



Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration  
Office du médecin cantonal  
Service médical scolaire

## Questionnaire pour les adolescents

Chère élève,  
cher élève,

Le médecin scolaire procédera prochainement à un examen médical obligatoire.

Jusqu'à présent ce sont tes parents qui se sont préoccupés de ta santé. Dorénavant, c'est toi qui en es responsable.

Ta santé te regarde. Nous te proposons néanmoins de discuter en toute confidentialité, lors de l'examen médical, de tes questions sur ta santé, ton bien-être et ton développement.

Ce questionnaire sert uniquement à l'entretien que tu auras avec le médecin scolaire. Prends le temps qu'il faut pour le remplir. Tu n'es pas obligé/e de répondre à toutes les questions. **Sache que le questionnaire reste en ta possession et que les informations qu'il contient sont soumises au secret médical.**

Tu es prié/e d'apporter à l'examen

- ce **questionnaire** dûment rempli dans une enveloppe fermée,
- tes **lunettes** si tu en portes,
- ton **carnet de vaccination**,
- le **consentement écrit** de tes parents pour l'administration des vaccinations facultatives (cf. formulaires ad hoc) et ta carte d'assurance-maladie si des vaccinations facultatives doivent être faites ce jour-là.

---

### Coche ce qui convient (plusieurs réponses possibles !!!)

**En bonne  
santé ?**

**Bien dans  
ta peau ?**

Comment te sens-tu ?

- Je me sens en parfaite santé
- Je me sens un peu patraque en ce moment

Souffres-tu d'une maladie ou d'un handicap ? \_\_\_\_\_

- J'ai souvent des douleurs ou d'autres sensations désagréables
- Prends-tu régulièrement des médicaments ?

J'ai un autre problème \_\_\_\_\_

Es-tu satisfait/e de ton apparence ?

- Oui
- Je me fais du souci au sujet de mon apparence
- Je me fais du souci à cause de certains changements physiques

Comment te sens-tu moralement ?

- Je suis généralement content/e
- Je suis souvent de mauvaise humeur et insatisfait/e
- Je suis souvent triste et abattu/e
- Je me sens souvent vide et désespéré/e
- J'ai souvent des angoisses
- Je suis nerveux/nerveuse, agité/e
- J'ai de la peine à supporter le stress et ça me pèse

Comment t'entends-tu avec les autres ?

- J'ai de bonnes relations avec les autres
- J'ai de la peine à me faire des amis

As-tu quelqu'un à qui parler lorsque tu as des problèmes ?

- Oui, j'ai quelqu'un avec qui je peux parler de tout
- Non, je n'ai personne qui comprenne mes problèmes

Comment te sens-tu à la maison ?

- Je rentre avec plaisir
- Je m'y sens en sécurité
- Il y a beaucoup de tension
- J'ai peur parfois
- Je me fais parfois du souci au sujet d'un membre de la famille

Comment te sens-tu à l'école ?

- J'y vais avec plaisir
- La pression est trop forte
- Il y a des enseignant/e/s que je trouve sympas
- Il y a du mobbing
- Je m'y sens en sécurité

Est-ce que tu dors bien ?

- Je m'endors facilement
- Je dors bien
- Je suis fatigué/e en permanence

Combien d'heures dors-tu en moyenne par nuit ? \_\_\_\_\_ heures

**En forme ?**

**Que fais-tu de ton temps ?**

Te sens-tu en forme ?

- Oui, tout à fait
- Moyennement
- Pas vraiment

Fais-tu du sport durant tes loisirs ?

Souvent

Parfois

Rarement

Pratiques-tu un hobby ?

Lequel ? \_\_\_\_\_

T'es-tu senti/e déjà menacé/e ou harcelé/e durant tes loisirs ?

As-tu des tâches à remplir à la maison ?

Lesquelles ? \_\_\_\_\_

Est-ce que tu t'ennuies souvent ?

Combien de temps passes-tu devant la télé, les nouveaux médias

(ordinateur, téléphone portable, consoles de jeu, etc.) ? \_\_\_\_\_ heures par jour

- Est-ce que tu peux facilement arrêter ?
- As-tu déjà reçu des menaces par Internet ?

As-tu des problèmes alimentaires ?

- Non
- Je mange trop
- Je ne mange pas assez
- Je me nourris mal
- Je me trouve trop gros/grosse/trop maigre

Aimerais-tu modifier tes habitudes alimentaires ?

- Oui
- Non
- J'aimerais qu'on m'aide

Nous mangeons régulièrement en famille

**Puberté,  
amour ?**

**Prévention,  
protection ?**

**Sexe ?**

	Oui	Non
Peux-tu discuter de sentiments et de sexualité avec quelqu'un ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu une éducation sexuelle suffisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, de qui ? <input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> parents <input type="checkbox"/> autres		
Te sens-tu bien informé/e ?		
T'est-il facile de formuler tes besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T'est-il facile de faire passer tes besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu des questions relatives à		
— la puberté ou ton développement physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— ta sexualité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— la contraception ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— la protection contre des infections sexuellement transmissibles (p. ex. sida, hépatite, papillomavirus, chlamydiae, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— la masturbation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu des informations sur les préservatifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pour les filles**

As-tu des questions au sujet		
— des changements physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— des règles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu déjà eu tes premières règles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pour les garçons**

As-tu des questions au sujet		
— des changements physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
— des organes sexuels (pénis, testicules) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cigarettes,  
drogues ?**

**Alcool ?**

Fumes-tu des cigarettes ?

- Tous les jours
- Pas tous les jours, mais au moins une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine
- Je ne fume pas

As-tu déjà pensé arrêter de fumer ?

- Oui
- Non
- J'aimerais qu'on m'aide

Consommes-tu de l'alcool ?

- Non
- Oui, occasionnellement
- Oui, au moins une fois par semaine
- Oui et j'ai été ivre plusieurs fois

Consommes-tu de la drogue ?

- Non
- Oui, l'année passée, j'ai fumé du haschich/de la marijuana plus de 5 fois
- Oui, j'ai déjà pris d'autres drogues

Lesquelles? \_\_\_\_\_

Est-ce que le fait de consommer de l'alcool ou de la drogue t'a déjà posé des problèmes ?

- Oui
- Non

Comment te rends-tu à l'école ? \_\_\_\_\_

Portes-tu un casque lorsque tu circules en vélo ?

- Oui, toujours
- Non, ça me dérange

Savais-tu que les valeurs limites de consommation d'alcool et de drogue sont les mêmes pour les conducteurs de cycles que pour les automobilistes ?

- Oui
- Non

As-tu déjà une idée de ce que tu veux faire plus tard ?

- Oui, j'aimerais devenir \_\_\_\_\_
- Pas vraiment
- Non

**Questions ?**

As-tu des questions sur les sujets suivants ?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poids                             | <input type="checkbox"/> Cœur                           | <input type="checkbox"/> Drogues          |
| <input type="checkbox"/> Pression artérielle               | <input type="checkbox"/> Ventre/digestion               | <input type="checkbox"/> Suicide          |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête                      | <input type="checkbox"/> Alimentation                   | <input type="checkbox"/> Viol/abus sexuel |
| <input type="checkbox"/> Vertiges                          | <input type="checkbox"/> Constipation/diarrhée          | <input type="checkbox"/> Mort             |
| <input type="checkbox"/> Évanouissements                   | <input type="checkbox"/> Problèmes de peau              | <input type="checkbox"/> Cancers          |
| <input type="checkbox"/> Yeux/vue                          | <input type="checkbox"/> Urines fréquentes douloureuses | <input type="checkbox"/> Autres           |
| <input type="checkbox"/> Oreilles/ouïe                     | <input type="checkbox"/> Enurésie                       | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Nez/rhume/odorat                  | <input type="checkbox"/> Insomnies                      | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Dos/nuque                         | <input type="checkbox"/> Fatigue                        | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Bras/jambes/articulations/muscles | <input type="checkbox"/> Tristesse                      | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Poitrine                          | <input type="checkbox"/> Violence                       | _____                                     |

Y a-t-il d'autres sujets dont tu aimerais parler lors de l'examen médical scolaire ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_