



Questionnaire à proposer aux parents par les professionnels recevant des enfants de moins de 6 ans

1. Age de votre enfant : _____ ans

Sexe de votre enfant : fille garçon

2. Quels types d'écrans y a-t-il à la maison, et combien ?

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| ✓ Télévision | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Combien ? <input type="checkbox"/> |
| ✓ Tablette | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Combien ? <input type="checkbox"/> |
| ✓ Ordinateur | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Combien ? <input type="checkbox"/> |
| ✓ Téléphone | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | Combien ? <input type="checkbox"/> |
| ✓ Autre(s) écran(s), le(s)quel(s)? | | | |

3. Laissez-vous en général votre télé allumée en permanence (ou presque) ? oui non

4. Un ou des écrans sont-ils allumés pendant les repas ? oui non

5. Votre enfant utilise-t-il des écrans pendant que vous êtes occupés à autre chose ? oui non

6. Votre enfant va-t-il sur votre Smartphone ? oui non

Confiez-vous votre téléphone à votre enfant :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ✓ Pour le calmer quand il pleure ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ✓ Pour l'occuper ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ✓ Pour l'aider à manger ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ✓ A s'endormir ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ✓ Pour son apprentissage ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ✓ Pour vous permettre de faire autre chose ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ✓ Pour parler avec la famille ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

7. Va-t-il seul sur You Tube ? oui non

8. Votre enfant a-t-il sa propre tablette ? Son propre Smartphone ? oui non

9. Est-ce que votre enfant regarde et écoute habituellement :

- | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|
| ✓ Les dessins animés : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec vous <input type="checkbox"/> |
| ✓ Les comptines : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec vous <input type="checkbox"/> |
| ✓ Les programmes éducatifs : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec vous <input type="checkbox"/> |
| ✓ Les vidéos : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec vous <input type="checkbox"/> |
| ✓ Des programmes non destinés aux enfants : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec vous <input type="checkbox"/> |
| ✓ Autres : _____ | Seul <input type="checkbox"/> | Avec vous <input type="checkbox"/> |

10. Est-ce que vous regardez régulièrement en famille la télévision ? oui non Si oui,
ces moments sont-ils l'occasion d'échanges avec votre enfant ? oui non

11. Votre enfant passe-t-il du temps devant un écran avant de se coucher ? oui non
si oui, combien de temps ?

Moins de 30 mn 30 mn à 1 h De 1 à 2 h Plus de 2 h

Y a-t-il dans sa chambre :

✓ Un ordinateur : oui non

✓ Une télé : oui non

✓ Y apporte-t-il un ou des écrans mobiles ? oui non

S'endort-il devant ? oui non

12. Y a-t-il des écrans allumés ou accessibles dans le milieu de garde de votre enfant ?

✓ Télévision oui non

✓ Tablette oui non

✓ Ordinateur oui non

✓ Autres: le(s)quel(s)?

D'après vous, combien de temps votre enfant y a-t-il accès ?

30 mn 1 h Plus d'1 h Ne sait pas

13. Votre famille s'est-elle dotée de règles ou de directives relatives à l'utilisation des écrans ? oui non

Sont-elles faciles à faire respecter ? oui non

13. Nombre d'heures d'utilisation de la tablette par jour de votre enfant :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Nombre d'heures d'utilisation du téléphone portable par jour par votre enfant :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Nombre d'heures d'utilisation de l'ordinateur par jour par votre enfant :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Temps passé devant d'autres écrans : _____

14. Pensez-vous que l'utilisation des écrans :

✓ Développe l'éveil et les apprentissages : oui non

✓ Aide votre enfant à se calmer : oui non

✓ Améliore son attention et sa concentration : oui non

✓ Le prépare au monde de demain : oui non

15. D'après vous, le temps passé par votre enfant devant les écrans :

✓ Est plutôt adapté

oui

non

✓ Est plutôt trop important

oui

non

✓ N'est pas assez important

oui

non

16. A la maison, les écrans sont plutôt source :

✓ D'échange

✓ De tranquillité

✓ De tensions

✓ De solitude

✓ Autre : _____

17. Age de début d'exposition aux écrans :

Séjour à la maternité 6 mois 1 an 2 ans 3 ans

18. Estimez, vous parent, votre temps moyen passé chaque jour devant les écrans :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus