

# SANTE-ECRANS

*Bienvenue sur ce questionnaire qui va aborder ta santé et tes habitudes de vie.*

*A l'âge de 2 mois, vous étiez 2 enfants sur 3 dans la cohorte Elfe à tousser la nuit  
Nous souhaitons savoir combien vous êtes maintenant à avoir des symptômes respiratoires  
et comprendre comment cela a pu évoluer.*

*Commençons donc par quelques questions sur ta santé respiratoire*

**As-tu parfois des sifflements dans la poitrine ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Pendant les 4 dernières semaines, as-tu eu des sifflements dans la poitrine après un effort ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Ressens-tu parfois un essoufflement ou une gêne respiratoire après un effort (plus que les camarades de ton âge) ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Pendant les 4 dernières semaines, as-tu parfois toussé après un effort ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Pendant les 4 dernières semaines, combien de fois as-tu été réveillé(e) par des sifflements ?**

- 1 Jamais réveillé(e) par des sifflements
- 2 Réveillé(e) moins d'une nuit par semaine par des sifflements
- 3 Réveillé(e) une ou plusieurs nuit(s) par semaine par des sifflements

**As-tu déjà eu de l'asthme ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**As-tu un traitement (spray, inhalateur) à prendre en cas de crise d'asthme ou d'essoufflement ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Quand l'utilises-tu ? (Maximum 2 réponses possibles)**

- 1 Parfois mais pas plus de 2 fois par mois, et cela dépend de la gêne
- 2. Entre 3 et 4 fois par mois
- 3. Régulièrement chaque semaine
- 4 Systématiquement avant le sport
- 5 Jamais

**Est-ce que tu l'as utilisé dans les 4 dernières semaines ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Prends-tu en ce moment un traitement de fond (tous les jours) pour traiter ton asthme ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**De manière générale, au cours des six derniers mois, t'es-tu senti limité(e) ou entravé(e) à cause d'un problème de santé, ou pour une autre raison, dans les activités que les jeunes de ton âge font habituellement par exemple te déplacer seul(e), te concentrer sur une activité, manger seul(e), voir, entendre ...) ?**

- 1 Oui, fortement limité(e)
- 2 Oui, limité(e) mais pas fortement
- 3 Non, pas limité(e) du tout
- 4 Je ne sais pas
- 5 Je ne souhaite pas répondre

**Selon toi, ta santé bucco-dentaire est :**

- 1 Très bonne
- 2 Plutôt bonne
- 3 Moyenne
- 4 Mauvaise

*Concernant les vaccins :*

**Es-tu vacciné(e) contre le papillomavirus (Gardasil®, Cervarix®) ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 Tu ne sais pas

**Sais-tu à quoi sert le vaccin contre le papillomavirus (HPV) ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Sur la vaccination en général, as-tu ?**

- 1 Un avis positif
- 2 Un avis mitigé
- 3 Un avis négatif
- 9 Pas d'avis

*Pour chacune des propositions suivantes, indique si tu es d'accord ou non.*

**Si je me vaccine, c'est utile pour moi.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas d'accord

**Si je me vaccine, c'est utile pour les autres.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas d'accord

**Certains vaccins sont dangereux.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas d'accord

**La vaccination sert surtout à enrichir les laboratoires qui produisent les vaccins.**

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas d'accord

*On souhaiterait maintenant mieux connaître ce que tu fais avec des écrans.*

**As-tu un smartphone ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Durant les trois derniers mois, as-tu joué à des jeux vidéo ou des mini-jeux (Fortnite, Candy Crush Saga, etc.) ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Durant les trois derniers mois, à quelle fréquence as-tu joué aux jeux vidéo suivants :**

	Jamais ou rarement	1 à 2 jours par semaine	3 à 5 jours par semaine	Quasiment tous les jours
<b>Tir, action, aventure, stratégie (Fortnite, Call of Duty, GTA, Assassin's Creed...)</b>				
<b>Jeux de rôles (World of Warcraft, Dofus...)</b>				
<b>Sport/course (FIFA, Mario Kart...)</b>				
<b>Simulation (Les Sims, Animal Crossing, FarmVille, Minecraft...)</b>				
<b>Puzzle, cartes, jeux de réflexion (Candy Crush, Solitaire, Sudoku, échecs...)</b>				
<b>Jeux physiques (Wii Sports, Just Dance...)</b>				
<b>Paris en ligne (Paris sportifs, Poker...)</b>				

**Avec qui joues-tu le plus souvent ?**

- 1 Seul(e)
- 2 Seul(e), mais en multijoueur en ligne
- 3 Avec un membre de ta famille (frère, sœur, parent...)
- 4 Avec tes copains ou copines

**Durant les trois derniers mois, as-tu regardé les types de vidéo suivants ? que ce soit sur une télévision, un ordinateur ou un smartphone, et quelle qu'en soit la source (télévision, Netflix, YouTube, Twitch, TikTok, etc.).**

	Jamais ou rarement	1 à 2 jours par semaine	3 à 5 jours par semaine	Quasiment tous les jours
<b>Des films ou séries, des animés, des dessins animés</b>				
<b>Divertissement (humoristique, vie quotidienne, vlog, etc.)</b>				
<b>Des reportages ou les infos ou des documentaires</b>				
<b>Des vidéos pour l'école</b>				
<b>Du sport</b>				
<b>Du e-sport ou des vidéos de gaming</b>				
<b>Des tutos, vidéos explicatives</b>				
<b>Des démonstrations de produit (open boxing, etc.)</b>				
<b>Des clips musicaux</b>				
<b>Des vidéos porno</b>				
<b>D'autres types de vidéo</b>				

**Merci de préciser quel autre type de vidéo :**

.....

**Le plus souvent, quand tu regardes des séries ou des films, il s'agit de :**

- 1 Séries ou films français
- 2 Séries ou films étrangers en VF
- 3 Séries ou films étrangers en version originale, sous-titrés ou non
- 4 Autant de séries ou films en français que dans une autre langue

**Durant les trois derniers mois, es-tu allé(e) sur des réseaux sociaux (ex. : Snapchat, TikTok, Instagram, Facebook, etc.) ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Durant les trois derniers mois, es-tu allé(e) sur les réseaux sociaux pour...**

	Jamais ou rarement	1 à 2 jours par semaine	3 à 5 jours par semaine	Quasiment tous les jours
<b>Discuter avec tes copains et copines</b>				
<b>Lire les statuts/posts partagés par tes contacts</b>				
<b>Regarder des photos/vidéos partagées par tes contacts</b>				
<b>Partager ou commenter des statuts/posts</b>				
<b>Partager ou commenter des photos/vidéos</b>				
<b>Créer du contenu, animer une chaîne ou un compte que tu gères</b>				

**Existe-t-il une interdiction totale, y compris en dehors des salles de classe, d'utiliser le téléphone portable dans ton établissement scolaire ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Cette règle est-elle respectée par les élèves ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**As-tu déjà reçu ou vu des messages insultants ou menaçants te concernant, d'un ou plusieurs jeunes, sur un téléphone portable, sur les réseaux sociaux, ou sur une plateforme de jeux en ligne ?**

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Très souvent

**Des photos ou messages ont-ils circulé sur toi sans ton accord sur un téléphone portable, sur les réseaux sociaux ou sur une plateforme de jeux en ligne ?**

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Très souvent

**Sur Internet as-tu déjà vu des images qui t'ont choqué(e) ?**

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Très souvent

**As-tu eu l'occasion d'en parler ?**

- 1 Oui, avec mes parents
- 2 Oui, avec un autre adulte
- 3 Oui, avec des amis ou mes frères et sœurs
- 4 Non

**Dors-tu habituellement avec les appareils suivants dans ta chambre : (plusieurs réponses possibles)**

- 1 Téléphone portable/smartphone
- 2 Tablette
- 3 Ordinateur
- 4 Télévision
- 5 Console
- 6 Aucun

**Au moment de dormir, que fais-tu avec ton téléphone portable/smartphone ?**

- 1 Je l'étais complètement
- 2 Je le mets en mode avion ou mode nuit
- 3 Je le mets en mode vibreur ou silencieux
- 4 Je le laisse en sonnerie

**Utilises-tu des écrans durant la nuit ?**

- 1 Jamais
- 2 Rarement (1 à 3 nuits par mois)
- 3 Parfois (1 à 2 nuits par semaine)
- 4 Souvent (3 à 5 nuits par semaine)
- 5 Toutes les nuits

**Lorsque tu utilises les écrans la nuit, laquelle des situations suivantes te correspond le plus ?**

- 1 Je me couche volontairement tard dans la nuit pour jouer, regarder des vidéos, ...
- 2 Je programme volontairement un réveil en pleine nuit pour faire ces activités
- 3 Je fais ces activités après un réveil causé par des notifications reçues sur mon téléphone/ma tablette
- 4 Je fais ces activités après un réveil spontané ou involontaire en pleine nuit (ex : après être allé aux toilettes)
- 8 Tu ne souhaites pas répondre

**Dans ta chambre ou dans ton lit, avant de dormir, quelle(s) activité(s) fais-tu le plus souvent ? Plusieurs réponses possibles.**

- 1 Lire un magazine, un livre
- 2 Jouer à des jeux vidéo ou des mini-jeux
- 3 Regarder des vidéos, séries ou tes réseaux sociaux sur smartphone/tablette/ordinateur portable
- 4 Chatter
- 5 Téléphoner (appel vocal ou vidéo)

**As-tu des conflits avec tes parents au sujet des écrans ?**

- 1 Oui, régulièrement
- 2 Oui, de temps en temps
- 3 Non

**La question d'après portera sur le temps d'écran moyen par jour d'utilisation de ton smartphone.**

**Peux-tu accéder à ton smartphone ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Sur ton smartphone, ouvre l'application « Bien-être numérique » (sous Android) ou « Temps d'écran » (sous iOS), puis ouvre les statistiques d'utilisation du smartphone de la semaine dernière (dernière semaine complète du lundi au dimanche inclus). Merci de nous indiquer le temps d'écran moyen par jour :**

HH :MM

*Pour finir, nous voudrions identifier les appareils de mesure objective (de ton activité physique, de ton sommeil, ...), connectés, utilisés par les adolescents et susceptibles d'améliorer grandement la précision des résultats obtenus par les chercheurs dans l'étude des relations entre l'activité physique, l'alimentation et la santé.*

**As-tu un appareil connecté (montre, bracelet, ..) pour mesure ton activité physique ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**Merci de préciser la marque et si possible le modèle que tu utilises :**

---

**Utilises-tu une application sur un smartphone ou sur un ordinateur pour regarder les mesures de ton activité ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**A quelle occasion utilises-tu ton appareil connecté ?**

- 1 Tu le portes uniquement pour faire du sport
- 2 Tu le portes toute la journée tous les jours ou presque
- 3 Tu le portes de manière plus ponctuelle sans raison particulière

**Si tu disposes de cette information, peux-tu nous indiquer le nombre moyen de pas par jour sur la dernière semaine complète (du lundi au dimanche) mesuré par ton appareil :**

---

**Et peux-tu nous indiquer ton temps moyen de sommeil par nuit sur la dernière semaine complète (du lundi au dimanche) mesuré par ton appareil :**

HH :MM

**L'un ou l'autre de tes parents te fixe-t-il des règles ou utilisent-ils des applications de supervision parentale concernant ton utilisation des écrans ?**

- 1 Oui
- 2 Non

**A la maison, est-ce que le smartphone est interdit à table ?**

- 1 Oui, pour tout le monde
- 2 Oui, pour les enfants
- 3 Non

*En cliquant sur « Enregistrer », tu valides ton questionnaire, qui n'apparaîtra plus sur ton espace.  
Merci pour tes réponses !*