

N°. L'enfant qui dort mal

Chambre Juliette

Points clés

- Il s'agit rarement d'un problème biomédical
- Explorer l'environnement de l'enfant et la relation intrafamiliale
- Un agenda du sommeil est une aide diagnostique et thérapeutique
- Écouter la plainte des parents, et des enfants, dédramatiser
- Donner des conseils d'hygiène du sommeil simples permettant en général de résoudre les troubles du sommeil
- Après 6 mois, un enfant n'a plus besoin de manger la nuit
- Explorer l'usage des écrans dès le plus jeune âge
- Le traitement médicamenteux n'a aucune place dans les troubles du sommeil de l'enfant en dehors d'un contexte organique avéré
- Impliquer l'adolescent dans les choix de règles d'hygiène de sommeil et sa gestion des écrans
- Un trouble du sommeil résistant à un traitement non médicamenteux doit faire suspecter une origine organique.
- En cas de pathologie organique suspectée, le recours au deuxième voire troisième recours est indispensable avant toute prescription de psychotrope.

1. Rappels cliniques

Les troubles du sommeil touchent entre 10 et 20 % des enfants, et près de la moitié des adolescents se plaignent régulièrement de la qualité de leur sommeil¹. De plus en plus d'enfants ont une durée de sommeil insuffisante, ce qui peut avoir de lourdes conséquences sur leur développement et leur apprentissage. Ces préoccupations sont fréquentes chez les parents pour de jeunes enfants, avec une prévalence entre 18 et 41% avant 3 ans².

Rythme et durée de sommeil

Le besoin de sommeil, en durée et en chronotype est individuel, et en partie déterminé génétiquement. La durée diminue progressivement avec l'âge. Avant 3 mois, il est en moyenne de 14 heures, variant entre 9h30 et 18h, fractionné avec 2 à 3 siestes par jour³. Le sommeil nocturne se consolide progressivement. À 1 an, il est en moyenne de 13 heures pour atteindre 12 heures entre 3 et 5 ans. Le nombre et la durée des siestes diminuent progressivement, mais peuvent se prolonger pendant les premières années d'école⁴. À la puberté, le besoin de sommeil reste en général supérieur à 9 heures par jour. Par contre, le sommeil se modifie, avec un rythme physiologique hypernyctéméral qui les pousse naturellement à se coucher et se lever plus tard, phénomène accentué par la vie sociale et l'exposition aux écrans^{5,6}.

Cycles et rythme de sommeil

La structure du sommeil de l'enfant évolue dans les 6 premiers mois de vie, pendant lesquels il n'a pas les mêmes stades de sommeil que l'adulte : l'endormissement se fait en « sommeil agité », souvent accompagné de pleurs, avant d'entrer dans le « sommeil calme ». Progressivement le sommeil se structure avec les stades de sommeil léger, lent profond, et paradoxal. Il dort par cycles de 60-90 min, avec des réveils possibles entre chaque cycle : si les parents sont tentés d'intervenir à ce moment, cela perturbe leur sommeil. Dès l'âge scolaire, la structure du sommeil est proche de l'adulte, sauf un sommeil profond plus long.

Signes de sommeil de l'enfant

La latence moyenne d'endormissement est de 19 minutes³. Les signes de fatigue des enfants sont une baisse d'énergie, frottement des yeux, une perte d'intérêt, mais aussi paradoxalement l'agitation et l'énervement, en particulier lorsqu'ils n'ont pas fait leur sieste ou lorsque le rythme de coucher est irrégulier.

Principaux troubles du sommeil

Avant 5 ans, 70 à 80 % des troubles du sommeil sont d'origine environnementale.

Troubles du sommeil d'origine comportementale

Difficultés d'endormissement : c'est le premier problème chez le petit enfant. Il se présente comme une incapacité de l'enfant à s'endormir seul, dans sa chambre et/ou dans son lit, ou avec un biberon ou avec le sein. Ce trouble peut se renouveler lors des éveils nocturnes : ils sont physiologiques, généralement de moins de 10 minutes, mais l'enfant peut avoir les mêmes difficultés ou besoins que le soir, et les parents peuvent réagir trop rapidement à ces réveils. L'enfant d'âge scolaire, plus conscient du monde qui l'entoure développe souvent des peurs, qui peuvent entraîner jusqu'à un refus du coucher.

Difficultés de sommeil par insuffisance de limites : il se présente comme une résistance au coucher de l'enfant, face à des parents qui ont des difficultés à poser les limites. Ces troubles sont fréquemment associés. Ces difficultés peuvent aboutir à des insomnies dites « conditionnées » chez des enfants plus grands.

Syndrome de prise alimentaire nocturne : l'une des réponses des parents aux difficultés d'endormissement est l'alimentation. En général il s'agit de lait, mais aussi d'eau, sucrée ou non, ou d'aliments solides. En plus du conditionnement que cela entraîne, l'activation du système urinaire peut réveiller l'enfant.

Excès de stimulations : enfin, il arrive que les enfants soient stimulés lors de la période du coucher, soit par des jeux, soit par des écrans. En plus de la stimulation liée aux activités devant un écran, la lumière qu'ils diffusent inhibe et retarde la sécrétion de mélatonine, aggravant les difficultés d'endormissement.

La peur de la mort subite du nourrisson peut entraîner des comportements inappropriés des parents par rapport au sommeil. Pour sa prévention, l'American Academy of Pediatrics recommande en plus du coucher sur le dos, d'une température limitée, et de l'éviction du tabagisme passif, le partage de chambre (mais pas du lit) jusqu'à 6 mois à 1 an (grade A). Le co-sleeping a une grande part culturelle. Les données sur le co-sleeping sont discordantes en termes de qualité du sommeil et de qualité relationnelles.

Troubles du sommeil de l'adolescent

La privation ou dette de sommeil est un problème touchant de plus en plus d'enfants dès la petite enfance, mais qui s'exacerbe à l'adolescence.

Les deux principaux troubles du sommeil chez l'adolescent sont l'insomnie et le syndrome de retard de phase. L'insomnie est majoritairement due à une mauvaise hygiène de sommeil et/ou un rythme de vie déstructurant, mais elle est aussi fréquemment associée à une anxiété ou une dépression.

Troubles intrinsèques du sommeil

Les enfants d'âge préscolaire passent plus de 50 % de leur temps de sommeil en sommeil lent profond, et il semble augmenter en cas de dette de sommeil. Pendant ce stade des réveils incomplets peuvent entraîner des terreurs nocturnes ou des éveils confusionnels, à partir de 18 à 24 mois. Cela toucherait près de 20 % des enfants. Cet état impressionnant pour les parents, avec agitation, pleurs inconsolables et manifestations neurovégétatives, ne laisse aucun souvenir aux enfants et n'a aucune conséquence. Le somnambulisme, le bruxisme et la

somnolence apparaissent plus tard, après 2 ans ½. Ces différents troubles persistent parfois jusqu'à l'adolescence.

Les cauchemars apparaissent en sommeil paradoxal, après l'âge de 2 ans. Les hypersomnies sont des pathologies rares (autour de 5 pour 10 000), débutant le plus souvent à l'adolescence.

Diagnostiques différentiels

Si moins de 30 % des troubles du sommeil chez l'enfant sont d'origine médicale, il faut les rechercher systématiquement, car ils ont en général un traitement spécifique.

Liées à l'alimentation :

Les principaux diagnostics à évoquer sont les coliques du nourrisson, le reflux gastro-œsophagien, l'allergie aux protéines lait de vache, des volumes insuffisants, parfois lors d'un allaitement maternel exclusif prolongé, un déséquilibre alimentaire, en apport glucidique, ou lipidique : certaines études montreraient une moins bonne qualité de sommeil lors de prise de sucres rapides, les résultats sont plus mitigés concernant les apports lipidiques, en particulier avec le lait.

Autres pathologies organiques :

Les autres maladies chroniques à rechercher sont principalement l'apnée du sommeil (avec recherche de ronflement quotidien, d'obstacle ORL à la respiration), l'asthme, les affections dermatologiques en particulier l'eczéma, les syndromes douloureux, et les causes iatrogènes (corticoïdes).

Troubles psychologiques / psychiatriques

Chez le petit enfant, les troubles psychologiques, en général anxieux, peuvent être associés aux insomnies comportementales. Beaucoup plus rarement, une affection psychiatrique, telle que l'autisme est retrouvée, mais les troubles du sommeil ne sont en général qu'un élément d'un tableau plus large et évocateur. A l'adolescence, la dépression et l'anxiété sont recherchées.

2. Ressources thérapeutiques

Les particularités de l'enfant sont à prendre en compte pour fixer les horaires et objectifs de sommeil : court ou long dormeur ? Du matin ou du soir ?

Médicamenteux

Lorsqu'une origine médicale est diagnostiquée, le traitement de la cause résout en général le trouble du sommeil.

Place (absence de place) des médicaments : Les somnifères et antihistaminiques H1 n'ont qu'exceptionnellement une place pour traiter un trouble du sommeil chez l'enfant, et doivent rester une prescription du deuxième ou du troisième recours. La mélatonine est parfois prescrite hors AMM, en particulier chez des enfants ayant des troubles envahissants du développement, ou dans les décalages de phase importants. Elle a peu d'effets secondaires à court terme (sommolence, céphalées, vertiges, changement d'humeur, palpitations principalement), mais les risques d'un usage chronique chez l'enfant et l'adolescent sont encore mal documentés, et sa balance bénéfice-risque n'est pas clairement établie.

Non médicamenteux

Le médecin privilégie les thérapies non médicamenteuses comme chez l'adulte voire encore plus.

L'Agenda du sommeil est un outil diagnostique et thérapeutique. Les parents reportent les périodes de sommeil encadré par les horaires de coucher et lever, mais aussi les prises alimentaires, les périodes de pleurs, et précisent l'endroit où il dort (en présence ou non des parents). Il permet d'identifier les erreurs d'hygiène de sommeil en complément de l'interrogatoire, et de suivre l'évolution pendant la prise en charge. Chez l'enfant plus grand et chez l'adolescent, c'est un outil qui peut déterminer l'adhésion thérapeutique. Il peut être proposé sous forme d'application mobile pour une meilleure appropriation.

Rythmes de sommeil : chez le petit enfant, conseiller précocement aux parents d'observer des règles d'hygiène de sommeil simple permettent de résoudre la majorité des troubles du sommeil un horaire de réveil régulier le matin, une durée et une quantité de sieste adaptée à l'âge, en évitant les siestes trop tardives (après 16h) ou trop longues (plus de 2h). Les horaires réguliers et coucher et de réveil chez les enfants plus grands et adolescents facilitent l'endormissement et la qualité du sommeil.

Endormissement : chez l'enfant d'âge préscolaire, instituer un rituel du coucher, de préférence dans la chambre de l'enfant, qui peut varier, et sortir de la chambre avant qu'il dorme. Après l'âge de 9 mois, insister sur le besoin de limites de l'enfant, en restant ferme sur le cadre choisi par les parents, mais à l'écoute si l'enfant a des peurs (peur du noir par exemple). Lorsque l'enfant n'arrive pas à s'endormir seul, la technique du fading peut être utilisée : laisser pleurer progressivement l'enfant, par tranches de quelques minutes, en revenant régulièrement lui parler en évitant de le prendre dans les bras.

Il est possible de reculer dans un premier temps l'heure du coucher à l'heure habituelle d'endormissement, puis revenir progressivement à une heure adaptée à ses besoins et son âge. Chez l'enfant d'âge scolaire, le rituel ou un moment privilégié avec l'un des parents au coucher aide à limiter les peurs et faciliter l'endormissement.

Réveils nocturnes : rappeler le caractère physiologique des réveils nocturnes. Conseiller aux parents d'attendre avant d'intervenir, limiter le bruit et la lumière aux moments de ces réveils facilite le réendormissement de l'enfant.

Alimentation : Séparer l'endormissement de la prise alimentaire ; en cas de prise alimentaire nocturne après 6 mois, diminuer progressivement le volume des biberons. En cas d'allaitement maternel, conseiller à la mère de retarder sa réponse pour attendre un possible réendormissement, et diminuer la durée des tétées. Limiter les apports sucrés le soir.

Lumière et écrans : expliquer aux parents l'effet de la lumière et des écrans, et le bénéfice global pour l'enfant de limiter les stimulations le soir, ainsi que la durée moyenne des écrans dans la journée⁷.

Chronothérapie : chez l'adolescent en retard de phase, une méthode de resynchronisation possible est d'avancer progressivement la phase par la luminothérapie au réveil. C'est une méthode contraignante par la nécessité de régularité des horaires. Elle doit se faire très progressivement pour éviter le risque d'aggravation. Elle nécessite le plus souvent un avis de deuxième ou troisième recours.

3. Stratégie thérapeutique

La prévention tient une place importante dans la prise en charge des troubles du sommeil du petit enfant. Interroger régulièrement sur le sommeil (visites obligatoires des enfants par exemple), permet de réajuster des erreurs d'hygiène avant qu'elles ne soient installées, et de diminuer le stress parental.

Quand les troubles du sommeil sont installés, ils doivent de préférence faire l'objet d'une consultation dédiée, si possible en présence des deux parents.

Lors d'une consultation avec un adolescent, prévoir un temps commun et un temps seul avec lui.

L'interrogatoire et l'examen clinique recherche dans un premier temps une cause organique.

Quels que soient l'âge et le trouble suspecté, il est intéressant d'explorer :

L'environnement du sommeil de l'enfant, en terme d'espace, de température, de bruits et d'autres stimulations.

Les activités de soirée, les habitudes de coucher, les rituels,

Les activités diurnes pouvant avoir un impact sur le sommeil : l'activité physique, le rythme et la qualité de l'alimentation, les prises d'excitants et de toxiques chez l'adolescent, l'usage des écrans, les siestes

Les relations parents-enfants ou entre les parents, et les évènements familiaux pouvant influencer le sommeil des enfants (séparation, naissance, déménagement...).

Lorsque les origines (souvent multiples) du trouble sont identifiées, les expliquer aux parents et identifier avec eux les éléments modifiables.

Dans tous les cas, déculpabiliser les parents et valoriser leur enfant sont des éléments importants dans la réussite du traitement. Le médecin les aide à transmettre une image positive, agréable et rassurante du sommeil à leur enfant.

Avec l'adolescent, une attitude d'écoute neutre et bienveillante favorise le dialogue. La discussion explore et corrige sa compréhension des mécanismes du sommeil, en particulier de l'effet de la lumière des écrans. La décision partagée (responsabilisation et autonomisation) en terme d'usage des écrans, horaires du coucher et de lever en semaine et en week-end facilite les changements de comportements⁸. Une chronothérapie peut être proposée en cas de retard de phase important, mais elle nécessite l'adhésion et la motivation du patient.

Dans tous les cas, pour le suivi des mesures non médicamenteuses, noter les objectifs et proposer un suivi rapproché.

Enfin, lorsqu'une étiologie organique, psychiatrique ou un trouble intrinsèque du sommeil est évoqué, il peut être nécessaire d'orienter les parents vers une consultation de deuxième ou de troisième recours.

Mots clés : Sommeil, enfant, adolescent

Références : en respectant la norme Vancouver

1. **Owens J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. Prim Care 2008;35:533-46.**
2. **Honaker SM, Meltzer LJ. Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. Sleep Med Rev 2016;25:31-9.**
3. **Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. Sleep Med Rev 2012;16:213-22.**
4. **Henderson JMT, France KG, Blampied NM. The consolidation of infants' nocturnal sleep across the first year of life. Sleep Med Rev 2011;15:211-20.**
5. **Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. Sleep Med Rev 2015;21:50-8.**
6. **Touitou Y, Touitou D, Reinberg A. Disruption of adolescents' circadian clock: The vicious circle of media use, exposure to light at night, sleep loss and risk behaviors. J Physiol Paris 2016;110:467-79.**

7. Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Redline S, Taveras EM. Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to mid-childhood. *Pediatrics* 2014;133:e1163-1171.
8. **de Zambotti M, Goldstone A, Colrain IM, Baker FC. Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact, and treatment. *Sleep Med Rev* 2018;39:12-24.**

Situations Cliniques

Situation n°1 :

Kenza, 15 mois, est amenée par sa maman sur conseil de la crèche. En effet, son sommeil est difficile, et la maman est épuisée. Elle fait souvent de longues siestes l'après-midi à la crèche, s'endort assez facilement le soir au sein, mais se réveille en pleine forme avant minuit, et n'arrive pas à se rendormir avant 2h du matin. La maman doit rester avec elle pour qu'elle s'endorme. Le matin, comme la maman doit emmener les grands à l'école, elle réveille, Kenza qui se rendort sur le chemin et elle l'amène endormie à la crèche. Elle a déjà pris la décision de faire le sevrage. Sa maman est d'accord pour venir en consultation spécifiquement pour ce problème, avec un agenda du sommeil complété sur une dizaine de jours. A la consultation suivante, la maman a réussi le sevrage. L'agenda qu'elle amène indique un rythme décalé en raison d'un réveil tardif le matin. L'endormissement à 20h correspond en fait à la sieste de « l'après-midi ». En explorant ce que Kenza fait lors du long réveil nocturne, vous constatez qu'elle joue au salon, parfois devant la télévision allumée, la maman la recouche dans le lit parental lorsqu'elle sent qu'elle est bien fatiguée. Elle n'a qu'un seul repas par jour, le reste du temps elle reçoit compotes ou biberon, souvent donné avant l'endormissement.



Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?

Il s'agit d'un trouble du sommeil d'origine comportementale, associant des difficultés d'endormissement, un excès de stimulation nocturne et une prise alimentaire nocturne. Kenza a été conditionnée à s'endormir dans les bras et n'arrive pas à s'endormir seule. Lors des réveils la nuit, elle est en forme en raison d'un sommeil prolongé la journée, ce qui est aggravé par l'environnement hyperstimulant, la lumière du salon et la télévision. La prise de biberon la nuit entraîne d'une part un conditionnement, d'autre part des réveils nocturnes en raison d'un inconfort vésical et/ou de la couche mouillée.

Docteur EXERCER
3, rue de la faculté
75000 PARIS
Tél : 01 02 03 04 05

Médecin généraliste
Consultation sur rendez-vous

Le 22/01/2019

Enfant Kenza N
15 mois - 10 kg

- Agenda du sommeil à compléter au moins 2 semaines, noter les prises alimentaires
- Expliquer à Kenza le coucher
- La maintenir éveillée pour l'amener à la crèche
- Eviter les siestes après 16h
- Dernier biberon 30 min à 1h avant le coucher
- Moment calme dans sa chambre avec un parent
- Sortir de la chambre avant qu'elle dorme
- Si elle appelle :
 - o Attendre quelques minutes avant de répondre
 - o Lui parler et la rassurer sans la prendre dans les bras et sortir de la chambre
 - o Renouveler en rallongeant la durée de réponse de quelques minutes
 - o Garder un environnement calme et peu éclairé
- Valoriser les bonnes nuits
- Ne pas punir avec le lit ou la chambre

Situation n°2 :

Tristan, 19 ans, consulte pour des troubles du sommeil anciens, des difficultés à s'endormir à l'heure qu'il souhaiterait et à se réveiller le matin. Il habite avec sa copine dans un studio, et fait une formation à distance en raison de ses troubles du sommeil. En l'interrogeant, vous découvrirez qu'il a un retard de phase important, avec des couchers vers 2h du matin, et des réveils au plus tôt vers 11h. Il étudie le codage informatique et est passionné par les jeux vidéo, auxquels il joue souvent la nuit une fois que sa copine dort. Il n'aime pas beaucoup sortir ni faire du sport. Il a un terrain anxieux, qui s'est aggravé après la journée d'appel à l'armée. Il revient après 2 semaines, avec son agenda du sommeil. Il présente en effet un retard de phase, avec difficultés d'endormissement lorsqu'il tente de se coucher plus tôt, ainsi que des nuits de récupération après un cumul de dette de sommeil.

Docteur EXERCER
3, rue de la faculté
75000 PARIS
Tél : 01 02 03 04 05

Médecin généraliste
Consultation sur rendez-vous

Le 22/01/2019

Tristan
19 ans, 57 kg

- Agenda du sommeil à compléter au moins 2 semaines, noter les prises médicamenteuses et/ou activités nocturnes
- Arrêter l'utilisation des écrans 2h avant l'heure souhaitée d'endormissement.
- Luminothérapie (10000 lux à 30 cm pendant 30 min, ou une lunette de luminothérapie pendant 20 à 30 minutes) : immédiatement après le LEVER du lit. Débuter à 10h au plus tôt pendant une semaine, puis avancer progressivement de 30 minutes jusqu'à l'horaire cible.
- Lever au plus tard à 10h, y compris le weekend. Pas de sieste. Puis avancer progressivement jusqu'à l'horaire cible. Décalage maximum d'1h du lever le week-end.

Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous ?

Le recalage doit être progressif pour éviter une aggravation du retard de phase, car le milieu de sommeil peut être estimé entre 7 et 8h. Eviter les siestes, et s'imposer un lever même lors de nuits courtes étant donné le risque de reprise du retard de phase.

Une écoute et une psychothérapie de soutien peuvent être proposées dans un contexte d'anxiété.

Il revient 3 semaines plus tard avec la suite de son agenda. Lors de la consultation, ses efforts et les résultats sont valorisés, et servent de référence. Il est aussi préparé au risque de récurrence et aux mesures à mettre en place le cas échéant, en raison de sa tendance naturelle à se décaler.

Outil de prévention et de dépistage concernant la surexposition aux écrans

Chez les enfants de 0-18 ans

Nota bene : Dans un paysage numérique en permanente évolution, la notion d'écran regroupe autant la télévision, que le smartphone, les tablettes, les consoles de jeux vidéos, les ordinateurs...

Cet outil est composé de deux temps : le Repérage Précoce (RP) et la Consultation Dédiée (CD). Il sert de support de discussion. Il n'a pas vocation à être donné directement aux familles ni à être utilisé littéralement ; chaque praticien se l'approprie comme bon lui semble.

Le RP :

- utilisable lors de toute consultation de suivi en médecine générale, chez l'enfant de 0 à 18 ans, s'intègre dans le cadre d'une médecine préventive ;
- cet outil vise l'ouverture du dialogue sur cette problématique au sein d'une consultation où il faut être attentif aussi aux éventuels **signes d'alerte***** ;
- peut être mené lors de consultation pour un motif aigu, à condition que l'état général de l'enfant ne soit pas altéré et le climat de la consultation approprié ;

Questions de Repérage Précoce

1. Où ?

Votre enfant a-t-il des écrans accessibles dans sa chambre ?

2. Quand ?

Votre enfant regarde-t-il des écrans :

- le matin ?
- pendant les repas ?
- dans les 2h avant le coucher ?

Pouvez-vous estimer le temps quotidien moyen, que votre enfant passe devant les écrans, tout type d'écran confondu ?

3. Comment ?

Votre famille s'est-elle dotée de règles relatives à l'utilisation des écrans ?

***Tout repérage d'un **signe d'alerte** parmi la liste suivante doit mener à la réalisation d'une Consultation Dédiée :

- l'absence de régulation ou d'accompagnement des écrans ;
- les troubles du développement psychomoteur (trouble de l'attention et hyperactivité, trouble de la coordination, des apprentissages écrits et oraux...) ;
- les troubles du sommeil (sommolence, cauchemars...) ;
- l'apparition de difficultés scolaires ;
- les troubles anxieux ;
- l'agressivité ou la violence ;
- la fatigue visuelle, les céphalées ;
- l'isolement ;
- le surpoids, l'obésité.

La CD :

- cible quelques points importants sans nécessairement être exhaustive ;
- pose des objectifs réalisables, sans vouloir changer toutes les habitudes familiales ;
- apporte des conseils et permet de proposer un suivi ;

Questions de Consultation Dédicée

A destination des parents, accompagnés des enfants

1. 0-3 ans

- Votre enfant a-t-il un accès libre aux écrans ?
- Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
- Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ? Si oui, dans quelles situations ?
- Que regarde votre enfant ? Choisissez-vous ensemble ce qu'il regarde ?
- A la maison, la télévision est-elle souvent allumée, même lorsque personne ne la regarde ?
- Lorsque vous êtes avec votre enfant, utilisez vous un écran ?
- Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

2. 3-6 ans

- Votre enfant a-t-il un accès libre aux écrans ?
- Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
- Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ? Si oui, dans quelles situations ?
- Que regarde votre enfant ? Choisissez-vous ensemble ce qu'il regarde ?
- Discutez-vous avec votre enfant de ce qu'il regarde ?
- Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

Pour en savoir plus !

<https://www.declic-ecrans.com/>



Pour en savoir plus !

Questions de Consultation Dédicée

A destination des enfants

1. 6-12 ans

- As-tu ton propre écran ? (Préciser le type)
- Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ?
- Discutes-tu du contenu regardé avec tes parents ?
- As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (Violence ? Pornographie ?)
- As-tu d'autres activités en dehors des écrans ? Lesquelles ?
- Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ?
- D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans ?
- Pourrais-tu te passer des écrans pendant une journée ? Serais-tu prêt à essayer ?

2. 12-18 ans

- Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ?
- Discutes-tu du contenu regardé avec tes proches ?
- As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (Violence ? Pornographie ?)
- Quels sont tes activités ou centres d'intérêts en dehors des écrans ?
- Est-ce que tu penses que les écrans ont déjà eu un impact négatif sur tes résultats scolaires ou tes devoirs ?
- Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ?
- D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans ?
- Pourrais-tu te passer des écrans pendant une journée (hors travail scolaire) ? Serais-tu prêt à essayer ?

Outils d'accompagnement selon l'âge

- www.pegi.info : jeux vidéos par âge, programme européen
- www.filmages.ch : films par âge, site agréé par les instances de Suisse
- www.filmspourenfants.net : films par âge, site développé par un éducateur spécialisé, grille d'évaluation disponible

Pour en savoir plus !

Sites internet d'informations sur les écrans

- www.surexpositionecrans.org : collectif surexposition écrans
- www.3-6-9-12.org/les-balises-3-6-9-12/
- www.sabineduflo.fr/ : les 4 pas
- www.mediaple.fr : actualités et formations, agrément ministériel
- chevaliersduweb.fr
- www.internetsanscrainte.fr : programme national européen
- www.pedagojeux.fr : collectif expert des jeux vidéos

Sites internet d'éducation à la santé

- reseau-morphee.fr/
- www.jouepenseparle.com : collectif d'orthophonistes
- naitreetgrandir.com/fr/
- yapaka.be

En partenariat avec



<https://www.declieccrans.com/>

Pour toute la famille

- *Réduire les écrans*, Elisabeth Baton-Hervé, Editions Nathan, Collection 10 jours pour changer, 2021, 32 pages
- *Samsam regarde trop la télé*, Serge Bloch, Editions Bayard Jeunesse, Collection Ma vie de héros, 2021, 28 pages
- *Lili se fait piéger sur internet & Max est fou de jeux vidéos*, Dominique de Saint-Mars, Editions Calligram, 2016 & 1993, 48 pages & 41 pages
- *Les écrans, mode d'emploi pour une utilisation raisonnée en famille*, Sylvie Dieu-Osika, Editions Hatier, Collection 10 clés, 2018, 64 pages
- *Lâche ton téléphone, Programme de détox digitale*, Catherine Price, Editions Lgf, 2018, 176 pages

Pour approfondir

- *Doser les écrans en famille*, I. Frenay & B. Antoine, Editions First editions, 2019, 192 pages
- *L'enfant et les écrans*, Sylvie Bourcier, Editions Hôpital Sainte Justine, Collection Parents, 2011, 184 pages
- *La civilisation du poisson rouge*, Bruno Patino, Editions Grasset, 2019, 184 pages
- *Quand les écrans deviennent neurotoxiques, protégeons le cerveau de nos enfants*, Sabine Duflo, Editions Marabout, 2018, 268 pages
- *3-6-9-12 Apprivoiser les écrans et grandir*, Serge Tisseron, Editions Érès, 2017, 160 pages
- *La fabrique du crétin digital, Les dangers des écrans pour nos enfants*, Michel Desmurget, Editions Seuil, 2019, 432 pages