supports de présentation).

b) Présentation au Cnis

PDF de présentation de l'enquête. Cette présentation est accessible au grand public, elle pourra être utilisée pour la commission statuant sur l'avis d'opportunité.

PDF à venir

c) Partenaires

Qui sont les partenaires institutionnels du producteur de l'enquête (financeurs ...) et quels sont leurs rôles ? Comment s'organise la discussion avec eux ?

Un comité de pilotage interministériel composé de représentants du Ministère de la santé et de l'accès aux soins et du Ministère de l'Education Nationale. Ce comité est en charge d'assurer le suivi de l'enquête et de la mise en œuvre du programme de travail. Les missions principales du comité seront de :

- Veiller à la cohérence des objectifs de l'étude avec les livrables attendus pour l'aide à la décision des politiques publiques en matière de prévention, d'orientation voire de prise en charge des troubles de la santé mentale et de problématiques de corpulence des enfants
- Assurer le suivi de la bonne mise en place du dispositif de l'étude et l'articulation avec les autres enquêtes menées en milieu scolaire

Le comité de pilotage pourra formuler des remarques, faire des propositions sur :

- La dynamique souhaitée pour le déroulement de l'enquête
- Les décisions à prendre en cas de difficultés rencontrées ou dérives par rapport aux objectifs initiaux
- Les perspectives et articulations ultérieures du dispositif

Le comité se réunit *a minima* 3 fois dans l'année en distanciel (visioconférence), et en tant que de besoin. Les échanges et décisions prises sont tracés dans des comptes-rendus diffusés auprès de tous les membres (ainsi que les supports de présentation).

d) Conseil scientifique et autres instances

Détailler la présence d'un comité scientifique ou d'autres instances (en dehors de la concertation avec les utilisateurs questionnés plus haut).

Le comité d'appui thématique (CAT) composé de médecins, pédiatres, pédopsychiatres, nutritionnistes, chercheurs, épidémiologistes. Il est en charge d'appuyer l'équipe projet, notamment pour préciser les objectifs, le cadre méthodologique et la synergie de cette étude pérenne avec les études existantes :

- Sur le protocole : modalités d'inclusion et de participation, mode de recueil des données et sources d'information, plan de sondage, discussion sur les livrables attendus ;
- Sur les indicateurs à recueillir et les référentiels méthodologiques : choix des échelles et questionnaires de santé mentale positive, des troubles de santé mentale et des troubles des apprentissages ;
- Les modalités pratiques de travail en réseau ;
- Sur la mise en œuvre opérationnelle du dispositif : définition du périmètre de communication de l'enquête et promotion du dispositif sur le terrain et dans les médias.

Le comité se réunit *a minima* 3 fois dans l'année en distanciel (visioconférence), et en tant que de besoin. Les échanges et décisions prises sont tracés dans des comptes-rendus diffusés auprès de tous les membres (ainsi que les supports de présentation).

5. Collecte et questionnaire

a) Questionnaire type

URL de consultation de vos questionnaires s'ils sont accessibles sur votre site. A défaut, vous pouvez consolider vos questionnaires dans un document PDF unique.



FichierUrl

Questionnaires – Url

Nous tenons les questionnaires/protocole en cours de validation auprès du CAT à votre disposition si besoin.

b) **Thèmes et contenu du questionnaire ***

Quelles sont les familles de questions/les thématiques abordées par l'enquête ? Les questionnaires sont-ils différents selon le profil de l'enquêté ? Y-a-t-il des annexes ?

auto-questionnaire « Enfant » : Administré dans la classe sur une tablette numérique sans connexion Internet, sa durée de passation est d'environ 30 minutes.

Thématiques abordées :

- **La santé mentale** au travers de la passation de deux outils psychométriques : le Dominique Interactif© et le WHO-5. Le Dominique Interactif© (DI), utilisé dans l'auto-questionnaire Enfant de l'édition 2022 d'Enabee et repris dans cette nouvelle enquête, aborde six troubles de la santé mentale, i.e. l'anxiété généralisée, les phobies spécifiques, l'anxiété de séparation, la dépression, le déficit d'attention et l'hyperactivité, et le trouble oppositionnel. Dix questions permettent d'évaluer les forces et compétences de l'enfant. Enfin, trois planches sur la victimisation ont été ajoutées. Le WHO-5 est un instrument de mesure du bien-être mental qui se compose de cinq énoncés relatifs aux deux dernières semaines.
- **La corpulence et la nutrition** abordées au travers de questions sur la perception de leur corps, de leur environnement et la réalisation d'activités physiques ou de loisirs. Enfin, les enfants seront interrogés sur les habitudes en termes de nombre de repas pris par jour, en concordance avec les questions proposées à l'ensemble des pays participants à la Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Enfin, le questionnaire se terminera sur une devinette pour les enfants sur le nombre de fruits et de légumes qu'il faut manger par jour afin d'évaluer le nombre d'enfants connaissant ce message de prévention de la santé.
- **Question utile à l'interprétation des mesures anthropométriques** : l'enfant est interrogé sur sa prise alimentaire (petit-déjeuner ou déjeuner) avant la réalisation des mesures.

Le recours d'une échelle évaluant les compétences psychosociales est en cours d'instruction pour ajout dans cet auto-questionnaire à destination des enfants.

ii/ auto-questionnaire « Parents » : Renseigné via un site Internet dédié ou par téléphone, sa durée de passation est d'environ 45 minutes et pourra se faire en plusieurs fois si nécessaire.

Thématiques abordées :

- **les habitudes en termes d'activité physique et de sédentarité de l'enfant** : Il s'agira surtout de documenter des fréquences et des durées d'activités physiques ainsi que des contextes de pratique physique (sport en club, mobilités actives, jeux en plein air...) ; afin d'évaluer les niveaux d'activité physique et de sédentarité des enfants au regard des recommandations de santé publique
- **les habitudes de l'enfant en termes d'exposition aux écrans**, notamment le temps passé par jour devant un écran, le(s) moment(s) de la journée, contenus regardés, limites imposées par les parents en termes de temps d'utilisation ou de contenus, etc.

- **les habitudes de sommeil de l'enfant** : recueil des heures de coucher, de lever ; temps d'endormissement, éventuels troubles du sommeil...
- **les habitudes alimentaires de l'enfant** avec la collecte de fréquence pour la prise de petit déjeuner, de consommation de fruits/légumes, d'en-cas salés, d'en-cas sucrés, de boissons sucrées. Les allergies ou les intolérances alimentaires seront entre autres documentées.
- **la perception du parent/répondant de la corpulence de son enfant et le recours à des professionnels de santé pour des inquiétudes liées à la corpulence de leur enfant**
- **la santé mentale de l'enfant** via notamment le recueil de diagnostic émis par un médecin et l'utilisation du « Strength and Difficulties Questionnaire » (SDQ, version « parent » incluant le module sur l'impact fonctionnel) relatif au comportement de l'enfant au cours des 6 derniers mois Une question sur les blessures volontaires sera posée.
- **la santé respiratoire de l'enfant** : 11 questions sur la présence de symptômes évocateurs de problèmes respiratoires (sifflements dans la poitrine, toux sèche sans infection respiratoire, crise d'asthme), prise de médicaments et/ou absentéisme scolaire à cause de ces symptômes.
- **la santé mentale du parent répondant**: utilisation du score au « Generalized Anxiety Disorder – 7 items » (GAD-7) pour les symptômes d'anxiété, de celui au « Patient Health Questionnaire » (PHQ-9) pour les symptômes dépressifs.
- **le sentiment de solitude du parent répondant** via la « Three-Item Loneliness Scale » et **le soutien social perçu du parent répondant** via l' «Oslo social support scale » .
- **la santé physique du parent répondant et du co-parent éventuel via le GALI**
- **les conditions de vie de l'enfant** : données socio-économiques-et démographique des parents, caractéristique du logement, temps de travail des parents, etc.
- **les attitudes parentale et l'entente familiale** : utilisation de l'Alabama Parenting Questionnaire 9 (dans sa version courte : APQ-9) pour évaluer les attitudes parentales (pratique éducative positive, manque de supervision, discipline incohérente). Des questions seront posées sur le partage, les soutiens entre les deux parents pour les responsabilités parentales et domestiques, l'entente entre les deux parents
- **la santé de l'enfant lorsqu'il était plus jeune** : Age gestationnel, mesures anthropométriques à la naissance, durée d'un éventuel allaitement maternel, vaccination contre la rougeole
- Recueil du consentement pour l'appariement au SNDS et des données nécessaires à l'appariement

Le recours d'une échelle évaluant les compétences psychosociales est en cours d'instruction pour ajout dans cet auto-questionnaire à destination des parents.

iii/ auto-questionnaire « Enseignants » : Renseigné via un site Internet dédié pour chacun des enfants participant de sa classe, sa durée de passation est d'environ 3 minutes par enfant participant. Le remplissage pourra se faire en plusieurs fois si nécessaire.

Thématiques abordées :

- **Echelle « Strengths and Difficulties Questionnaire » (SDQ)** (SDQ, version « enseignant » incluant le module sur l'impact fonctionnel) relatif au comportement de l'enfant au cours de l'année scolaire en cours
- **Compétences scolaires** de l'enfant par rapport aux enfants de son âge
- L'enseignant renseignera également des informations communes à l'ensemble des enfants de la classe et relatives aux programmes d'activité physique et de nutrition existants, aux séances d'EPS et aux possibilités de pratique d'activité physique au sein de

l'école, à sa formation aux compétences psychosociales et quelques-unes de ses caractéristiques (genre, tranche d'âge, nombre d'années d'expérience en tant que professeur des écoles)

iv/ questionnaire « Enquêteur » : Renseigné par un enquêteur sur une tablette dédiée et pour chacun des enfants participants. L'enquêteur reportera également de manière manuscrite les poids/taille de l'enfant sur un coupon qui sera placé dans une enveloppe cachetée remise à l'enfant qui le transmettra à ses parents. La durée de remplissage de ce questionnaire (incluant la réalisation des mesures et le remplissage manuel du coupon) sera d'environ 3 minutes par enfant.

Thématiques abordées :

- **Mesures anthropométriques** (poids, taille), et force musculaire des membres supérieurs
- **Informations complémentaires pour l'interprétation des mesures** : habillement de l'enfant (léger ou non) lors des mesures.

En cas de non réponse à l'un de ces questionnaires, les autres questionnaires seront tout de même conservés et analysés.

c) Questions sensibles au sens de la Cnil

Liste exhaustive des questions sensibles au sens de la Cnil et motivations du demandeur afin d'éclairer le débat. Il s'agit notamment des informations qui révèlent la prétendue origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, la vie sexuelle, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale ainsi que les données biométriques ou de santé (<https://cnil.fr/fr/definition/donnee-sensible>)

Le lieu de naissance et la nationalité du ou des parents de l'enfant seront collectés pour pouvoir mieux caractériser l'impact de la migration dans les inégalités sociodémographiques associées à la santé de l'enfant. D'autres questions relatives au climat familial (entente au sein du couple par exemple) ou aux blessures volontaires de l'enfant seront incluses dans le questionnaire parent étant, en lien avec la santé mentale de l'enfant. Des questions relatives aux idées suicidaires dans le DI sont également posées aux enfants, comme symptômes du trouble dépressif probable.

d) Organismes collecteurs *

Qui réalise effectivement la collecte : enquêteurs de l'Insee, prestataire en particulier, site web administré par un service. Ajouter en dessous, la liste fermée des organismes.

Enquêteur prestataire de Santé publique France : IPSOS

e) Organismes collecteurs – Logos

f) Période de collecte *

Définir la période de collecte, même si elle est approximative à ce stade (les 5 de chaque mois, entre janvier et février, au premier trimestre ...)

La collecte se fera courant avril - juin 2028

g) Mode de collecte *

Préciser comment sont collectées les données (face à face, courrier téléphone, internet, relevé en entreprise ...)

Mode de collecte actif :

- via des auto-questionnaires pour les parents, les enfants et les enseignants. Ils sont complétés sur tablette, en salle de classe, pour les enfants comme pour les enseignants avec l'aide d'un enquêteur IPSOS qui pourra lever d'éventuels questionnements ou difficultés techniques. A noter que les enseignants peuvent remplir les questionnaires concernant les élèves de leur classe en plusieurs fois s'ils le souhaitent.

Les parents complèteront leur auto-questionnaire en ligne ou par téléphone au moment où ils le souhaitent et en plusieurs fois si besoin.

- en face à face lors des mesures anthropométriques effectuées par deux enquêteurs auprès de chaque enfant participant ; les mesures sont réalisées en classe avec l'enfant habillé (mais déchaussé), à l'abri du regard de ses camarades (derrière un paravent), et sous la supervision constante de deux adultes et sous la responsabilité de son enseignant présent dans la salle. Les résultats des mesures sont ensuite colligés dans une application dédiée au fur et à mesure que les mesures anthropométriques sont effectuées. Le poids et la taille de l'enfant sont également reportés de manière manuscrite sur un coupon par les enquêteurs ; le coupon est placé dans une enveloppe cachetée avant d'être remis à l'enfant.

Mode de collecte passif :

Les parents (ou assurés auquel est rattaché l'enfant) sont invités à la fin de leur questionnaire à donner leur accord pour le recueil de leur NIR (qu'ils renseignent dans le questionnaire « Parent »). Le NIR permet l'appariement avec les données du SNDS pour les parents et l'enfant, selon un protocole d'anonymisation sécurisé propre à l'Assurance Maladie (procédure SAFE).

h) Contribution enquêté *

Qu'est-il demandé à l'enquêté (remplir un questionnaire en ligne, définir un représentant du foyer pour répondre à l'enquête, chercher des documents particuliers pour y répondre) ? Y-a-t-il des efforts conceptuels à faire (comptabilité, notions techniques ...) ?

Les trois enquêtés (enfants, parents, enseignants) remplissent un questionnaire en ligne. Les parents pourraient être amenés pour certaines questions (vaccination contre la rougeole, âge gestationnel, mesures anthropométriques à la naissance) à rechercher des réponses dans le carnet de santé de leur enfant.

Pour les mesures anthropométriques, elles sont réalisées en classe. Les enfants seront donc invités à retirer leur chaussure, vider leur poche, retirer les éventuels objets présents dans les cheveux (pincettes à cheveux par exemple) puis à i/ monter sur une balance électronique pour être pesé, ii/ se placer bien droit contre une toise portative pour être mesuré et iii/ serrer avec une main un dynamomètre aussi fort que possible pendant 2-3 secondes en se tenant debout, pieds écartés avec le bras le long du corps (il y aura 2 mesures pour chaque main).

i) Taille échantillon visée *

Taille de l'échantillon enquêté avec ventilation si plusieurs mode de collecte (en production) et taux de réponse attendu. Vous pouvez préciser la taille des éventuels échantillons de remplacement.

La taille de l'échantillon enquêtée attendue est d'environ 10 000 enfants ayant les 4 questionnaires complétés (soit environ 2000 enfants par niveau scolaire du CP au CM2), environ 20 000 parents et près de 1400 enseignants.

Pour obtenir cet échantillon, compte-tenu de l'expérience de l'étude Enabee 2022 (45,9% des enfants avec 3 questionnaires complétés les concernant : parent/enfant/enseignant) et du changement des modalités de pesée et mesure par rapport à l'enquête CE1-CE2 de 2016 (63% des participation), il conviendrait de solliciter près de 35 000 enfants scolarisés du CP au CM2 (soit 7 000 enfants par niveau scolaire) et environ 700 écoles.

Deux échantillons de réserve de 70 écoles et de 42 écoles sont prévus, pour chacune des strates, au premier degré de tirage. Ces échantillons de réserve seront mobilisés si le taux de participation observé lors de l'inclusion des écoles se révélait inférieur de 5 points, de 10 points ou de plus 10 points à l'hypothèse de participation des écoles de 59%. Le tirage au sort des deux échantillons de réserve sera réalisé en même temps que le tirage au sort de l'échantillon principal. L'échantillon global ainsi composé sera ensuite scindé en échantillon principal et deux échantillons de réserve.

j) Plan de sondage (synthèse) *

Synthèse du plan de sondage. Il ne s'agit pas du plan de sondage précis à définir pour le label mais des bases de sondage et des méthodes globales utilisées. Préciser, par exemple, les strates exhaustives.

La sélection des enfants scolarisés du CP au CM2 reposera sur un plan de sondage à trois degrés :

i/ 1^{er} degré : Dans la base Diapre de l'Education Nationale, tirage au sort des écoles selon trois strates : Ecoles publiques en REP+ ; Ecoles publiques non REP+ ; Ecoles privées

ii/ 2^{ème} degré : Dans la base Diapre de l'Education Nationale, parmi les écoles tirées au sort, tirage au sort des classes. Si l'école est de grande taille (≥ 5 classes), 4 classes seront tirées au sort. Si l'école tirée au sort est de petite taille (< 5 classes), toutes les classes seront sélectionnées.

iii/ 3^{ème} degré : tous les enfants des classes tirées au sort sont invités à participer à l'enquête.

Les tirages au sort des écoles et des classes seront réalisés par Santé publique France sur des données pseudonymisées de la Diapre transmises par la DEPP. Une fois le tirage au sort effectué, la DEPP lèvera l'anonymat sur les écoles et classes échantillonnées pour transmission secondaire des coordonnées des écoles par Santé publique France au prestataire IPSOS et à la DGESCO. IPSOS contactera alors les Directeurs d'école pour recueillir leurs accords et la DGESCO extraira les coordonnées des parents des classes échantillonnées pour les transmettre à IPSOS pour qu'il puisse contacter les parents concernés et leur laisser la possibilité de s'opposer à la participation de leur enfant à l'enquête.

k) Durée réponse

Durée de réponse de l'enquête selon le mode de collecte. S'il y a des questionnaires spécifiques à certaines populations, préciser les durées distinctes.

Cf ci-dessus, 5 b) Thème et contenu du questionnaire

6. Appariements

a) Enrichissement avec des données administratives

Afin d'éviter de questionner l'enquêté sur des informations existantes par ailleurs, lister les données et la source mobilisée pour remplir les variable. Il s'agit d'enrichissements dont l'enquête ne pourrait se passer et qui font partie du protocole de collecte (ex : revenus du ménage, type d'habitation ...)

Dans le traitement de la correction de la non-réponse totale au niveau des participants, nous prévoyons d'enrichir nos bases de données avec des variables contextuelles sur le lieu de résidence des enfants à l'aide du carroyage (grille naturelle de l'Insee - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Les variables sont les suivantes : caractéristiques des ménages, des logements, et des revenus des habitants du carreau dans lequel la résidence de l'enfant se trouve.

b) Appariements envisagés : objectifs et apports

Définir les objectifs et l'intérêt des appariements envisagés. A quelle problématique permettent-ils de répondre ? En quoi l'appariement est nécessaire pour atteindre cette objectif?

Cf ci-dessus, 2c)– partie 3 **Description de l'architecture du système d'information**

c) Appariements envisagés : détails données

Les principales variables extraites du SNDS porteront sur les :

- Caractéristiques des consommations de soins (types, période de survenue, prescripteurs)
- Caractéristiques des délivrances médicamenteuses (classes ATC, période et durée et prescripteurs)
- Caractéristiques des hospitalisations (durée, type, diagnostics et actes associés)
- Caractéristiques de l'enfant lorsqu'il était nouveau-né : âge gestationnel, poids de naissance

En termes de tables du SNDS, ces informations correspondent aux tables suivantes :

- DCIR : table PRS et tables affinées
- PMSI : MCO, SMR, HAD, RIM-P
- Référentiels : IR_BEN_R, IR_IMB_R, IR_ORC_R, IR_ACS_R, IR_MTT_R, IR_ETM_R, IR_MAT_R
- Référentiel des professionnels de santé DA_PRA_R (si possible l'historicisation mensuelle de l'ensemble du référentiel afin d'avoir les PS qui étaient là en 2008 mais plus en 2018 – a minima une version par an, en décembre par exemple)
- Causes médicales de décès
- Cartographie des pathologies

7. Diffusion et résultats

a) Publication des résultats et des données - Résultats et études

Lien

Uniquement le lien vers la page de résultat (collection, page prévu sur le site du producteur ...)

Diffusé ?

Date prévue après millésime

Date prévue de publication si enquête ponctuelle. Sinon indique “+ x mois/trimestre après la collecte”.

Commentaires

Préciser le détail des publications prévues. Vous pouvez insérer des liens vers votre site.

b) Publication des résultats et des données - Versement données CASD

Lien

Uniquement le lien vers la fiche de l'enquête au CASD (<https://www.casd.eu/source/base-tous-salaries-fichier-etablisements/>)

Diffusé ?

Date prévue après millésime

saisir "+ x mois"

Commentaires

c) Publication des résultats et des données - Versement données Quetelet-Progedo

Lien

Uniquement le lien vers la fiche de l'enquête sur l'outil Progedo (<https://data.progedo.fr/studies/doi/10.13144/lil-1734b>)

Diffusé ?

Date prévue après millésime

Commentaires

d) Possibilités de comparaisons internationales

Détail et liens vers les résultats permettant une comparaison internationale, notamment si l'enquête est européenne

Les données relatives à la surveillance épidémiologique relatives notamment aux comportements alimentaires, d'activité physique/sédentarité des enfants âgés de 6 à 11 ans du dispositif COSI seront partagés avec les partenaires européens : [https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi))