

Les visites de santé au sein des établissements scolaires

Prévention et dépistage précoce des problèmes de
santé des enfants scolarisés

Prévenir et dépister pour mieux réussir la scolarité

Ce document « Les visites de santé au sein des établissements scolaires. Prévention et dépistage précoce des problèmes de santé des enfants scolarisés » a été élaboré par l'équipe du Centre de Santé Scolaire (CSS) de la Direction de la santé de Polynésie française avec l'appui technique d'Emmanuelle RUPP-TERRIS, consultante en santé publique. Les éléments présentés se basent sur les recommandations officielles de différentes instances (cf. bibliographie), adaptées au contexte local. Destiné aux professionnels médicaux et paramédicaux de la Direction de la santé, ce guide a pour objectif d'apporter des éléments pratiques, des recommandations et des rappels afin d'aider au repérage des pathologies pouvant influencer la réussite scolaire lors des visites de santé scolaire. Il s'agira, à terme, d'évaluer l'atteinte de cet objectif à travers la connaissance et l'appropriation de cet outil par les professionnels ciblés.

Ce document est disponible sur le site internet de Direction de la santé.



Selon la définition de l’OMS les soins de santé primaires (SSP), sont essentiels à la réalisation des objectifs de santé du développement durable, quel que soit le niveau de développement d’un pays. Les SSP consistent à offrir à la population, au sein des communautés, des soins curatifs de qualité, mais également sur les mêmes sites, des soins de santé préventive et des actions de promotion de santé.

Les soins de santé primaire doivent être centrés sur la personne et la famille et non pas sur un organe malade. Ils nécessitent pour cela une démarche participative et holistique, tenant compte du contexte local.

Les soins de santé primaires ne sont pas simplement une porte d’entrée vers les soins secondaires ou tertiaires que sont les spécialistes et les hôpitaux. Les soins de santé primaires doivent pouvoir répondre en autonomie à une grande partie des besoins de santé d’une communauté, et sont complémentaires des hôpitaux et des autres professionnels de santé avec qui ils travaillent en réseau.

Pour cela, il est nécessaire de réinvestir dans les soins de santé primaires, et il s’agit d’un des objectifs majeurs de la Direction de la santé dans le cadre de sa feuille de route 2023-2025.

Les professionnels des soins de santé primaire, exercent un métier complexe nécessitant des compétences larges et spécifiques permettant de garantir l’efficacité et la qualité du service apporté aux communautés.

C’est pourquoi la Direction de la santé a développé une « boîte à outils de soins de santé primaires » comprenant des guides, des recommandations, des protocoles et des procédures adaptés à la Polynésie Française. Ces outils sont disponibles sur le site de la direction de la santé : <https://www.service-public.pf/dsp/> et donneront lieu dès 2024 à un programme spécifique de formation continue.

Parmi ces outils, le guide « visites de santé au sein des établissements scolaires » a pour objectif de donner aux professionnels des soins de santé primaire les connaissances, compétences et pratiques nécessaires à la prévention et au dépistage précoce des problématiques de santé des enfants. Le but étant de faciliter la réussite scolaire et l’épanouissement des élèves de notre Pays.

Cet outil est le fruit d’un travail collaboratif impliquant de nombreux professionnels, dont je remercie la mobilisation.

Philippe Biarez

Directeur de la santé

Sommaire

1. Introduction.....	5
2. Habitudes de vie et comportements en santé.....	10
3. La maltraitance	14
4. Biométrie	15
5. Vision.....	17
6. Audition	20
7. Examen clinique systématique	22
8. Développement de l'enfant.....	24
9. Vaccination	29
10. Rhumatisme articulaire aigu (RAA) : dépistage scolaire de l'atteinte cardiaque.....	30
11. Annexes.....	31

1. Introduction

La santé scolaire a pour objectif de **promouvoir, protéger et maintenir la santé globale de l'enfant scolarisé et de favoriser ainsi son bien-être**. Elle est portée conjointement, dans le respect de leur missions respectives, par la Direction Générale de l'Education et des Enseignements (DGEE) et la Direction de la santé. Selon l'arrêté n° 1771 CM du 26 août 2021, cette dernière est en charge :

- des actions préventives et de dépistage des enfants et des adolescents scolarisés, dont les programmes de vaccination. Elles sont notamment réalisées à travers des **visites de santé dans les établissements scolaires**.
- de la coordination des actions en cas de maladie transmissible survenant en milieu scolaire,
- de l'application des programmes de santé en milieu scolaire,
- d'assurer les actions curatives pour le traitement des affections courantes ne nécessitant pas d'hospitalisation.

L'outil « Les visites de santé au sein des établissements scolaires »

L'outil a pour objectif d'apporter aux professionnels de santé les recommandations et éléments pratiques nécessaires, pour assurer, de **manière optimale**, les missions afférentes aux visites de santé au sein des établissements scolaires en complément du carnet de santé scolaire mis à disposition de l'ensemble des structures de proximité de la Direction de la santé. Ce document aborde les thématiques suivantes : habitudes de vie et comportement en santé, biométrie, vision, audition, examen clinique systématique, développement, vaccination, et dépistage scolaire de l'atteinte cardiaque (RAA).

En cas de questions complémentaires, contacter le Centre de Santé Scolaire (CSS) par mail : secretariat.ccs@ss@sante.gov.pf

1.1 Les visites de santé dans les établissements scolaires

1.1.1 Le contenu des visites

Les **visites de santé dans les établissements scolaires** sont axées autour :

- du repérage des troubles staturo-pondéraux,
- du dépistage des déficiences sensorielles et motrices,
- de l'identification des troubles cognitifs,
- du diagnostic précoce d'éventuelle maladie organique,
- du repérage des enfants présentant des grandes difficultés d'apprentissage (en lien avec l'équipe pédagogique),
- et du repérage des enfants présentant des problèmes psycho-sociaux.

Si une anomalie est décelée au cours de la visite, informer les parents de la nécessité d'un bilan complémentaire.

Le partenariat avec l'équipe pédagogique

Le partenariat entre l'équipe pédagogique et les professionnels de santé est fondamental pour un repérage efficace des problèmes de santé pouvant influencer la réussite scolaire. C'est pourquoi, des temps d'échange doivent être programmés afin :

- de discuter du « groupe classe » et des élèves en général,
- et d'échanger sur les éléments repérés par l'enseignant (comportement, suspicion des troubles auditifs, etc.).

1.1.2 Les professionnels de santé en charge des visites

Les visites de santé sont réalisées, en fonction du contexte local, par :

- les infirmier(e)s de la Direction de la santé (« IDE DS »),
- et / ou les infirmier(e)s de l'Education nationale (« IDE EN »),
- et / ou les médecins de la Direction de la santé.

Pour les îles sans permanence médicale, les visites sont réalisées par le personnel de santé le plus qualifié. Un avis médical doit être demandé en cas de situations complexes.

1.1.3 Les visites de santé scolaire

Classe	SG	CP	CE2	CM2	6 ^{ème}	3 ^{ème}	Machines
Visite IDE	IDE SP	IDE SP Ciblé	IDE SP		IDE EN	IDE EN ciblage	IDE EN
Préparation VM							
Biométrie						IDE SP privé	IDE SP privé
Médecins	MED Sys	MED Ciblé	MED Ciblé		MED Ciblé	MED Ciblé	MED Ciblé
Vaccination		IDE SP		IDE SP	IDE SP		
RAA					SP		

Pour les visites de santé scolaires (actions préventives et de dépistage), les tranches d'âge concernées par l'action du Centre de Santé Scolaire (CSS) vont du début de la scolarisation jusqu'au baccalauréat, pour les enfants et les adolescents mineurs. ¹

Chaque structure organise le calendrier des visites selon les modalités en vigueur dans sa zone.

Il est cependant recommandé d'organiser, si possible, les visites selon le calendrier suivant afin que les outils proposés soient le plus adaptés possible :

Visites auprès des élèves de :	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juill.
Maternelle						SG	x	x	SM			
Primaire			CE2	x	x				CP	x		
Collège						6 ^e	x	3eprepro	x	x		
Des filières professionnelles	x	x	x	x								
ULIS, SEGPA, CJA	x	x	x	x								

¹ Note de service n°9484 - Direction de la santé - juillet 2022

1.2 Le carnet de santé scolaire

La nécessité du carnet de santé scolaire est mentionnée dans la charte de collaboration DGEE/DS. Le personnel paramédical est chargé de l'ouverture du carnet de santé scolaire, en présence des parents ou des responsables légaux. Il collecte les informations utiles incluant :

- les données administratives de l'enfant,
- le parcours scolaire,
- les informations familiales,
- le contexte de vie,
- les antécédents médicaux (familiaux et personnels) de l'enfant,
- les éléments importants concernant la naissance et la petite enfance,
- les **données des courbes staturales-pondérales** (▲ à reporter sur la courbe du carnet de santé scolaire),
- le suivi médical et paramédical actuel,
- les vaccinations.

L'ensemble de ces données devront être mises à jour, à minima, lors des consultations de l'enfant, des visites au sein des établissements scolaires et en cas de transfert de dossier.

Un formulaire standardisé d'« autorisation parentale pour la réalisation de soins de prévention, de dépistage et curatifs aux enfants scolarisés » est à faire signer par les parents ou les responsables légaux à l'ouverture du carnet de santé scolaire. L'objectif de faire une autorisation commune à tous les services, une seule fois pour tout le cursus scolaire.



Vérifier avant chaque visite si des modifications ont été apportées (ou non) aux autorisations.

Deux carnets complémentaires peuvent être ajoutés, si besoin, au carnet de santé scolaire :

- 1 carnet de « **consultations curatives et de suivi** » comprenant les données communicables au patient (*résultats d'examen, comptes-rendus de consultation, protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, etc.*),
- 1 carnet « **confidentiel** » comprenant les données non communicables (*informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique, informations concernant un tel tiers, certaines notes des professionnels de santé, etc.*). Les tests des apprentissages seront à renseigner dans ce carnet, ainsi que les notes du médecin prises lors des Equipes Educatives.

Ces carnets sont à ranger dans la pochette située à l'arrière du carnet de santé scolaire.

Le carnet de santé scolaire (*et carnets complémentaires si besoin*) est tenu par les services de la Direction de la santé. Tout professionnel de santé y inscrivant une information doit s'identifier **clairement** (nom, prénom, signature et tampon).

Les modalités d'accès et de communication du carnet de santé scolaire sont les mêmes que pour tout autre dossier médical. (cf. l'outil Soins de Santé Primaires « *Droits du patient en Polynésie française* » de la Direction de la santé).

Les dossiers et carnets de santé scolaire doivent être conservés jusqu'aux 30 ans de l'enfant. (selon l'arrêté n°8709 MCE du 7 septembre 2020 approuvant le tableau de gestion et de tri des archives publiques relatives au carnet de santé « médico-scolaire » produit et détenu par la Direction de la santé.)

1.3 Les dispositifs éducatifs

	Elève concerné	Descriptif
ACE Aménagement des Conditions d'Examen [1]	Elève en situation de handicap	Les candidats sollicitant un ACE (conditions de déroulement des épreuves, temps majoré, adaptations ou des dispenses d'épreuves, etc.) doivent adresser leur demande au médecin désigné par le ministère de la santé ² , au plus tard à la date limite d'inscription à l'examen concerné.
	Le médecin désigné par le ministère de la santé² rend un avis qu'il adresse au candidat et au recteur. L'avis médical ne préjuge pas de la décision du Directeur de la DGEE, qui a seul compétence pour prendre une décision d'aménagement des conditions de l'examen.	
CJA Centre de Jeunes Adolescents [2]	Elève de 12 ans et plus, en difficulté scolaire en fin de primaire, ne relevant pas du champ du handicap	Les CJA sont des établissements dispensant des formations professionnelles dans des domaines liés au développement de la Polynésie française (agriculture, artisanat, tourisme, activités de la mer, bâtiment, etc.). L'ensemble de la formation est assuré par des équipes d'enseignants expérimentés et/ou spécialisés.
	En cas de demande d'orientation en CJA et si l'élève présente des problèmes médicaux : établir un certificat médical, à intégrer dans le dossier remis à la Commission Pour l'Orientation (CPO)	
EE Equipe Educative [3]	Elèves dont la situation le nécessite (grandes difficultés scolaires, troubles du comportement, orientation scolaire nécessaire, etc.).	L'EE est un lieu de dialogue et de concertation où s'élabore et s'ajuste le projet individuel de l'élève. Ce n'est pas une instance de décision mais un groupe de travail qui réfléchit sur les perspectives à envisager pour la suite de la scolarité de l'élève concerné. L'EE est composée de la famille, de l'équipe pédagogique, du médecin scolaire et de tout professionnel en lien avec le suivi de l'élève. Elle est réunie par le chef d'établissement chaque fois que l'examen de la situation d'un élève le nécessite.
	L'enfant doit être vu par le professionnel de santé scolaire, avant l'équipe éducative.	
PAI Projet d'Accueil Individualisé [4]	Elève atteint de problèmes de santé chronique nécessitant l'administration d'un traitement et/ou pouvant entraîner une urgence médicale (ex : injection éventuelle Intra musculaire - anapen)	Le PAI est un document élaboré par le médecin traitant/ médecin spécialiste de l'enfant sur demande de la famille. Il définit les adaptations nécessaires (aménagements d'horaires, organisation des actions de soins, etc.) à apporter à la vie de l'élève au sein de l'établissement scolaire.
	Si besoin, expliquer à l'école le PAI fait par le médecin traitant.	
PAP Plan d'Accompagnement Personnalisé [5]	Elève présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages, et de certaines pathologies spécifiques ne rentrant pas dans le champ du handicap.	Le PAP est un document qui définit les aménagements et adaptations pédagogiques dont bénéficie l'élève. Il est rédigé par l'équipe pédagogique qui le révisé tous les ans afin de faire le bilan des aménagements déjà mis en place et de les faire évoluer.
	Compléter les bilans (si besoin) et orienter l'enfant vers des rééducateurs spécialisés. La fiche médicale de synthèse doit être rédigée après un rendez-vous avec le médecin scolaire référent et transmise au chef de l'établissement scolaire. Le PAP doit être rédigé : <ul style="list-style-type: none"> • à l'entrée au collège • à l'entrée au lycée • lors d'un changement d'établissement Il est valable pour tout le collège ou tout le lycée.	
PPRE Programme Personnalisé de Réussite Educative [6]	Elève qui risque de ne pas maîtriser certaines connaissances et compétences attendues à la fin d'un cycle d'enseignement en raison de difficultés ne relevant pas des troubles des apprentissages	Le PPRE est un document qui permet de formaliser et de coordonner les actions conçues pour répondre aux difficultés que rencontre l'élève.

² Circulaire interministérielle relative aux aménagements des examens dans l'enseignement scolaire du 15/09/2016 (ref. 1225/MSP)

	Elève concerné	Descriptif
RASED (Réseau d'Aides Spécialisées pour les Élèves en Difficulté) ou DASED (Dispositif d'Aides Spécialisées pour les Élèves en Difficulté) [7]	Elève de 3 à 12 ans qui présentent des difficultés scolaires	Ce dispositif apporte des ressources complémentaires à l'action des enseignants dans leur classe. Il est composé de psychologues, d'enseignants chargés des aides spécialisées à dominante pédagogique (maître E), et d'enseignants chargés des aides spécialisées à dominante rééducative (maître G).  Renseigner sur le carnet de santé scolaire le suivi de l'enfant (maître E, et / ou G, et/ou psy EN)
SEGPA Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté [8]	Elève de la 6 ^e à la 3 ^e présentant des difficultés scolaires importantes. Il s'agit de difficultés ne pouvant pas être résolues par des actions d'aide scolaire et de soutien.	La classe SEGPA est intégrée dans un collège. Les élèves suivent les mêmes programmes d'enseignement que leurs camarades de section générale, mais avec des adaptations et des aménagements.
	En cas de demande d'orientation en SEGPA et si l'élève présente des problèmes médicaux : établir un certificat médical, à intégrer dans le dossier remis à la Commission Pour l'Orientation (CPO).	

Dispositifs spécifiques à destination des élèves reconnus comme relevant du champ du handicap par la Commission Territoriale de l'Éducation Spéciale (CTES) [9].

Les élèves reconnus comme relevant du champ du handicap par la CTES peuvent bénéficier d'un **Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)** (ou d'un Projet Personnalisé de Formation (PPF)).

Le PPS est un document qui définit le déroulement de la scolarité de l'élève. Il précise notamment les besoins en termes de matériels pédagogiques adaptés, d'accompagnement et d'aménagement des enseignements.



Le médecin de santé scolaire est chargé de renseigner le volet médical du PPS lors d'un RDV avec l'enfant et un des parent.

En fonction des situations, les élèves peuvent être orientés vers une **Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)** [10]. Ce dispositif offre aux élèves une organisation pédagogique adaptée à leurs besoins ainsi que des enseignements adaptés dans le cadre de regroupement. Elle fait partie intégrante de l'établissement scolaire dans lequel elle est implantée. En Polynésie française, il existe 2 types d'ULIS :

- ULIS TFC, pour les élèves présentant des « Troubles des Fonctions Cognitives ou mentales »,
- ULIS TFA, pour les élèves présentant des « Troubles de la Fonction Auditive »



Le médecin de santé scolaire est chargé d'établir un certificat médical pour la CTES en vue d'une orientation ULIS.

Ces élèves peuvent également bénéficier de l'aide d'une **Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)**, qui aide l'élève dans le développement de ses capacités de socialisation, d'autonomie et d'apprentissage. [11]



Le médecin de santé scolaire est chargé d'établir un certificat médical pour la CTES en vue d'une demande d'auxiliaire de vie scolaire (si besoin).

L'**Enseignant Spécialisé Référent (ESR)** est chargé du suivi de la scolarisation de l'élève handicapé. Il organise, à minima une fois par an, une réunion avec l'**Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS)**, composée de l'ensemble des personnes qui concourent à la mise en œuvre du PPS, de l'élève et/ou ses parents. L'objectif est de veiller à la mise en œuvre du PPS, de suivre de près la scolarité de l'enfant et de préciser les aménagements dont il doit bénéficier. [12]

Un glossaire des sigles utilisés en santé scolaire est disponible en annexe.

2. Habitudes de vie et comportements en santé

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux, dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. En effet, plus on adopte des comportements favorables à la santé et au bien-être à un jeune âge, plus on a de chance de les maintenir à l'âge adulte. [13]

L'environnement de vie, la survenue d'évènements récents marquants pouvant compromettre sa sécurité affective ou l'équilibre familial, les habitudes de vie et comportements en santé sont à investiguer lors d'un temps d'échange avec l'enfant/ l'adolescent.

L'objectif est de :

- **repérer d'éventuelles situations à risques et d'en référer** (cf. page suivante). Il est alors important de préciser lesquelles (maladie, décès, séparation, situation professionnelle, incarcération, naissance, changement de lieu de vie, etc.).
- et de délivrer les **messages de promotion de la santé et de prévention adaptés** au contexte et à la situation individuelle de chacun. Pour ce faire, vous pouvez vous appuyer sur les différents supports d'information de la Direction de la santé.



STOP IST
FORMAT : BROCHURE



EN ROUTE VERS LA PLEINE FORME
FORMAT : AFFICHE



QUELLE QUANTITÉ DE SUCRES JE BOIS
FORMAT : AFFICHE

Communication à destination des enfants et des adolescents : Points clefs !

- Chaque message est à adapter, aussi bien sur le fond que sur la forme, à la situation et à l'élève.
- Prévenir des dangers futurs est moins efficace, que de parler des bénéfices immédiats à changer un comportement.
- Délivrer des messages axés sur les connaissances relatives aux effets sur la santé et sur le développement des compétences psychosociales. Attention ! L'information est nécessaire mais non suffisante pour engager des changements de comportements.
- Ne pas être moralisateur et ne pas gronder les élèves ! Cela ne servirait à rien, sauf peut-être à bloquer la communication.
- Ne pas utiliser la politique de la peur. C'est inefficace !
- Adopter une démarche d'accompagnement qui permet aux individus de trouver par eux-mêmes des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent.

2.1 Éléments à rechercher et signes d'alerte

- Les **signes d'alerte** sont à analyser selon une approche globale, l'ensemble de ces thématiques étant relié !
- En cas de signes d'alerte, rapprochez-vous, si possible, des **infirmier(e)s de l'Éducation nationale** pour recueillir des informations complémentaires et échanger sur la situation repérée.
- En fonction des situations, échanger avec les **services sociaux** et / ou transmettre à la **DSFE et/ou au Procureur** de la République le formulaire F002-CS (pour information préoccupante ou signalement), disponible sur le site internet de la Direction de la santé. Les modalités de transmission y sont explicitées.



La première personne qui constate la maltraitance doit faire une information préoccupante ou un signalement, en fonction des situations. Dans le cadre de l'établissement scolaire, celui-ci doit se référer au protocole élaboré par le Procureur.

	Informations à rechercher et exemples de questions à poser (à adapter en fonction de l'âge)	Signes d'alertes	Conduite à tenir
Alimentation	La quantité des prises alimentaire <ul style="list-style-type: none"> • Manges-tu 3 fois par jour ? (si non, pourquoi ?) • Quelle quantité manges-tu à chaque fois ? • Grignotes-tu entre les repas ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Variation significative du poids • Dymorphophobie • Sélectivité alimentaire, calcul des calories • Hyperinvestissement sportif et /ou scolaire • Conduite de purge (vomissements, prise de laxatif) • Tendance à l'hyperphagie 	<ul style="list-style-type: none"> • Investiguer l'origine des troubles (familial, scolaire, etc.). • Orienter vers un médecin. • Orienter vers un psychologue scolaire, si possible.
	La qualité des prises alimentaires, l'alimentation variée <ul style="list-style-type: none"> • Manges-tu de tout ? • Quels genres de boisson consommes-tu ? 		
	Le contexte des prises alimentaires <ul style="list-style-type: none"> • Manges-tu uniquement quand tu as faim ou manges-tu aussi pour une autre raison (ennui, stress, etc.) ? • Où manges-tu ? (cantine, etc.) 		
Bien-être / Santé mentale	La santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • Comment te sens-tu dans ta vie de tous les jours ? • Est-ce que tu te sens triste ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes de dépression • Suspicion d'harcèlement scolaire • Suspicion de cyber harcèlement • Suspicion de maltraitance • Idées suicidaires • Conduites à risques (liées ou non à des signes suicidaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Investiguer l'origine des troubles (familial, scolaire, etc.). • Orienter, selon la situation, (et si possible) vers le psychologue scolaire ou l'IDE scolaire ou un médecin.
	Les relations familiales et amicales <ul style="list-style-type: none"> • Comment ça se passe à la maison ? à l'école ? et avec tes copains ? 		
Sommeil	Qualité du sommeil <ul style="list-style-type: none"> • A quelle heure te couches-tu ? • Est-ce que tu dors bien ? • à quelle heure tu te lèves le matin ? • Est-ce que tu es reposé le matin au réveil ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés endormissement • Insomnies • Cauchemars récurrents • Frayeurs (fantômes) • Enurésie 	Chercher l'origine des troubles (écrans, stress, contexte de vie, etc.)

Recommandations du Haut Conseil de la santé publique sur l'activité physique [14]

- L'enfant (à partir de 6 ans) cumule plus de 60 min de mouvement chaque jour (déplacements actifs, activités scolaires et extrascolaires, etc.).
- L'adolescent a plus de 60 min d'activités de type endurance par jour et sollicite le système musculo squelettique tous les 2 jours.

Les professionnels de santé ont pour mission de valoriser la pratique d'une activité physique adaptée à l'âge et informer sur l'impact positif des activités physiques sur le développement cérébral et les performances scolaires.

	Informations à rechercher et exemples de questions à poser (à adapter en fonction de l'âge)	Signes d'alertes	Conduite à tenir
Vie affective et sexuelle	<p>La vie affective</p> <ul style="list-style-type: none"> As-tu un petit copain ou une petite copine ? Quel âge a-t-il (elle) ? <p>La vie sexuelle, les IST et la contraception</p> <ul style="list-style-type: none"> As-tu des relations sexuelles ? ⚠ Attention à la perception des adolescents sur qu'est-ce qu'une relation sexuelle As-tu eu des infos sur les IST et sur la contraception ? Si oui, lesquelles ? Te protèges-tu à chaque rapport sexuel ? Quels moyens utilises-tu ? Les utilises-tu selon les informations que tu as reçues ? <p>Les menstruations</p> <ul style="list-style-type: none"> Es-tu réglée ? Si oui, <ul style="list-style-type: none"> Quand as-tu eu tes dernières règles ? Les as-tu régulièrement ? Sont-elles douloureuses ? Est-ce que tu es suivie par un gynécologue ? 	<ul style="list-style-type: none"> Contraception non suivie Suspicion de grossesse Comportements à risque Suspicion d'IST Suspicion de violences sexuelles Discours traduisant un mal-être au sein de la relation 	<ul style="list-style-type: none"> Investiguer sur la nature de la relation Orienter vers un médecin ou vers le Centre de Protection Maternelle et Infantile (CPMI) (si possible).
Addictions (tabac, alcool, paka, écrans)	<p>La consommation de tabac</p> <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que tu fumes la cigarette ? Combien par jour ? Avec qui ? <p>La consommation d'alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que tu bois de l'alcool ? Si oui, <ul style="list-style-type: none"> Quel alcool bois-tu ? Avec qui bois-tu ? ⚠ Attention à la perception des adolescents sur les boissons alcoolisées et les niveaux de consommation <p>Les écrans</p> <ul style="list-style-type: none"> Combien de temps passes-tu devant les écrans ? 	<ul style="list-style-type: none"> Suspicion de dépendance Changement de comportements, irritabilité (peu spécifiques à l'adolescence) et les symptômes de sevrage Infléchissement scolaire, 1er signe d'alerte de consommation de cannabis chez l'adolescent, de plus en plus précocement (à partir de 12 ans) Isolement social et arrêt des pratiques sportives 	<ul style="list-style-type: none"> Echanger avec l'IDE scolaire si possible pour une orientation vers le CPSA. En l'absence d'IDE scolaire, orienter vers le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) (et le signaler au médecin)
La consommation de produits illicites est investiguée soit par l'IDE soit par le médecin en fonction des situations (cf. carnet de santé scolaire)			
Hygiène corporelle	Éléments à recueillir par inspection de l'enfant / de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> Poux Plaies, dermatose Manque d'hygiène (ongles longs et sales, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Si besoin, signaler à l'enseignante et aux parents la présence de poux dans la classe En cas de dermatose, orienter vers un médecin.
Hygiène buccodentaire	Éléments à recueillir par inspection de l'enfant / de l'adolescent	<ul style="list-style-type: none"> Mauvais état dentaire général 	<ul style="list-style-type: none"> Rappel des règles d'hygiène bucco-dentaire : Orienter vers un dentiste si besoin.

Santé dentaire

Le programme principal de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire du Centre de Santé Dentaire s'arrête en fin de primaire. Les élèves de 6^e ont alors tendance à abandonner leur hygiène bucco-dentaire. L'état dentaire peut se dégrader très rapidement et les conséquences peuvent avoir un impact important sur la vie sociale et professionnelle de l'enfant et sur sa santé, une mauvaise hygiène dentaire pouvant être à l'origine de RAA.

2.2 Les écrans : Points clefs

Ce n'est pas l'écran en soi qui est peut-être délétère mais son usage. L'accompagnement dans l'utilisation des écrans est donc l'élément essentiel [15].

Les **déterminants principaux des effets délétères** des écrans sont :

- le contexte socio-économique,
- le niveau d'éducation des familles,
- et le niveau de compétence numérique des parents et des enfants (capacité à profiter des opportunités qu'offre le numérique et à prendre conscience des risques).

La **surexposition aux écrans** peut avoir des effets sur les enfants et les jeunes, dont :

- des troubles de l'alimentation,
- un manque d'activité physique,
- des troubles du sommeil,
- des troubles du langage,
- des troubles de la concentration,
- un manque de sociabilité,
- etc.

Pour le professionnel de santé, il s'agit de :



Savoir reconnaître les risques de l'usage, indépendamment du contenu : l'usage des écrans peut être le symptôme d'un trouble et de ce fait, retarder une intervention



Etre capable de repérer les signes d'alerte d'une utilisation excessive des écrans (sommolence, isolement, baisse des performances scolaires, repas isolé, troubles anxieux, violence et agressivité)



Rester attentif à la survenue de troubles tels que fatigue visuelle, maux de tête, etc.



Identifier les enfants et les adolescents vulnérables, ceux recherchant une reconnaissance sociale, la récompense, la compétition ou qui n'ont pas les capacités intellectuelles pour se préserver des risques encourus d'une utilisation abusive ou inadaptée des écrans

3. La maltraitance

En Polynésie française, les signalements aux affaires sociales et au procureur se concentrent sur le 2nd degré avec plus de 60% des signalements au collège. Les signalements impliquant les responsables légaux représentent plus de 40% de la totalité des signalements. [16]

La maltraitance est le non-respect des droits et besoins fondamentaux de l'enfant (santé, sécurité, moralité, éducation, développement physique, affectif, intellectuel et social). Elle est caractérisée par son début précoce et sa chronicité. Elle touche toutes les classes sociales. Selon la Haute Autorité de Santé, plus de 80 % des mauvais traitements sur un enfant sont infligés au sein de la famille.

3.1 Les facteurs de risque et critères de vulnérabilité

Chez les parents	Chez l'enfant	Dans la fratrie
<ul style="list-style-type: none">• jeune âge• victimes de sévices• troubles psychiatriques• addictions• conditions socio-économiques défavorables	<ul style="list-style-type: none">• grossesse à problème• prématurité• enfant malade• filiation particulière (enfant non reconnu par son père, enfant né d'inceste, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• placement ou décisions judiciaires• antécédents suspects chez les frères et sœurs

3.2 Signes d'alerte

Une situation de maltraitance doit être envisagée devant divers signes et surtout en cas :

- de **d'anamnèse évocatrice** (lésions inexplicables, histoire confuse, retard de consultation, etc.),
- de **signes physiques** (ecchymoses, brûlures, morsures, griffures, fractures, lésions viscérales graves, etc.),
- de **signes de négligence** (alimentation (dénutrition, malnutrition), environnement négligé ou dangereux, sommeil, hygiène, éducation),
- de **signes de maltraitance psychologique** (troubles des interactions et du comportement, humiliations répétées, etc.),
- de **signes comportementaux anormaux** de l'enfant ou de l'entourage.

En cas de doute, ne pas hésiter à demander l'avis d'un collègue, d'un spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre, médecin, psychologue) ou d'un travailleur social.

3.3 Conduite à tenir

1. Evaluer le degré d'urgence et les facteurs de gravité. Il s'agit de protéger l'enfant. Si besoin, mettre en place un suivi plus rapproché de l'enfant.

2. Transmettre à la DSFE et/ou au Procureur de la République (*pour information préoccupante ou signalement, en fonction des situations*) le « **Formulaire pour adulte vulnérable et mineur en danger – Formulaire destiné aux professionnels** » (F002-CS), disponible sur le site internet de la Direction de la santé. Les modalités de transmission y sont explicitées.



La première personne qui constate la maltraitance doit faire une information préoccupante ou un signalement, en fonction des situations. Dans le cadre de l'établissement scolaire, celui-ci doit se référer au protocole élaboré par le Procureur.

4. Biométrie

La biométrie est à réaliser à **chaque consultation de santé scolaire**. Le poids, la taille et l'IMC doivent être reportés sur les courbes du carnet de santé scolaire (et du carnet de santé personnel de l'enfant si possible) à chaque examen.

Toute anomalie de l'évolution staturo-pondérale, cassure ou accélération, doit être analysée ou bilantée si nécessaire.

Le suivi de la courbe de l'IMC permet de repérer les **rebonds d'adiposité précoce** (avant 6 ans) qui doivent alerter sur le développement possible d'une obésité de l'enfant.

Lors des visites, une attention particulière doit être également portée sur :

- le **dépistage des complications liées à l'obésité**, possibles dès l'enfance (syndrome d'apnée du sommeil, douleurs articulaires, infections cutanées, acanthosis nigricans, etc.),
- la recherche d'une **mésestime de soi et d'un retrait social** chez les adolescents, particulièrement sensibles aux conséquences morphologiques de l'obésité.

4.1 Mesures et calculs : Rappels [17] [18]

1. Mesure du poids

- L'enfant doit être pesé habillé et pieds nus.
- Le poids est noté à l'hectogramme (*100 g*) près.

2. Mesure de la taille

- L'enfant doit se tenir debout, pieds nus, aussi droit que possible (pieds joints et tête, dos, fesses et talons collés à la toise) et avoir la tête placée de sorte que la ligne de vision soit perpendiculaire au corps.
- Le curseur mobile de la toise est amené en contact avec le point le plus haut de la tête, en l'appuyant suffisamment pour comprimer la chevelure.
- La taille est notée au centimètre près.

3. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) se calcule en divisant le poids (en kg) par la taille (en m) au carré.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids en kg}}{\text{Taille en m}^2}$$

4. La **taille cible** se calcule :

- pour les filles : (Taille de la mère en cm + taille du père en cm - 13) / 2
- pour les garçons : (Taille de la mère en cm + taille du père en cm + 13) / 2

4.2 Les courbes de croissance et de corpulence

La croissance étant un phénomène dynamique, il s'agit **d'étudier son évolution en se référant aux données antérieures**. La croissance d'un enfant est dite normale si les paramètres de Taille et Poids évoluent de manière parallèle aux courbes de référence, dans un même couloir, entre - 2 DS (déviations standards) et + 2 DS, ou entre le 3^e et le 97^e percentile.

Un enfant dont les paramètres se situent hors des courbes peut néanmoins avoir une croissance normale et harmonieuse.

Les courbes de croissance peuvent présenter différentes anomalies comme :

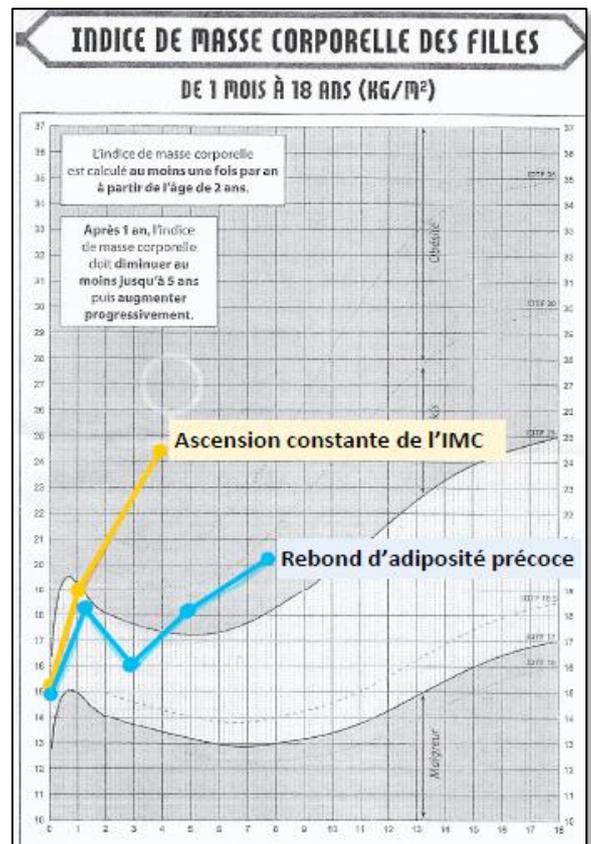
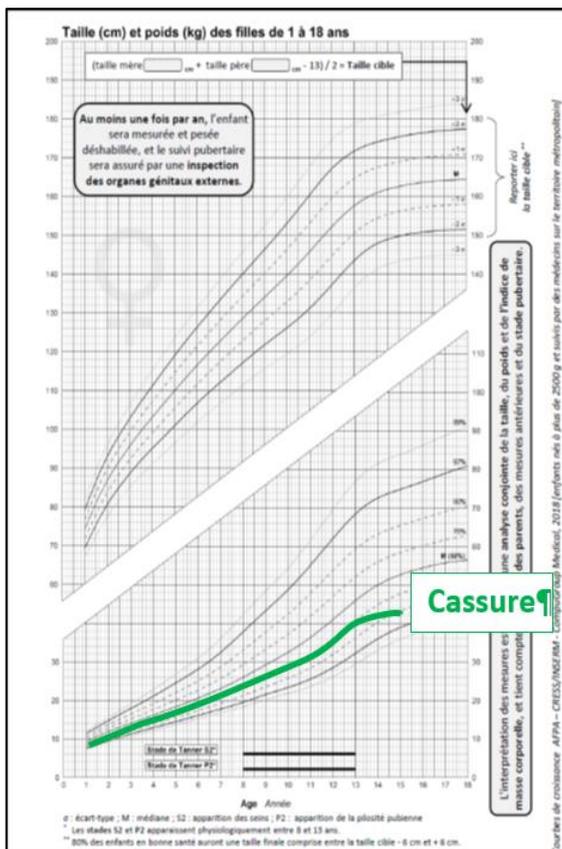
- un infléchissement,
- une cassure (▲ la cassure de la courbe de poids précède souvent la cassure de taille),
- une anomalie de concordance entre la courbe pondérale et la courbe staturale,
- une anomalie de concordance (± 2 DS) avec la taille cible.

On parle de **retard staturo-pondéral** si :

- taille OU poids $< 3^{\text{e}}$ percentile ou < -2 DS,
- et / ou taille discordante avec celle des parents (taille cible),
- et / ou vitesse de croissance anormale pour l'âge (cassure).

La courbe de corpulence peut présenter des signes annonciateurs d'excès de poids :

- un rebond d'adiposité précoce (avant 6 ans) (plus le rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé),
- une ascension continue de la courbe IMC depuis la naissance,
- un changement rapide de couloir de la courbe IMC vers le haut.



Toute anomalie sur la courbe de croissance et / ou de corpulence doit être signalée à un médecin afin d'être analysée et bilantée si nécessaire. Si besoin, l'enfant devra être réorienté vers son médecin traitant ou vers une consultation spécialisée.

La perte de poids n'est pas un objectif prioritaire chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse. L'objectif est de **ralentir la progression de la courbe de corpulence.**

5. Vision

Les troubles visuels peuvent être à l'origine de difficultés scolaires et de gêne dans la vie courante. L'enfant doit être **adressé à l'ophtalmologiste directement par l'infirmier(e)** :

- si l'acuité visuelle de loin (sans correction, ou avec les lunettes si l'enfant en porte déjà) est inférieure à 8/10 ,
- en cas de vision de loin normale pour les SG uniquement, une hypermétropie est suspectée si l'enfant lit encore bien la ligne des 8,2 avec un verre à + 2 dioptries,
- s'il y a une **différence entre chaque œil de 2 lignes ou plus** (par exemple, 10/10 d'un côté et 8/10 de l'autre),
- en cas d'anomalie à la vision des couleurs.

L'examen doit être réalisé dans des **conditions optimales** c'est-à-dire en dehors d'affections aiguës, à la lumière douce, non éblouissante, avec un éclairage le plus constant possible et dans une ambiance calme.

5.1 Facteurs de risque (favorisant l'apparition d'un facteur amblyogène) [19]

Antécédents familiaux

- Strabisme.
- Troubles sévères de la réfraction (myopies sévères et précoces).
- Amblyopie.
- Astigmatisme.
- Maladie ophtalmologique héréditaire.

Antécédents personnels

- Prématurité, souffrance cérébrale, toute réanimation.
- Petit poids de naissance (inférieur à 1500g).
- Surdité.
- Troubles neuromoteurs, IMC.
- Anomalies chromosomiques (trisomie 21).
- Craniosténoses, dysostoses craniofaciales.
- Embryof etopathies (toxoplasmose, etc.).
- Exposition in utero à la cocaïne, l'alcool.

En cas de présence de facteurs de risques, un suivi ophtalmologique doit être initié et la fréquence de suivi sera déterminée par l'ophtalmologue.

5.2 Signes d'appel [19]

Chez l'enfant entre 2 et 5 ans :

- Anomalie objective au niveau des paup res, des globes oculaires, des conjonctives, des pupilles, (leucocorie++),
- Strabisme,
- Nystagmus,
- Torticolis,
- Anomalie du comportement évoquant un trouble visuel, comportement anormal comme une indifférence à l'entourage,
- Plafonnement ou errance du regard, enfant qui appuie sur ses yeux,
- Enfant qui se cogne, tombe souvent, bute sur les trottoirs, plisse des yeux, fait des grimaces, ferme un œil au soleil,
- Retard d'acquisition du langage,
- Lenteur d'exécution,
- Fatigabilité, dyspraxies.

Chez l'enfant plus grand :

- Lecture trop rapprochée, g ne à la vision de loin,
- Confusion de lettres, fatigue à la lecture, céphalées, clignements et plissements des paup res, rougeur et picotements oculaires.

En cas de présence de signes d'appels, un suivi ophtalmologique doit être initié et la fréquence de suivi sera déterminée par l'ophtalmologue.

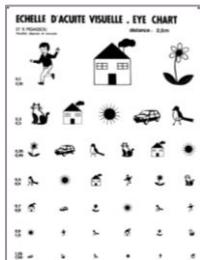
5.3 Mesure de l'acuité visuelle de loin

La mesure de l'acuité visuelle est à réaliser à chaque consultation de santé scolaire, au sein des établissements scolaires.

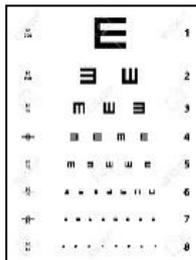
La mesure de l'acuité visuelle de loin, dans un contexte de dépistage, est la base de l'examen ophtalmologique. Elle permet de :

- déterminer le fonctionnement de la vision centrale,
- de **repérer un trouble de la réfraction** (myopie, hypermétropie, astigmatisme),
- de dépister les pathologies.

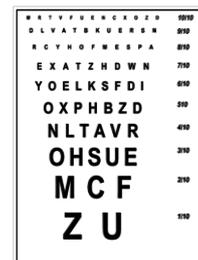
Selon les acquisitions et la compréhension de l'enfant, elle est réalisée grâce à :



OU



OU



L'échelle de **PIGASSOU**.

L'enfant doit nommer l'objet qu'on lui montre sur l'échelle ou le désigner sur la planche annexe.

L'échelle de **SNELLEN**.

L'enfant doit mentionner (ou montrer) dans quelle direction pointe la partie ouverte des « E ».

L'échelle de **MONOYER**. Ce

test nécessite une connaissance correcte de l'alphabet. L'enfant doit lire des grosses lettres aux petites

L'échelle de mesure doit être **bien éclairée** (pas de reflet), en **parfait état** (pas de salissures, pas d'effacement des lettres, pas de photocopies) et placée sur un mur à hauteur des yeux de l'enfant et à la **distance indiquée** sur l'échelle.

Pour mesurer l'acuité visuelle de loin :

1. Placer l'enfant devant l'échelle choisie, selon la distance indiquée sur l'échelle, lui expliquer ce qu'il doit faire et s'assurer qu'il a bien compris.
2. Tester la vision binoculaire.
3. Tester la vision monoculaire (chaque œil séparément) en veillant à l'occlusion parfaite de l'œil controlatéral.

Une ligne est correctement lue si 75 % à 80 % des lettres / images sont lues.



Si l'enfant porte des **lunettes de correction de loin**, le faire lire avec ses lunettes. Adresser l'enfant à un ophtalmologiste si l'acuité est mauvaise ou si la dernière visite date de plus de un an.

Pour la visite des SG : Si et seulement si l'acuité de loin est correcte (supérieure ou égale à 8) et que l'enfant ne porte pas de lunettes, dépister l'hypermétropie en mesurant l'acuité visuelle avec l'échelle de SNELLEN, à l'aide de lunettes à + 2 dioptries. Le dépistage s'effectue un œil après l'autre.

Si l'acuité visuelle reste normale, adresser à l'ophtalmologiste.

5.4 Recherche d'un strabisme

Le strabisme est recherché par l'étude des reflets cornéens. Les reflets cornéens sont examinés à 50 cm par une lumière non éblouissante dont le reflet est centré. En cas de strabisme, un reflet est au centre d'une pupille et l'autre est décentré. Dans ce cas, l'enfant doit être **adressé à un ophtalmologue**.

 Les examens des yeux doivent être réalisés dans des conditions optimales : en dehors d'affections aiguës, à la lumière douce, non éblouissante, avec un éclairage le plus constant possible et dans une ambiance calme.

Si l'enfant présente une gêne à l'occasion de l'occlusion alternée d'un œil, une amblyopie peut être soupçonnée. Adresser l'enfant vers un **ophtalmologue**. Le traitement de l'amblyopie par rééducation (généralement occlusion de l'œil sain) n'est possible que jusque vers l'âge de 7-8 ans. Au-delà, l'amblyopie est irréversible.

5.5 Evaluation de l'oculomotricité (poursuite oculaire)

En étant face à l'enfant, tracer des « *huit couchés* » à 40 cm de la racine de son nez, en utilisant un objet comme stimulus visuel, dans l'espace délimité de chaque côté par les épaules de l'enfant, en haut par le sommet de la tête et en bas par la base du cou. Les « *huit couchés* » doivent toucher les limites de cet espace. Seul son regard suit le déplacement de l'objet. La vitesse d'exécution du parcours doit être lente, environ **10 secondes pour un « huit couché »**.

5.6 Examen de la vision des couleurs

L'examen de la vision des couleurs permet de dépister le daltonisme. Il doit être réalisé **au moins une fois à partir de la classe de SM**, avec le test Baby Dalton ®. Le test se réalise en vision binoculaire et avec une bonne correction optique si nécessaire (en verres non teintés). **En cas d'anomalie, adresser à l'ophtalmologiste pour confirmer et caractériser le trouble de vision des couleurs.**

6. Audition

Demander l'avis d'un médecin ou d'un spécialiste, en cas de signes d'appel, d'anomalie à l'un des tests réalisés ou de sifflements après une exposition sonore intense.

Si une baisse de l'audition à la voix chuchotée est constatée, réaliser un contrôle tympanique avec un otoscope (médecin ou infirmier(e) en fonction des ressources) et éventuellement refaire le test. Si la baisse est confirmée, une **consultation spécialisée doit être demandée.**

Les déficiences auditives entraînent une répercussion sur le développement de la communication, la scolarité et l'insertion sociale ultérieure de l'enfant. Le dépistage néonatal des troubles de l'audition ne pouvant repérer que les surdités importantes, il est donc très **important de poursuivre les tests de dépistage** afin de repérer les **surdités plus légères** et les **surdités n'apparaissant que plus tard** au cours de la vie de l'enfant.

6.1 Facteurs de risque d'un trouble de l'audition [20]

Antécédents familiaux	<ul style="list-style-type: none">• Surdité familiale : prothèse auditive avant l'âge de 50 ans, syndrome d'Alport.
Antécédents personnels	<ul style="list-style-type: none">• Prématurité, surtout en cas d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines révolues et/ou une complication cérébrale de la prématurité.• Faible poids de naissance, surtout inférieur à 1500 grammes.• Infirmité motrice cérébrale, troubles neuromoteurs.• Anomalies chromosomiques, en particulier la trisomie 21 ; micro-délétion 22q11.• Craniosténoses et malformations de la face.• Embryofoetopathies (rubéole – CMV).• Exposition in utero aux toxiques et/ou à l'alcool et/ou au tabac.• Hyperbilirubinémie ayant nécessité une exsanguino-transfusion.• Infection grave ou traitement possiblement ototoxique (aminosides, etc.).• Otites à répétition.• Anoxie périnatale.• Infections graves : méningites purulentes (pneumocoque, haemophilus, méningocoque).• Traumatismes du rocher.

6.2 Signes d'appel [20]

Après 3 ans :

- retard de parole et de langage,
- grande difficulté d'articulation,
- troubles du comportement ou difficulté relationnelle,
- difficultés d'apprentissage.

Dans la surdité acquise :

- régression de l'expression vocale,
- détérioration de la parole articulée,
- modification du comportement, agressivité, et frayeurs surtout la nuit.

6.3 Audiométrie vocale : Test à la voix chuchotée [21]

Le test à la voix chuchotée est à réaliser à chaque consultation de santé scolaire.

Le test à la voix chuchotée ne dépiste que les **surdités moyennes et sévères**, qui nécessitent une prise en charge. Il est réalisable **à partir de 4 ans**.

 **Prévoir une pièce calme**

Pour réaliser le test à la voix chuchotée :

1. **Effectuer un prétest** : Lire les mots de la liste 1 (*ou 2 au choix*) à voix haute devant l'enfant et lui faire répéter, pour vérifier que les mots sont connus de l'enfant.

Si l'enfant ne connaît pas un mot, il peut être remplacé par un des mots de liste complémentaire qui se situe sur **la même ligne** (équivalent à la même fréquence).

Fréquence testée	Liste 1	Liste 2	Mots de remplacement (liste complémentaire)
0,5 – 1 kHz	Bonbon	Pomme	Oignon, Roue, Robe
	Mouche	Poire	
1 kHz - e	Robe	Arbre	Pomme
1 kHz - d	Vache	Botte	Bague
1 – 2 kHz	Lapin	Coq	Girafe, Balai, Chèvre , Canapé
	Fleur	Cheval	
2 kHz-e	Clef	Echelle	Lune
2 kHz-d	Jupe	Téléphone	Culotte, Train
2 – 4 kHz	Chien	Chaise	Lit, singe
	Sucette	Lunette	

2. **Se placer derrière l'enfant** assis, à longueur de bras, et poser une main sur l'oreille non concernée par le test pour l'isoler.
3. **Nommer** les mots de la liste énoncée précédemment, un par un en chuchotant, de façon aléatoire. L'enfant doit répéter chaque mot. Le mot peut être répété une fois si besoin.
4. Réaliser le test de manière identique pour l'autre oreille, en utilisant l'autre liste de mots.

Si l'enfant fait 2 erreurs ou plus, identifier les mots non ou mal répétés dans le carnet de santé scolaire et orienter vers le médecin.

Chez l'enfant plus grand et chez l'adolescent, la prévention des surdités liées aux traumatismes sonores passe par une information sur les niveaux sonores dangereux et à éviter, en particulier pour la **musique amplifiée**.

7. Examen clinique systématique

L'examen clinique devrait être complet et adapté à l'âge.

	Examens à réaliser	à :
Développement staturo-pondéral	Analyse des courbes et recherche d'anomalies (cf. Partie « Biométrie »).	Jusqu'à la 3 ^e inclus
	Recherche des signes pubertaires témoins d'une puberté précoce* devant toute accélération de la croissance.	- Avant 8 ans chez la fille. - Avant 9 ans chez le garçon.
Peau et phanères (ongles, cheveux, poils)	Examen de la peau et des phanères.	Tous âges.
Tête et Cou	<ul style="list-style-type: none"> - Examen du conduit auditif externe et du tympan (recherche de bouchons de cérumen, de corps étrangers intra auriculaire, recherche d'otite moyenne en particulier d'otite sérumuqueuse). - Recherche d'hypertrophie amygdalienne, facteur de risque d'apnée du sommeil. - Recherche de mauvaise hygiène dentaire, de caries, d'anomalie de développement buccodentaire pouvant nécessiter un appareillage. 	Tous âges.
Œil	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de strabisme - Recherche du réflexe photomoteur. - Evaluation de l'oculomotricité. - Recherche d'amblyopie. 	Visite des SG (et à tous âges en cas de suspicion d'anomalie)
Cardiovasculaire	Auscultation cardiaque.	Tous âges.
Respiratoire	Auscultation pulmonaire.	Tous âges.
Appareil locomoteur	Recherche d'anomalies de la statique vertébrale* .	Tous âges.
	Recherche de trouble de la marche* .	Visite des SG

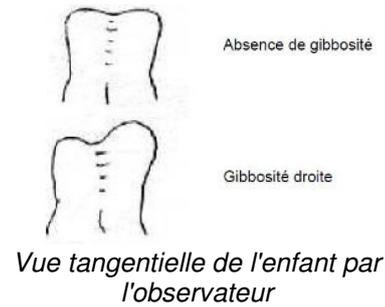
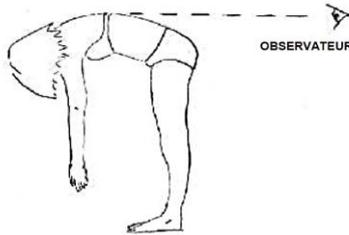
7.1 Aide à l'examen

Puberté précoce et puberté tardive : les signes

Signes de puberté	Chez le garçon	Chez la fille
Précoce	Avant 9 ans : pilosité pubienne, augmentation du volume testiculaire supérieure à 4 ml ou de la longueur testiculaire supérieure à 25 mm	Avant 8 ans : pilosité pubienne, développement des seins.
Tardive	Absence d'augmentation de la taille des testicules à 14 ans.	Absence de développement des seins à 13 ans ou aménorrhée à 15 ans.

Recherche de scoliose (Examen du rachis) [22]

L'enfant ou l'adolescent doit être en position debout, pieds nus joints et torse dévêtu. Rechercher une asymétrie du pli de taille ou une asymétrie des épaules. Demander au sujet de se pencher en avant les mains jointes, tête en bas et jambes tendues pour rechercher, lors du déroulement du rachis en vue tangentielle, une **gibbosité dorsale** (ou plus rarement lombaire) qui signe la scoliose.



Le risque d'aggravation est maximal pendant la période de croissance pubertaire avec une évolution linéaire et constante dès le début de la puberté. Une gibbosité peu importante en fin de puberté ne pose pas de problème alors que la même gibbosité en tout début de puberté nécessite une surveillance rigoureuse pour apprécier l'évolutivité de la scoliose et le cas échéant indiquer un traitement. Il est important de dépister une scoliose le plus précocement possible.



Ne pas confondre la scoliose (qui est une déformation de la colonne vertébrale) et l'attitude scoliotique beaucoup plus fréquente et beaucoup moins grave. **L'attitude scoliotique** n'est pas due à une déformation vertébrale, mais à un **défait postural** de l'enfant. L'attitude scoliotique doit être surveillée jusqu'à la fin de la croissance de l'enfant.

Examen de la marche (pieds nus) [23]

L'objectif de l'examen est de repérer des anomalies (fauchage, steppage, boiterie, marche sur la pointe des pieds, etc.). L'examen se réalise pieds nus. Noter si des particularités physiologiques ou non sont observées et entraînent une répercussion sur la motricité globale de l'enfant afin de surveiller leur évolution lors d'une prochaine consultation ou de l'orienter si nécessaire pour une consultation spécialisée.

- La marche en **rotation interne**, fréquente de 3 à 7 ans, se réduit spontanément dans la majorité des cas.
- La marche en **rotation externe** survient souvent chez l'enfant plus âgé.
- Le **genu varum** est physiologique de la naissance à 3 ans, il diminue progressivement entre 18 mois et 3 ans.
- Le **genu valgum**, physiologique de 2 à 10 ans, est maximal vers 3 ans chez la fille et 4 ans, chez le garçon. Il diminue progressivement jusqu'à la puberté.
- Une marche sur la **pointe des pieds** doit être explorée.

Hypertrophie amygdalienne

Une hypertrophie amygdalienne est à **rechercher si des ronflements sont signalés par la famille ou si l'enseignant signale des endormissements** en classe. Elle permet de voir s'il y a un retentissement sur l'état de santé de l'enfant (troubles du sommeil/apnée du sommeil) qui pourrait impacter ses apprentissages.

8. Développement de l'enfant

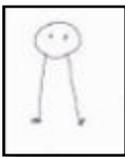
L'objectif est de dépister toute anomalie de développement tout en tenant compte des variations individuelles. Il s'agit de **repérer des signes d'alerte**, sans inquiéter inutilement les parents.

Le développement concerne les acquisitions de l'enfant, sur le plan psychique (langage, affectivité, intelligence) et moteur (mouvements du corps et des membres). Ce phénomène continu est étroitement lié à la maturation cérébrale, la qualité des échanges et la stimulation de l'environnement. **Il suit la même séquence chez tous les enfants mais à un rythme variable d'un enfant à l'autre.**

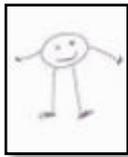
Il est important d'avoir une idée précise des étapes du développement normal de l'enfant, afin de détecter des problèmes (ex : atteinte organique de l'appareil sensoriel) et d'intervenir précocement afin de réduire, si possible, leurs conséquences à long terme. L'évaluation du développement se fait dans différents domaines comme la motricité globale, la motricité fine, le langage, la cognition et le développement social/affectif. [24]

8.1 Les principales étapes du développement de l'enfant et signes d'alerte [23] [25]

A 3 ans :

Domaines	Éléments attendus	Signes d'alerte
Autonomie et comportement	<ul style="list-style-type: none">- Mange seul au repas- S'habille avec aide (chaussons et chaussettes seul)- A acquis la propreté diurne/nocturne- Joue à faire semblant- Joue à plusieurs- Se sépare plus ou moins facilement de sa mère- Se lave et se sèche les mains	<ul style="list-style-type: none">- Ne prend pas plaisir à jouer avec des enfants de son âge- Ne sait pas prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs
Motricité globale	<ul style="list-style-type: none">- Tient debout sur 1 pied sans appui pendant plus de 3 secondes, saute sur 1 pied- Se relève de la position assise sans appui- Monte les escaliers en alternant les pieds- Pédale au tricycle	<ul style="list-style-type: none">- Ne monte pas l'escalier seul en alternant les pieds (avec la rampe)- Ne saute pas d'une marche
Motricité fine et préhension	<ul style="list-style-type: none">- Dévisse et revisse le bouchon d'un flacon- Recopie un cercle fermé – un trait vertical – un trait horizontal- Pince tripode du crayon- Reproduit un pont de 3 cubes – une tour de 8 cubes – un mur de 4 cubes- Dessine un bonhomme « têtard » 	<ul style="list-style-type: none">- N'empile pas huit cubes (sur modèle)- Ne copie pas un cercle sur modèle visuel (non dessiné devant lui)- N'enfile pas seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt)
Langage	<ul style="list-style-type: none">- Dit son prénom- Dit « je » et « oui »- Nomme 3 couleurs, 10 images sur 15 montrées, 8 objets sur 10 présentés ?- Comprend une consigne simple, le langage quotidien, « haut-bas » / « devant-derrrière »- Fait des phrases, de 3 mots (dont 1 verbe), emploie des articles, conjugue des verbes- A un vocabulaire diversifié (verbe, adjectif, mots outils, mots fonctionnels, prépositions, pronoms... parfois mal prononcés)	<ul style="list-style-type: none">- Ne dit pas des phrases de trois mots (avec sujet et verbe, objet)- N'utilise pas son prénom ou le « je » quand il parle de lui- Ne comprend pas une consigne orale simple (sans geste de l'adulte)

A 4 ans :

Domaines	Eléments attendus	Signes d'alerte
Autonomie et comportement	<ul style="list-style-type: none"> - S'habille sans aide - Se sépare facilement de sa mère 	<ul style="list-style-type: none"> - N'accepte pas de participer à une activité en groupe - Ne cherche pas à jouer ou interagir avec des enfants de son âge - N'a pas de jeux imaginatifs avec des scénarios
Motricité globale	<ul style="list-style-type: none"> - Marche en avant - Saute sur 1 pied en plus de l'appui monopodal 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne saute pas à pieds joints (au minimum sur place) - Ne monte pas les marches non tenu et en alternant - Ne lance pas un ballon de façon dirigée - Ne sait pas pédaler (tricycle ou vélo avec stabilisateur)
Motricité fine et préhension	<ul style="list-style-type: none"> - Boutonne - Dessine un bonhomme en 3 parties - Utilise des ciseaux, des gommettes, de la pâte à modeler - Joue aux puzzles et jeux de construction 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne dessine pas un bonhomme têtard - Ne copie pas une croix orientée selon le modèle (non dessiné devant lui) - Ne fait pas un pont avec trois cubes (sur démonstration) - N'enfile pas son manteau tout seul - Ne sait pas trier des objets par catégories (couleurs, formes, etc.) + X
Langage	<ul style="list-style-type: none"> - Comprend les phrases longues complexes et un récit simple - Précise et augmente son vocabulaire - Allonge ses phrases - Articule tous les sons 	<ul style="list-style-type: none"> - N'utilise pas le « je » pour se désigner (ou équivalent dans sa langue natale) - N'a pas un langage intelligible par une personne étrangère à la famille - Ne conjugue pas des verbes au présent - Ne pose pas la question « Pourquoi ? » - Ne peut pas répondre à des consignes avec deux variables pour retrouver des objets absents (va chercher ton manteau dans ta chambre) - Ne compte (dénombrer) pas quatre objets

A 5 ans :

Domaines	Eléments attendus	Signes d'alerte
Autonomie et comportement	<ul style="list-style-type: none"> - S'habille sans aide - Se sépare facilement de sa mère - Sociabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne connaît pas les prénoms de plusieurs de ses camarades - Ne participe pas à des jeux collectifs en respectant les règles
Motricité globale	<ul style="list-style-type: none"> - Marche en ligne en arrière - Tient sur 1 pied pendant 10 secondes - Saut sur 1 pied en avant et en arrière - Attrape une balle au bond - Pédale avec ou sans stabilisateur - Nage avec ou sans bouée - Doigt-nez plusieurs fois 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne tient pas en équilibre sur un pied au moins cinq secondes sans appui - Ne marche pas sur une ligne (en mettant un pied devant l'autre) - N'attrape pas un ballon avec les mains
Motricité fine et préhension	<ul style="list-style-type: none"> - Boutonne - Dessine un bonhomme en 6 parties (4 membres, tronc, tête) - Utilise des ciseaux, des gommettes, de la pâte à modeler - Connait sa main droite, pianotage digital - Joue aux contraires par analogie - Praxies bucco-faciales : fait claquer sa langue, fait un clin d'œil, gonfle les joues - Ecrit son prénom en lettres majuscules (sans modèle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne dessine pas un bonhomme en deux à quatre parties (au moins deux ovoïdes) - Ne copie pas son prénom en lettres majuscules (sur modèle) - Ne copie pas un carré (avec quatre coins distincts)
Langage	<ul style="list-style-type: none"> - Comprend et construit un récit - A acquis les règles du langage - Parle sans déformer les mots - Décrit une image 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne fait pas des phrases de six mots avec une grammaire correcte - Ne comprend pas des éléments de topologie (dans/sur/derrière) - Ne nomme pas au moins trois couleurs - Absence de perception des rimes ni du nombre de syllabes (conscience phonologique) - Ne décrit pas une scène sur une image (personnages, objets, actions) - Ne compte pas jusqu'à dix (comptine numérique)

A 6 ans

Domaines	Eléments attendus	Signes d'alerte
Autonomie et comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Autonome, peut apprendre à se déplacer dans la rue, à traverser - Spontané - Capable de fixer son attention 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne reconnaît pas l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée (ne sait pas consoler son/sa camarade) - Maintient son attention environ dix minutes sur une activité qui l'intéresse, sans recadrage
Motricité globale	<ul style="list-style-type: none"> - Marche en ligne en arrière, saute sur 1 pied en arrière - Marche talon pointe, en avant - Vélo sans les petites roues (casqué) - Coordination motrice pied G main D 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne saute à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant) - Ne court pas de manière fluide et sait s'arrêter net - Ne marche sur les pointes et les talons
Motricité fine et préhension	<ul style="list-style-type: none"> - Dessine un bonhomme en 6 parties (4 membres, tronc, tête) - Dessine des figures géométriques (carré, triangle) - Joue aux contraires par analogie - Compte jusqu'à 13 - Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne ferme pas seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair) - Ne touche pas avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration - Ne copie pas un triangle - Ne se lave pas et/ou ne s'essuie pas les mains sans assistance
Langage	<ul style="list-style-type: none"> - Comprend et construit un récit, a acquis les règles du langage, parle sans déformer les mots. - Comprend et montre : le dessus – dessous - Distingue le matin – l'après-midi – le soir - Définit les mots, décline la composition des objets - Est prêt pour apprendre à lire et écrire 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne peut pas raconter une petite histoire de manière structurée (avec début, milieu et fin) (exemple : histoire qu'on lui a lue, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé ... éventuellement suggéré par les parents) - Ne peut pas dialoguer en respectant le tour de parole (par exemple sur un sujet qui l'intéresse) - Ne s'exprime pas avec des phrases construites (grammaticalement correctes) - Ne dénombre pas dix objets présentés (crayons, jetons, etc.) - Dénombre dix objets présentés (crayons, jetons, etc.) - Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5, 2, 9) - Reconnaît tous les chiffres (de 0 à 9)

Le saturnisme [26]

Le saturnisme correspond à une imprégnation excessive des individus au plomb, substance toxique pour l'organisme, même à faible concentration.

Chez le jeune enfant, une intoxication au plomb peut entraîner une diminution des performances cognitives et sensorimotrices. Dès les faibles concentrations, le plomb altère également le développement staturo-pondéral et sexuel du jeune enfant, son comportement et l'acuité auditive. Chez les adolescents, il augmente les risques de maladie rénale chronique et d'hypertension artérielle, altère la qualité du sperme et diminue la fertilité masculine.



Pour tout complément, se référer au kit info à destination des professionnels de santé, édité par le ministère de la Santé et disponible sur le site internet de la Direction de la santé. Ce kit comprend une série de fiche information et différents outils (ex : questionnaire d'évaluation de l'exposition au plomb, critères de dépistage du saturnisme chez l'enfant de moins de 6 ans, etc.).

8.2 Les troubles neurodéveloppementaux (TND)

Selon le CIM-11 [27], les troubles neurodéveloppementaux (TND) comprennent :

1. **Les troubles développementaux de la parole ou du langage** (ancienne « dysphasie »).
Difficultés à comprendre ou à produire la parole et le langage ou à utiliser le langage à des fins de communication
2. **Les troubles développementaux des apprentissages** (ancien « TSLA ») :
 - avec trouble de la **lecture** (ancienne « dyslexie »)
 - avec trouble de l'**expression écrite** (ancienne « dysorthographe »)
 - avec difficultés en **mathématiques** (ancienne « dyscalculie »)*Difficultés importantes et persistantes dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture ou du calcul, non dues à une déficience intellectuelle, à une déficience sensorielle, à un trouble neurologique ou moteur, à un manque de disponibilité de l'éducation, à un manque de maîtrise de la langue d'enseignement scolaire ou à une adversité psychosociale*
3. **Le trouble développemental de la coordination motrice** (ancienne « dyspraxie »).
Retard significatif dans l'acquisition des facultés de motricité fine et globale et déficience dans l'exécution des tâches motrices coordonnées qui se manifestent sous la forme d'une maladresse, d'une lenteur ou d'une imprécision des performances motrices.
Pas uniquement attribuable à une maladie du système nerveux, à une maladie du système musculosquelettique ou du tissu conjonctif, à une déficience sensorielle ou à un trouble du développement intellectuel.
4. **Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité** (« TDA » ou « TDAH »).
Persistance (au moins 6 mois) d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui a un impact négatif direct sur le fonctionnement scolaire.
Les symptômes ne s'expliquent pas par un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental et ne sont pas dus à l'effet d'une substance ou d'un médicament
5. **Le trouble du développement intellectuel** (ancienne « déficience intellectuelle »), *défini par QI total inférieur à 70.*
6. **Les troubles du spectre autistique.**



Toute difficulté scolaire n'est pas un trouble développemental des apprentissages.
Les troubles développementaux des apprentissages concernent habituellement 5 à 7% des enfants. [28]

Les conséquences des TND peuvent être prévenues ou atténuées par un repérage et une prise en charge précoces et adaptés. Repérer un enfant avec des difficultés implique les parents, les professionnels de la petite enfance, les enseignants et les professionnels de santé.

Il s'agit pour ces derniers de repérer **des signes d'alerte** lors des consultations, en s'appuyant sur :

- les éléments d'informations fournis par les **enseignants** (via par exemple des outils spécifiques de repérage),
- les éléments d'informations fournis par **les parents** (via par exemple un questionnaire),
- **l'observation** de difficulté d'attention, d'hyperactivité motrice et d'impulsivité,
- **l'observation de difficultés dans le développement :**

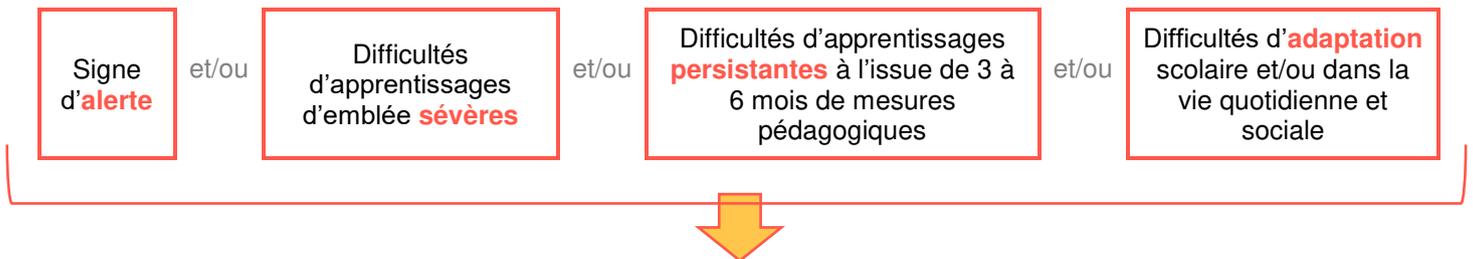
Du langage oral :	Dès 18 mois en l'absence de mot signifiant ou de suspicion de trouble de la communication verbale et non verbale. En cas de plainte isolée, dès que les difficultés sont sévères et particulièrement à 5 ans si difficultés persistantes.
Du graphisme et de la motricité :	Dès 4-5 ans en cas de difficultés avec retentissement scolaire ou dans la vie quotidienne, et particulièrement à 7 ans et après (pour l'écriture, l'organisation, la manipulation des outils).
Du langage écrit :	Dès le CP si les étapes de déchiffrement et de transcription ne sont pas en adéquation avec l'évolution attendue, particulièrement en CE1 et après,
Du calcul :	Dès le CP en cas de difficultés sévères et après tout au long de la scolarité.

Une vigilance accrue est nécessaire en cas d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels périnataux (prématurité ou souffrance néonatale).

Des **signes d'appel** très variés peuvent exprimer ou masquer les TND :

- lenteur,
- maladresse,
- sur (ou sous) investissement du langage,
- opposition (refus d'écrire, d'aller à l'école),
- agitation,
- comportements d'évitement,
- manifestations somatiques non spécifiques (douleurs, sommeil, humeur, comportement sommeil et/ou appétit perturbé).

En cas de :



- 1 S'assurer de l'**absence de déficit sensoriel**
- 2 En fonction du contexte, réaliser sur place **les tests d'apprentissages complémentaires** ou réorienter vers une consultation médicale pour un bilan complémentaire. **Les résultats de ces test sont à reporter dans le carnet confidentiel.**

En cas de besoin, contacter le CSS.

9. Vaccination

Selon les textes en vigueur, les **vaccins obligatoires** concernent : [29] [30]

- des **maladies graves, invalidantes, ou potentiellement mortelles** comme le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, les oreillons ou la poliomyélite,
- des **maladies à fort potentiel épidémique** comme la rougeole ou des maladies pouvant entraîner des malformations congénitales comme la rubéole,
- des **maladies à forte prévalence** en Polynésie française, comme l'hépatite B ou la tuberculose.

Il y a également des vaccins recommandés. C'est le cas des vaccins contre la grippe surtout chez les personnes à risques (enfants en ALD).

Dans le cadre de l'admission d'un élève dans un établissement scolaire, les professionnels de santé de la Direction de la santé délivrent une attestation du statut vaccinal certifiant que l'enfant est à jour ou non de ses vaccinations obligatoires.

Les professionnels de santé habilités à vacciner doivent vérifier le statut vaccinal pour chaque enfant et peuvent procéder au rattrapage des vaccinations obligatoires manquantes, avec l'accord des parents, ou inciter les parents à faire vacciner leur enfant chez le professionnel de santé de leur choix.

Pour les enfants scolarisés, il convient de compléter le calendrier vaccinal, quel que soit l'âge.



		Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	6 mois	10 mois	12 mois	18 mois	2 ans	5 ans	6 ans	11 ans
Vaccinations obligatoires	Tuberculose	BCG											
	Hépatite B	Hep B	Hep B				Hep B						
	Diphtérie		D		D		D					D	d
	Tétanos		T		T		T					T	T
	Poliomyélite		P		P		P					P	P
	Coqueluche		Ca		Ca		Ca					Ca	ca
	Haemophilus influenzae B		Hib		Hib		Hib						
	Rougeole							R	R				
	Oreillons							O	O				
	Rubéole							R	R				
	Pneumocoque		Pn13	Pn13*	Pn13		Pn13				Pn23** pour les enfants à risque		
Vaccinations recommandées	Grippe saisonnière	Campagnes de vaccination annuelles											

BCG : vaccin contre la Tuberculose, obligatoire pour tous les nourrissons jusqu'à 3 mois et recommandé pour les enfants jusqu'à 15 ans
Ca : vaccin contre la Coqueluche, dose entière d'antigène coquelucheux
ca : vaccin contre la Coqueluche, dose réduite d'antigène coquelucheux
DTP : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite
dTP : vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite, dose réduite d'antigène diphtérique
Hep B : vaccin contre l'Hépatite B
Hib : vaccin contre l'Haemophilus influenzae B
Pn13 : vaccin conjugué 13-valent contre le Pneumocoque
Pn13* : vaccin conjugué 13-valent contre le Pneumocoque, injection supplémentaire pour les prématurés et les nourrissons à risque (cf Arrêté)
Pn23** : vaccin polysaccharidique 23-valent contre le Pneumocoque pour les enfants à risque (cf Arrêté)
ROR : vaccin contre la Rougeole, les Oreillons et la Rubéole
 Arrêté n° 1349/CM du 19 juillet 2019 relatif au programme de vaccination de l'enfant et de l'adolescent en Polynésie française

10. Rhumatisme articulaire aigu (RAA) : dépistage scolaire de l'atteinte cardiaque

La Polynésie française organise le **dépistage systématique** des Cardiopathies Rhumatismales Chroniques (CRC) chez les enfants de CM2 ou de 6^e. [31]

Ce dépistage est effectué par des médecins ou des infirmières formées à la technique d'échoscopie qui consiste à détecter des anomalies des valves cardiaques grâce à un appareil d'échographie. Cette technique a pour vocation de remplacer l'auscultation cardiaque (dans cette indication) car la sensibilité de l'échographie est dix fois supérieure à celle du stéthoscope.[32]

Le dépistage est réalisé dans les établissements scolaires chaque année scolaire. La coordination du dépistage revient au centre de lutte contre le RAA qui assure la formation initiale et continue des effecteurs.



L'échoscopie ne dure que quelques minutes. Les enfants sont examinés en décubitus latéral. Un soin particulier est appliqué pour préserver leur intimité : ils passent à tour de rôle dans une salle prévue à cet effet et sont accompagnés d'une infirmière ou d'un personnel de l'éducation.

Les parents reçoivent au préalable une information en début d'année et peuvent refuser cet acte. En cas d'absence ou de refus, les enfants peuvent être accueillis au centre du RAA pour une session d'échoscopie de rattrapage. Lorsque les échoscopistes constatent une anomalie a fortiori évocatrice de séquelles de RAA, l'enfant est adressé en consultation de cardiologie. Cette consultation dite de confirmation qui a lieu avec les parents ou les représentants légaux permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de CRC.

Il est préconisé de faire figurer cet acte dans le carnet scolaire de l'enfant afin que les infirmières et les médecins qui examinent ce document puissent vérifier que l'échoscopie a été réalisée en CM2 ou en 6^e. Dans le cas contraire, il convient de prévenir le centre du RAA pour organiser le rattrapage.

Pour plus de renseignements, contacter le Centre de lutte contre le RAA : raa@sante.gov.pf

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) : Rappels

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est une maladie inflammatoire due à un microbe, le streptocoque du groupe A (SGA). Il survient 2 à 3 semaines après l'apparition d'une infection de la gorge (angine ou pharyngite) ou certaines infections cutanées qui n'ont pas été correctement soignées.

Au décours d'une réaction anormale, le système immunitaire détruit le streptocoque mais aussi les cellules qui lui ressemblent (celles des valves du cœur et des articulations). Le RAA peut aussi toucher le système nerveux central et provoquer chez le malade des mouvements involontaires anormaux (chorée). On peut parfois d'observer des atteintes cutanées et des douleurs abdominales.

Le RAA est une maladie fréquente en Polynésie. Elle concerne fréquemment les enfants âgés de 4 à 15 ans et les jeunes adultes.

11. Annexes

11.1 Bibliographie

- [1] Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et Direction générale de l'enseignement scolaire, « Organisation des examens de l'enseignement scolaire pour les candidats en situation de handicap », *Eduscol*, mai 2021. <https://eduscol.education.fr> (consulté le 23 août 2022).
- [2] Direction Générale de l'Éducation et de l'Enseignement, « Le Centre des Jeunes Adolescents (CJA) », *DGEE*. <https://www.education.pf> (consulté le 8 août 2022).
- [3] P. BONNET, « L'Équipe Éducative », *Collège les Garrigues*, 2018. <https://www.clg-garrigues.ac-aix-marseille.fr> (consulté le 8 août 2022).
- [4] Direction de l'information légale et administrative, « Qu'est-ce qu'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? », *service-public.fr*, 2022. <https://www.service-public.fr>
- [5] Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, « Le plan d'accompagnement personnalisé », *education.gouv.fr*. <https://www.education.gouv.fr> (consulté le 4 août 2022).
- [6] Direction de l'information légale et administrative, « Qu'est-ce qu'un programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) ? », *service-public.fr*, 2021. <https://www.service-public.fr> (consulté le 5 août 2022).
- [7] Circonscription pédagogique des Tuamotu-Gambier, « Les missions des membres du DASED », *Circonscription pédagogique des Tuamotu-Gambier*. <https://cir6.education.pf> (consulté le 5 août 2022).
- [8] Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et Direction générale de l'enseignement scolaire, « Sections d'enseignement général et professionnel adapté », *Eduscol*. <https://eduscol.education.fr> (consulté le 8 août 2022).
- [9] Direction de l'information légale et administrative, « Enfant handicapé : qu'est-ce que le projet personnalisé de scolarisation (PPS) ? », *service-public.fr*, 2021. <https://www.service-public.fr> (consulté le 5 août 2022).
- [10] « Les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) ». <https://eduscol.education.fr/1164/les-unites-localisees-pour-l-inclusion-scolaire-ulis>
- [11] Direction de l'information légale et administrative, « Mon enfant est en situation de handicap », *service-public.fr*, 2021. <https://www.service-public.fr> (consulté le 8 août 2022).
- [12] ONISEP, « L'équipe de suivi de la scolarisation des élèves en situation de handicap », *www.onisep.fr*, 2021. <https://www.onisep.fr> (consulté le 4 août 2022).
- [13] Santé publique France, « Enfants et jeunes », *Santé publique France*, 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr> (consulté le 11 avril 2022).
- [14] Haut Conseil de la santé publique, « Actualisation du contenu des examens de santé de l'enfant, messages et outils de prévention du carnet de santé en vue de sa dématérialisation ». 2022.
- [15] Haut Conseil de la santé publique, « Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans », p. 21, 2019.
- [16] Direction de la Santé de Polynésie française et OMS, « Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française ». 2018.
- [17] HAS, « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent ». 2011.
- [18] Centre de référence des maladies endocriniennes rares de la croissance, « Protocoles de mesure ». Consulté le: 16 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://robertdebre.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/137/files/2013/12/Protocole-de-mesures-17022014.pdf>
- [19] Société Française de Pédiatrie, « Dépistage des troubles visuels chez l'enfant ». 2009.
- [20] Société Française de Pédiatrie, « Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant ». 2009.
- [21] L. Abou Haidar, M.-H. Blond, D. Chautemps, M.-J. Ployet, et E. Lescanne, « « Audio 4 » : un test vocal simple et rapide pour le dépistage des surdités moyennes des enfants à l'âge de quatre ans », *Arch. Pédiatrie*, vol. 12, n° 3, p. 264-272, mars 2005, doi: 10.1016/j.arcped.2004.10.014.
- [22] HAS, « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires ». 2005.
- [23] Pédiadoc, « Le suivi des enfants de 0 à 6 ans | PEDIADOC ». <https://pediadoc.fr/> (consulté le 11 avril 2022).
- [24] Le Manuel MSD pour les professionnels, « Développement de l'enfant », *Le Manuel MSD pour les professionnels*. <https://www.msmanuals.com> (consulté le 20 juillet 2022).
- [25] Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, « Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans ». 2020. Consulté le: 24 août 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr>
- [26] INSERM, « Saturnisme · Inserm, La science pour la santé », *Inserm*. <https://www.inserm.fr/dossier/saturnisme/> (consulté le 11 avril 2022).
- [27] OMS, « Classification Internationale des Maladies Onzième Révision », *Classification Internationale des Maladies Onzième Révision*. <https://icd.who.int/fr> (consulté le 24 août 2022).
- [28] INSERM, « Troubles spécifiques des apprentissages », *Inserm*, 2019. <https://www.inserm.fr> (consulté le 12 août 2022).
- [29] Conseil des Ministres de Polynésie française, *Arrêté n° 1349 CM du 19 juillet 2019 fixant le calendrier pluriannuel et les modalités d'administration des vaccinations obligatoires et recommandées contre certaines maladies transmissibles chez l'enfant*. 2019.
- [30] Assemblée territoriale de la Polynésie française, *Délibération n° 95-63 AT du 23 mai 1995 portant réglementation des vaccinations contre certaines maladies transmissibles chez l'enfant*.
- [31] Ministère de la Santé et de la Prévention, en charge de la protection sociale généralisée et Direction de la Santé de Polynésie française, « Programme de lutte contre le RAA en Polynésie française 2019-2023 ». 2019. Consulté le: 16 mai 2022. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/11/1-2019-03-25-programme-RAA.pdf>
- [32] E. Marijon, B. Ferreira, C. Paquet, et X. Jouven, « Prevalence of Rheumatic Heart Disease Detected by Echocardiographic Screening », *N Engl J Med*, p. 7, 2007.

11.2 Liste des sigles

AC1 AC2 : Allocation Compensatrice de 1 et de 2^e catégorie
ACE : Aménagement des Conditions d'Examens
AEMO : Assistance Educative à Milieu Ouvert
ASH : Adaptation scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés
ASH : Allocation Spéciale Handicapé
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire
BSEDS : Bilan de Santé Evaluation du Développement pour la Scolarité
CAMSP : Centre d'Aide Médico-Sociale Précoce
CAO : Classe d'Adaptation Ouverte
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAPD : Certificat d'Aptitude Professionnelle de Développement
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCPE : Commission de Circonscription Prélémentaire et Elémentaire
CCSD : Commission de Circonscription du Second Degré
CED : Centre d'Education au Développement
CETAD : Centre d'Education aux Technologies Appropriées au Développement
CHM : Centre pour Handicapés Moteurs
CJA : Centre de Jeunes Adolescents
CLIS : Classe d'Inclusion Scolaire
CMPP : Centre Médico-Psycho- Pédagogique
CNED : Centre National d'Enseignement à Distance
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et du Reclassement Professionnel*
CPMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile
CPO : Commission Pour l'Orientation
CPSA : Centre de Prévention et de Soins des Addictions
CRC : Cardiopathies Rhumatismales Chroniques
CSD : Centre de Santé Dentaire
CSHS : Cellule de Suivi pour le Handicap Sensoriel
CSS : Centre de Santé Scolaire
CTES : Commission Territoriale de l'Education Spéciale
DASED : Dispositif d'Aides Spécialisées pour les Élèves en Difficulté
DEP : Direction de l'Enseignement Primaire
DES : Direction des Enseignements Secondaires
DGEE : Direction Générale de l'Education et des Enseignements
DSFE : Direction des Solidarités, de la Famille et de l'Egalité
EE : Equipe Educative
ESR : Enseignant Spécialisé Référent
ESS : Equipe de Suivi de Scolarisation
GAPP : Groupement d'Aide Psycho Pédagogique
IIME = Institut d'Insertion Médico Educatif
IEN-ASH : Inspecteur de l'Education Nationale pour l'Adaptation scolaire et la Scolarisation des élèves Handicapés.
IMC : Indice de Masse Corporelle
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
LPC : Langage Parlé Complété
LSF : Langue des Signes Française
MFR : Maison Familiale et Rurale
MLDS = Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire
PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
PPF : Projet Personnalisé de Formation
PAI : Projet d'Accueil Individualisé
PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé
PEMS : Permanence Educative Médicale Spécialisée de Moorea
PIF : Projet Individuel de Formation
PPRE : Programme Personnalisé de Réussite Educative
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu
RASED : Réseau d'Aides Spécialisées pour les Élèves en Difficulté
SAPAD : Service d'Assistance Pédagogique A Domicile
SCCC : Socle Commun de Connaissances et de Compétences
SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD : Section d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
STOS : Schéma Territorial d'Organisation Sanitaire
TDA : Trouble du Déficit de l'Attention
TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
TED : Troubles Envahissants du Développement
TND : Troubles Neuro-Développementaux
TSA : Troubles Spécifiques des Apprentissages
TSL : Troubles Spécifiques du Langage
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UPI : Unité Pédagogique d'Inclusion
WISC : Wechsler Intelligence Scale for Children
ZEP : Zone d'éducation prioritaire



DIRECTION
DE LA SANTÉ
