

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2021

N° 2021-170

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Audrey PEYRIERAS-ROCHE

Présentée et soutenue publiquement le *7 octobre 2021*

Exposition des enfants et adolescents aux écrans : exploration des pratiques et outils des médecins généralistes vendéens, étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Président du Jury : Monsieur le Professeur RAT Cédric
Directeur de thèse : Madame le Docteur BELLANGER-URBANCZYK Hélène
Membres du Jury : Madame le Docteur GRIMAULT CHOPLIN Charlotte
Monsieur le Professeur BONNOT Olivier
Monsieur le Docteur ARAN Emmanuel

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur RAT Cédric, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression sincère de ma gratitude.

A Madame le Docteur GRIMAUULT CHOPLIN Charlotte, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur BONNOT Olivier, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ARAN Emmanuel, tu me fais l'honneur d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je te remercie sincèrement pour ton accompagnement et ta qualité de maître de stage lors de mes six mois de stage passés en PMI.

A Madame le Docteur BELLANGER-URBANCZYK Hélène, je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger mon projet de thèse et de m'avoir soutenue pendant ce travail. Merci pour ton investissement en tant que maître de stage, qui a confirmé mon choix de médecin généraliste.

Aux treize médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce projet. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse.

Aux internes rencontrés pendant ces 3 années et aux **maîtres de stage et séniors** qui m'ont formée tout au long de mon internat.

A Alex, qui partage ma vie, et qui a su m'accompagner et me soutenir avec amour et patience tout au long de ses études. Merci pour tes compétences sur Word qui m'ont été indispensables !

A papi Marc et mamie Angèle, à qui je dois énormément dans la réussite de mes premières années d'études, votre aide m'a été précieuse. Vous serez toujours dans mon cœur.

A ma sœur Mathilde, toujours à mes côtés. Merci pour ta patience et les heures de vacances covidées consacrées à la relecture de ma thèse !

A mes parents, qui ont toujours cru en moi lors de mon parcours et m'ont soutenue.

A Caroline, mon binôme d'externat, on a traversé ensemble toutes ces étapes et noués des liens uniques. Merci pour la relecture de ma thèse tout en luttant contre une piqûre de tique !

A mes amis de longues dates, **Charlotte, Joseph, Lucas, Albéric** : vous comptez énormément pour moi, nos relations sont toujours aussi belles après toutes ces années !

A Orane, future super pédopsy ! Merci pour tous ces bons moments partagés à Limoges avec l'esprit du Sud !

A Lyly, qui a relu avec un œil aguerri mon travail, un grand merci à toi !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. L'utilisation des écrans par les enfants	7
2. Les impacts de l'utilisation des écrans sur la santé des enfants.....	9
2.1. Langage.....	10
2.2. Attention, Concentration	11
2.3. Compréhension, Déficit de transfert, Scolarité.....	11
2.4. Créativité	12
2.5. Sommeil.....	13
2.6. Comportement	13
2.7. Addiction	14
2.8. Poids	15
2.9. Vision	15
3. Représentations des parents sur l'utilisation des écrans par leur enfant	16
4. Les campagnes de prévention et recommandations proposées	18
5. Le médecin généraliste et la prévention de l'utilisation des écrans chez les enfants ..	24
METHODE	26
1. Description de l'étude	26
1.1. Type d'étude et objectif	26
2. Recherche documentaire	26
3. Constitution de l'échantillon	26
3.1. Population étudiée	26
3.2. Recrutement des médecins.....	27
4. Recueil des données.....	27
4.1. Guide d'entretien	27
4.2. Mode de recueil	27
4.3. Éthique et recueil du consentement.....	28
5. Analyse des données	28
RESULTATS.....	29
1. Caractéristiques de la population étudiée	29
2. Analyse thématique	31
2.1. Rôle du médecin généraliste	31
2.1.1. Un travail de prévention	31
a) Compétence du médecin généraliste	31
b) Différentes situations pour aborder le sujet.....	32
c) Différentes façons pour aborder le sujet	35
d) Age de l'enfant pour aborder le sujet.....	39

2.1.2. Délivrer des conseils.....	39
a) Quantité de visionnage recommandée et adaptée selon l'âge de l'enfant.....	39
b) Regarder des écrans en fonction du moment de la journée.....	42
c) Rester vigilant sur le contenu visionné.....	43
d) Les écrans, un moment de partage.....	44
e) Pratiquer d'autres activités.....	45
f) Instaurer des limites.....	46
g) Eviter les pratiques extrêmes.....	47
2.1.3. Retours du public.....	47
2.2. Recommandations.....	49
2.2.1. Connaissances des recommandations.....	49
2.2.2. Utilisation des recommandations en consultation.....	50
2.3. Formations.....	51
2.3.1. Types de formations réalisés.....	51
2.3.2. Place de leur expérience personnelle.....	53
2.3.3. Evolution des pratiques après formation.....	54
2.3.4. Types de formations souhaités.....	55
2.4. Outils.....	56
2.4.1. Outils utilisés par les médecins généralistes.....	56
a) Différents supports.....	56
b) Travail avec d'autres professionnels.....	57
c) Travail avec l'école.....	59
2.4.2. Outils souhaités pour améliorer leur pratique.....	60
a) Format papier.....	60
b) Internet.....	60
c) Campagnes de prévention.....	61
d) Travail coordonné pluriprofessionnel.....	61
e) Questionnaire.....	61
f) Consultation dédiée.....	62
2.5. Freins.....	63
2.5.1. Manque d'expérience professionnelle et personnelle.....	63
2.5.2. Initier le dialogue.....	64
2.5.3. Sujet non prioritaire.....	64
2.5.4. Manque d'automatisme.....	65
2.5.5. Manque de temps.....	65
2.5.6. Manque de connaissances.....	66
2.5.7. Sujet d'éducation.....	66
2.5.8. Consultations pédiatriques difficiles.....	66
2.5.9. Milieu familial.....	67
DISCUSSION.....	68
1. Forces et faiblesses de l'étude (méthode, population).....	68
1.1. Forces.....	68
1.2. Faiblesses.....	69
2. Résultats principaux et perspectives.....	69

CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXES.....	82
Annexe 1 : Guide d'entretien	82
Annexe 2 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés	84
Annexe 3 : Grille d'analyse	85
Annexe 4 : Campagne 3-6-9-12 de Serge Tisseron	86
Annexe 5 : Campagne les « 4 Pas » de Sabine Duflo	87
Annexe 6 : Extraits de la campagne «La meilleure application pour votre enfant c'est vous » de l'AFPA	89
.....	90
Annexe 7 : Affiche "Parents responsables face aux ecrans" par CoSE.....	91
SERMENT MEDICAL	92
RESUME	94

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPA	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
ANSES	Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
ARS	Agence Régionale de Santé
ASNAV	Association Nationale Amélioration de la Vue
CoSE	Collectif Surexposition Ecrans
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSA	Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
DGESCO	Direction Générale de l'Enseignement Scolaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ESP-CLAP	Equipe de Soins Primaires Coordonnée Localement Autour du Patient
ELFE	Enquête Longitudinale Française depuis d'Enfance
FAF	Fonds d'Assurance Formation
IREPS	Institut Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage Universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEGI	Pan European Game Information
PMI	Protection Maternelle et Infantile
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales

INTRODUCTION

1. L'utilisation des écrans par les enfants

Le XXème siècle a connu une démocratisation rapide des technologies numériques, qui occupent une place croissante au sein des foyers. En l'an 2000, 50% des personnes possédaient un smartphone contre 93% en 2016 selon une enquête de l'INSEE (1). Les supports se sont multipliés, entraînant une grande diversité des usages ainsi qu'une modification en profondeur des pratiques et des activités quotidiennes des familles, notamment celles des enfants. Une enquête du CSA en 2019 illustre bien cette diversité numérique : on retrouve 5,6 écrans par famille dont 93,1% sont équipées d'un téléviseur, 85,6 % d'un ordinateur et 48,2 % d'une tablette (2). La télévision reste le média préféré des enfants de moins de 13 ans même si les caractéristiques de visionnage changent avec la visualisation de « TV Live » sur tablette, smartphone ou ordinateur (3). Les écrans se sont introduits dans notre quotidien et même dans les moments conviviaux en famille : la télévision reste allumée en permanence pendant les repas pour 20% des familles (4).

Les professionnels du numérique ont vu à travers les enfants un public potentiel et ceci quel que soit leur âge et le support numérique utilisé.

Ainsi, même les plus jeunes enfants se retrouvent exposés aux écrans. Des programmes télévisés éducatifs ou des chaînes télévisées dédiés aux tout-petits se sont développés entraînant une consommation de la télévision chez les moins de 3 ans. Les enfants qui regardent la télévision débutent leur consommation télévisuelle précocement, en moyenne autour de 14 mois. (5) Ceci peut amener des enfants à se retrouver seuls face aux écrans et à être exposés à des images non adaptées à leur âge.

De plus, devant la diversité des supports numériques disponibles, il existe une consommation cumulée quotidienne des écrans, trop souvent sous-estimée. 58% des enfants utilisent un autre écran en regardant la télévision d'après l'enquête de l'IPSOS en 2015. (6)

Ci-dessous voici quelques repères sur la consommation des écrans en fonction des tranches d'âges. Nous remarquons que les résultats concernant la consommation des écrans par les enfants sont disparates selon les études.

- 0-3 ans :

29% des enfants mangent devant un écran selon l'enquête Nutribébé réalisée en 2013 évaluant le comportement alimentaire de 1188 mamans vis-à-vis de leurs enfants âgés de 15 jours à 36 mois. (7)

L'AFPA publie en 2016 que 47% des 0-3 ans utilisent un écran nomade, dont 93% du temps utilisé à la maison et 12% en voiture. Ils passent 30 minutes par semaine sur un écran interactif avec une durée médiane d'utilisation de tous écrans confondus à 75 minutes/semaine. Pour la télévision, la durée de visionnage est de 70 minutes par semaine et un tiers d'entre eux ont regardé un programme télévisé non adapté à leur âge (notamment le journal télévisé), et 5% étaient seuls durant ce visionnage. Ces résultats sont issus de questionnaires réalisés par 144 pédiatres ayant pour but de déterminer le temps passé par les enfants sur des écrans interactifs et devant la télévision la semaine précédant la consultation. (4)

D'après les premiers résultats en 2017 de l'étude ELFE, les enfants de 2 ans passent en moyenne 6h30 par semaine devant un écran (tous types confondus) (8). En 2019 28% des enfants de 2 ans jouent avec un ordinateur ou une tablette au moins une fois par semaine, et 12% presque tous les jours. 21% des enfants jouent avec un téléphone mobile multifonction au moins une fois par semaine et 10% y jouent tous les jours ou presque. (9) ELFE est une cohorte longitudinale de grande ampleur soutenue par l'INSERM et l'INED débutée en 2011, qui réalise le suivi de 18 000 enfants pendant 20 ans, en explorant de multiples aspects de leur vie.

- 3-7 ans :

A partir de 3 ans et demi, les enfants consacrent 8h40 par semaine aux écrans.

93,7% d'entre eux regardent la télévision, 33% une tablette et 16% un smartphone avec un temps au téléphone de 10 minutes par semaine. (8)

- 7-12 ans :

24% ont leur propre téléphone en 2019. (3)

36 % ont leur propre tablette et consacrent 6h10 par semaine à Internet en 2017 d'après l'enquête IPSOS Junior Connect. (10)

La moitié des 6-10 ans déclarent passer plus de 3 heures par jour devant un écran. L'étude ESTEBAN de 2014 à 2016 a suivi 1182 enfants de 6 à 17 ans. Elle a montré dans cette tranche d'âge que le temps quotidien moyen devant un écran est de 4h11, vacances et périodes

scolaires confondues. La durée est supérieure pour les garçons (4h27) par rapport aux filles (3h55). (11)

En classe de CM2, 45% d'entre eux déclarent passer moins de 1 heure par jour et 14% plus de 2h par jour. Les jours sans classe la consommation augmente et 46% y consacrent plus de 2 heures. 35% des élèves déclarent avoir un ordinateur ou une télévision dans leur chambre. Ceci favorise la consommation d'écrans puisque 56 % des élèves ayant un écran dans leur chambre y passent plus de 2h les jours sans classe, contre 41 % pour ceux n'en disposant pas. Ces résultats sont présentés par le rapport DREES-DGESCO réalisé de 2014 à 2015 enquêtant sur un total de 8124 enfants en CM2. (12)

- 12 ans et plus :

75% des 11 ans et plus ont leur propre téléphone en 2019. (2)

34 % des 13-19 ans ont leur propre tablette en 2017 et consacrent 15h11 par semaine à internet. Concernant les réseaux sociaux : 79 % des 13-19 ans sont inscrits sur Youtube (versus 45 % en 2016), ce qui en fait le réseau social le plus fréquenté par cette tranche d'âge, suivi de Facebook (77 %). (10)

70% des plus de 11 ans passent 3h par jour devant les écrans, ce qui est en faveur d'un comportement sédentaire selon l'étude ESTEBAN. Entre 2006 et 2015, le temps quotidien passé devant un écran a augmenté dans chaque tranche d'âge : 1h15 chez les enfants de 11-14 ans et de près de 2h chez les 15-17 ans. (11)

2. Les impacts de l'utilisation des écrans sur la santé des enfants

Le développement du numérique a des effets positifs indéniables notamment sur la communication, l'information, les échanges. Mais il suscite aussi de nombreux questionnements de la part de professionnels de santé et de parents sur les impacts de cette utilisation chez les jeunes générations. De nombreuses études alertent depuis plusieurs années sur les effets négatifs d'une utilisation mal adaptée des écrans par nos enfants.

Des spécialistes se sont rendu compte que les jeux proposés pour les tablettes et smartphones répondent mal aux besoins des tout-petits. Ils sollicitent très peu les cinq sens et la motricité de l'enfant et ne favorisent pas les échanges. On parle de « temps volé » pour leur

développement, et les stimulations physiques, intellectuelles, sensibles développées par l'utilisation des écrans sont moins importantes que celles expérimentées dans leur environnement. Nous allons développer les domaines de la santé des enfants impactés négativement par une surexposition aux écrans.

2.1. Langage

De nombreuses études s'accordent sur le fait que visionner des écrans ne favorise pas le développement du langage chez les tout-petits et le retarde. Surtout quand l'exposition aux écrans est débutée tôt. Une étude cas-témoin de Chonchayia en 2008 retrouve que les enfants qui regardaient plus de deux heures de télévision par jour avant 12 mois étaient six fois plus exposés à développer des lacunes de langage (13). L'étude longitudinale de Tomopoulos en 2010 a suivi 259 enfants de 2003 à 2008 : les enfants qui étaient exposés à l'âge de 6 mois aux écrans étaient plus enclins à un retard de langage à 14 mois (14). Zimmerman dans son étude en 2007 a demandé aux parents de noter le temps passé devant des DVD/vidéos pour bébés par leurs enfants de 8 à 16 mois et de 17 à 24 mois, il retrouve que les DVD/vidéos pour bébés ont des effets négatifs sur l'acquisition du langage avec une perte de 16 points sur le test de langage américain CDI Communicative Development Inventory (15). Christakis en 2013 montre que l'exposition à la télévision diminue le nombre et la durée des vocalisations des enfants et réduit le nombre de mots prononcés par les parents (16). Les interactions verbales et non verbales entre parents et enfants se trouvent réduites à profit du temps passé devant la télévision.

La télévision a pris une place importante au sein de nos foyers, l'organisation actuelle de nos salons place la télévision au centre de la pièce, ainsi elle peut être allumée en bruit de fond sans que nous la regardions. D'après une enquête téléphonique anglaise en 2012 sur 1454 foyers, les enfants les plus exposés à la télévision en arrière-plan sont les enfants de moins de 24 mois avec 5,5h de visionnage par jour, contre 2h45 pour ceux de 6 à 8 ans (possiblement car les tout-petits ne sont pas à l'école)(17). Plusieurs études ont montré que les parents ayant la télévision en arrière-plan vont prononcer moins de mots car leur attention est davantage portée sur la télévision que sur l'enfant, ce qui entrave la qualité des interactions verbales et l'investissement des parents envers leur enfant. Ce comportement est réversible quand la télévision est éteinte (18) (19)(20), et la qualité du langage ainsi que le nombre de nouveaux mots augmente quand les parents et les enfants interagissent ensemble devant le

programme télévisé.(21). Une méta-analyse publiée en 2020 qui regroupe 38 études retrouve des résultats similaires. (22)

2.2. *Attention, Concentration*

Une exposition précoce à la télévision à l'âge de 1 an et 3 ans a un impact négatif sur la capacité d'attention développée par l'enfant à l'âge de 7 ans (23). Pour les enfants plus âgés, l'attention est altérée pour des expositions supérieures à 3 heures par jour. (24)

Schimdt en 2008 montre que la télévision, même en arrière-plan, perturbe aussi l'attention que l'enfant porte à l'activité ou au jeu qu'il est en train de faire, en diminuant le nombre de jeu ou leur durée. (26)

Desmurget Michel, Docteur en neurosciences et Harlé Bruno, pédopsychiatre, décrivent en 2012 la théorie de l'attention paradoxale de l'enfant : il peut rester attentif pendant des heures face à l'écran, mais aura du mal à se concentrer sur un devoir scolaire ou une lecture. Ils détaillent deux systèmes attentionnels : le système « bottom-up » qui est un système d'orientation de la vigilance vers les stimuli lumineux déclenchés par les écrans, et le système « top-down » qui est un système de contrôle volontaire de l'attention qui fait intervenir la motivation, la capacité à résoudre un problème seul, la tolérance des émotions négatives, et la difficulté. Les écrans sur-stimulent le système « bottom-up » et ne permettent pas le développement du système « top-down », pourtant indispensable dans les apprentissages scolaires. (27)

2.3. *Compréhension, Déficit de transfert, Scolarité*

Il existe des chaînes télévisées proposant des programmes éducatifs et pédagogiques pour les enfants dès l'âge préscolaire. Cependant des études ont montré que la compréhension des programmes télévisés apparaît seulement pour les enfants de plus de 2 ans (18). Les enfants de moins de 2 ans ont du mal à apprendre à partir de sources en 2 dimensions avec peu d'interactions et de stimulations. Il se crée un déficit de transfert : les enfants ne développent pas le lien entre ce qu'ils voient à la télévision en 2D et ce qu'ils rencontrent dans leur environnement en 3D. Ce déficit peut être réduit chez les tout-petits lorsqu'une interaction avec saisie tactile a lieu avec l'écran plutôt que suite à l'absence d'action avec l'écran ou lorsque les vidéos captent le regard du public vers l'objet avec des signaux verbaux assortis (28).

Des durées élevées de temps passé sur les écrans à 24 et 36 mois seraient significativement associées avec une performance plus faible sur les tests de développement à 36 et 60 mois dans les domaines de la communication, de la motricité grossière et fine, de la résolution de problème et du comportement social. (29)

Pour les enfants plus âgés, les résultats scolaires peuvent également être impactés. Une cohorte prospective publiée en 2005 a évalué la réussite scolaire à 26 ans et a montré que l'exposition à la télévision lors de l'école primaire augmentait de 43% le risque de sortir du système scolaire sans diplôme. (30)

2.4. Créativité

Pour les tout-petits, le temps passé sur les écrans est du temps perdu et non investi pour la découverte de leur environnement grâce aux sens tels que le goût, l'odorat, le toucher. De ce fait, un autre domaine de la petite enfance impacté est celui de la créativité. Le test du dessin du bonhomme, publié par Dr Peter Winterstein en 2006, révèle que des enfants âgés de 5-6 ans ont moins de facilité à dessiner un bonhomme avec la richesse des détails et des principaux repères anatomiques lorsqu'ils passent plus de 3 heures par jour devant les écrans. (31)

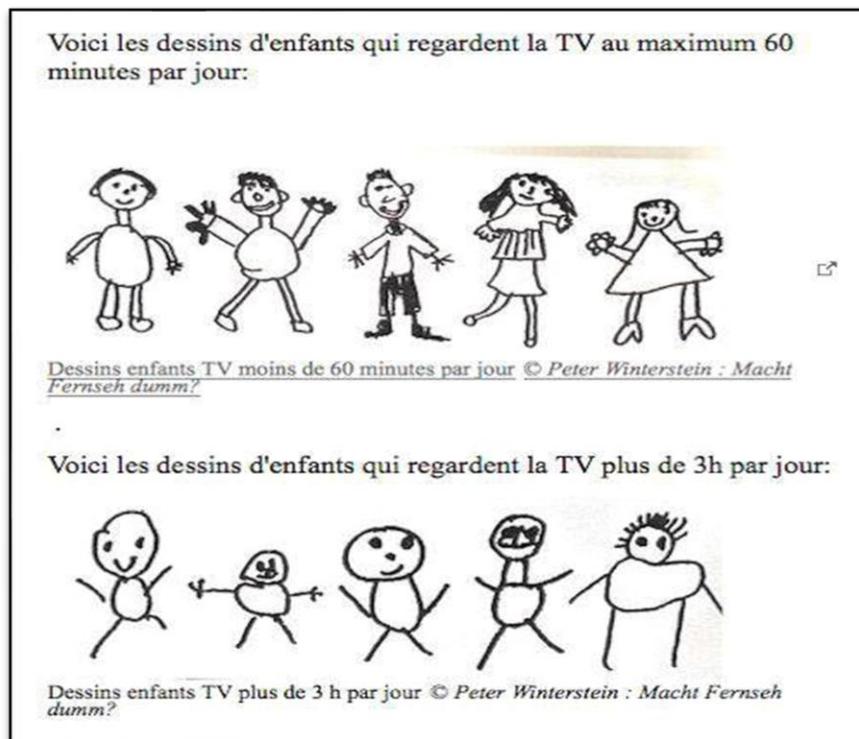


Figure 1 : Dessin du bonhomme Peter Winterstein (31)

2.5. *Sommeil*

Il existe une corrélation entre le temps d'exposition aux écrans et la diminution du temps de sommeil chez les enfants (32). Dans une étude de 2006, 36,7% des adolescents décrivent s'aider de la télévision ou de la musique pour s'endormir. Les adolescents utilisant les médias pour s'endormir étaient plus fatigués et avaient un temps de sommeil réduit, ce qui n'est pas retrouvé pour la lecture avant le coucher. (33)

En 2015, 35% des élèves de CM2 déclarent posséder une télévision ou un ordinateur portable dans leur chambre, ce qui favorise un visionnage nocturne et une durée majorée (12). Selon le rapport DRESS sur la santé enfants en maternelle en 2013, le temps de sommeil décroît en fonction du temps passé devant les écrans : 10h54 pour les enfants qui ne regardent jamais d'écrans les jours d'école contre 10h24 pour ceux qui y consacrent plus de 3h par jour. (34) La méta-analyse de Hale et Guan en 2014 sur 67 études de 1999 à 2014 confirme le lien entre exposition aux écrans et une durée raccourcie du temps de sommeil avec un endormissement plus tardif (35).

Il est intéressant de noter que le patron de Netflix ne désigne pas ses concurrents lorsqu'il parle de « son pire ennemi », mais ... du sommeil ! (36)

2.6. *Comportement*

Linda Pagani a mené une étude longitudinale au Québec sur 991 filles et 1006 garçons nés en 1998 recherchant un lien entre l'exposition aux écrans dans la petite enfance et l'impact sur le comportement à l'âge de 13 ans. Les résultats retrouvent que chaque heure supplémentaire passée devant la télévision à l'âge de 2 ans est associée à plusieurs risques à l'âge de 13 ans : 11 % de victimisation par les pairs, 10% d'isolement social, 9% d'agressivité et 6% de comportement antisocial. (37)

Chez les plus petits, certains spécialistes retrouvent une diminution du comportement social des enfants de moins de 1 an (19).

Ce constat a été relayé par Dr Ducanda et Dr Terrasse, professionnelles en PMI, à travers une tribune publiée dans le journal Le Monde en 2017 dans laquelle elles alertent sur le comportement anormal d'enfants de 3 ans : « ils ne nous regardent pas quand on s'adresse à eux, ne communiquent pas, ne parlent pas, ne recherchent pas les autres, sont très agités ou très passifs » (38). Via une vidéo sur Youtube, Dr Ducanda a exprimé ses craintes autour d'une ressemblance entre les troubles du comportement présentés par ces enfants, et des

caractéristiques du Trouble du Spectre Autistique (39). A ce jour, il n'existe pas d'étude qui montre un lien de cause à effet entre l'autisme et l'exposition aux écrans.

En 2017 l'Académie Américaine de Pédiatrie publie les recherches d'un groupe de travail sur la violence dans les médias et les jeux vidéo violents se basant sur des études des 60 dernières années. Il en ressort que l'exposition à des médias violents provoque une augmentation des pensées agressives, des sentiments de colère, une excitation physiologique, des évaluations hostiles, un comportement agressif et une désensibilisation à la violence avec diminution du comportement prosocial et l'empathie (40). Il n'y a pas d'études suffisantes pour évaluer tout lien potentiel entre l'utilisation de jeux vidéo violents et la délinquance ou le comportement criminel. (41) (42)

2.7. Addiction

Pour les adolescents, beaucoup de discussions autour de l'addiction aux jeux-vidéos continuent d'avoir lieu. Les avis divergent sur le sujet.

La dernière version du DSM 5 en 2013 recense en tant qu'addiction uniquement les dépendances aux substances et celles au jeu d'argent. Selon le DSM 5, les usages intensifs de jeux vidéo, de smartphone, ne sont pas à ce jour considérés comme d'authentiques addictions car on ne dispose pas de données scientifiques convaincantes. Il n'existe pas de réel syndrome de sevrage avec des symptômes physiques : les enfants peuvent présenter de la nervosité, de la colère à l'arrêt des écrans, mais les symptômes sont de courte durée et il n'y a pas de risque de rechute.

En 2019 l'Académie des Sciences, de Médecine et des Technologies préfèrent l'expression « pratique pathologique du jeu vidéo » plutôt que de parler d'une addiction. (44)

Cependant en 2018, l'OMS a intégré le « Trouble du jeu-vidéo » dans la CIM 10. Il se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue accordée au jeu, au point que celui-ci prenne le pas sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes avec une poursuite de la pratique du jeu en dépit de répercussions dommageables. L'OMS ajoute que pour être diagnostiqué, le comportement doit être d'une sévérité suffisante pour entraîner une altération non négligeable des activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement. Et il doit se manifester clairement sur une période d'au moins douze mois. (43)

2.8. Poids

Le temps passé assis ou allongé devant les écrans ne favorise pas l'activité physique et contribue à l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez nos jeunes.

La cohorte EDEN suivant 1898 nouveau-nés de 2003 à 2017 étudie les déterminants pré et post-natal du développement et de la santé des enfants. Elle retrouve que 28% des garçons et 38% des filles passaient moins de deux heures dehors par jour au printemps ou en été. Chez les garçons, plus le temps passé devant les écrans à 2 ans augmente, plus leur pourcentage de masse grasse corporelle est élevé à 5 ans. Chez les filles, celles qui passent le moins de temps à jouer en plein air à 2 ans, présentent un risque accru de développement de leur masse grasse. (45)

Les enfants en surcharge pondérale passent plus de temps devant la télévision : 53% y consacrent une heure par jour les jours d'école contre 43% en moyenne. (12)

De nombreuses études ont permis de montrer que le temps passé devant la télévision est inversement proportionnel au gain de force et de mobilité des enfants de 6-15 ans. (46) (47)

Le risque de surpoids se majore lorsque la télévision est présente dans la chambre de l'enfant de moins de 5 ans. (48)

2.9. Vision

Les écrans produisent de la lumière bleue qui impacte notre vision et notre sécrétion de mélatonine. Plusieurs études s'accordent pour dire que les enfants qui passent moins de temps dehors sont plus exposés à développer une myopie. En 2008, en Australie, chez 1765 enfants de 6 ans et 2367 enfants de 12 ans, le temps passé dehors était associé à moins de myopie après ajustement sur l'hérédité et l'ethnie (49). Une méta analyse en 2017 retrouve que l'augmentation du temps passé à l'extérieur est efficace pour prévenir l'apparition de la myopie, mais pas pour ralentir la progression de la myopie chez des personnes déjà myopes. Il faut davantage d'études pour caractériser les quantités de temps passées dehors pour freiner le développement d'une myopie (50,51). En 2020, une revue de littérature regroupant 128 articles retrouve qu'une exposition pendant 2 heures à la lumière bleue le soir supprime l'effet de la mélatonine, mais sa concentration se rétablit dans les 15 minutes suivant la fin de l'exposition. Cependant, une exposition à la lumière bleue le soir, la nuit et le matin, affecte la phase circadienne des niveaux de mélatonine (52) et augmente ainsi notre latence d'endormissement et notre vigilance (très peu d'études ont été faites sur les enfants) (53).

3. Représentations des parents sur l'utilisation des écrans par leur enfant

Les parents ont un rôle central dans l'éducation de leur enfant concernant l'utilisation des écrans. La place des écrans auprès des enfants est induite par les parents et elle diffère d'une famille à l'autre. Plusieurs études ont montré une disparité selon les milieux socio-culturels familiaux. Le rapport DRESS-DGESCO de 2015 révèle l'existence d'un gradient social : le temps passé devant les écrans est plus élevé chez des enfants issus de familles d'ouvriers que de cadres (12). Ce qui peut être une explication au retard de langage qui est plus important chez des enfants issus de milieux défavorisés exposés plus précocement aux écrans (14). Par ailleurs, une étude a individualisé différents facteurs pouvant expliquer l'exposition aux écrans par les enfants de moins de 3 ans, tels que le temps passé devant la télévision par la maman, un état dépressif de la maman, ou la stimulation cognitive dans le milieu familial. (54)

Il est intéressant de comprendre ce que les parents recherchent en proposant un écran à leur enfant. Dans l'étude qualitative menée en 2014 par l'UNAF sur 25 foyers, les parents utilisent les écrans avec leur enfants pour : apprendre, les calmer, les occuper, compenser une situation peu agréable (transport, consultation médicale, attente longue) (55). Selon l'AFPA en 2016 : 44% des parents prêtent leur téléphone portable à leur enfant de moins de 3 ans pour l'occuper, le consoler (4).

L'UNAF a analysé les comportements parentaux vis-à-vis de l'intégration des écrans dans l'emploi du temps de leur enfant (55). L'étude révèle des caractéristiques éducatives différentes et individualise quatre catégories de médiations parentales :

- la médiation « médias-au-centre », les écrans occupent l'essentiel du temps des enfants et sont une activité centrale de leur journée,
- la médiation « médias-intégrés », les médias sont intégrés au rythme de la journée en parallèle avec d'autres activités,
- la médiation « médias-éducatifs », les parents proposent à leur enfant des contenus qu'ils trouvent éducatifs en limitant l'exposition,
- la médiation « médias-éloignés », l'exposition aux écrans est exceptionnelle, les parents sont convaincus que d'autres activités sont davantage bénéfiques pour leur enfant.

Certains parents constatent les effets potentiellement négatifs sur la santé de leur enfant ou en ont entendu parler et peuvent se retrouver en difficultés. C'est ainsi que des professionnels de l'enfance peuvent être des interlocuteurs privilégiés. Plusieurs thèses de médecine générale ont travaillé avec des parents via des entretiens ou questionnaires afin de faire un état des lieux de leurs connaissances, et de leur représentation sur le rôle du médecin généraliste sur le sujet des écrans.

On retrouve que peu de parents ont discuté de l'utilisation des écrans par leur enfant avec leur médecin (56). Certains ne voient pas l'intérêt d'en discuter car c'est un problème plutôt éducatif qui ne relève pas d'un sujet médical pur et pensent que le médecin généraliste n'est pas un interlocuteur approprié. Ou alors que leur enfant est trop jeune pour que la question se pose, sous-estimant ainsi l'exposition des tout-petits aux écrans.

On remarque que les parents sont souvent en souffrance face à la pratique de leur enfant, et ressentent une dégradation sur les relations familiales. Certains se sentent responsables de la place acquise par les écrans dans leur famille. Il se dégage un sentiment de culpabilité et une crainte autour des répercussions sur la santé de leur enfant (57) (58). Les parents ont souvent pris conscience de l'impact négatif sur le poids, le sommeil, la concentration mais certains effets tel que le retard de langage est sous-estimé (59) (60). Une thèse du Dr Dartau de 2017 montrait que 57% des parents préfèrent être informés en premier par leur médecin, et 38% via l'école (61). Beaucoup de parents attendent de la part du médecin généraliste que le sujet soit abordé en consultation et sont demandeurs d'une aide autour de cette problématique. Ils leur semblent important que le médecin sensibilise les jeunes autour de la pratique des écrans et de leurs potentiels effets néfastes et que l'Etat s'investisse autour de campagnes de prévention. (58)

4. Les campagnes de prévention et recommandations proposées

Des campagnes de prévention et recommandations autour des écrans existent depuis plusieurs années et sont nombreuses. Nous décrivons ci-dessous différents acteurs de prévention.

Le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel :

❖ Dès 2008, le CSA s'engage dans une campagne de sensibilisation annuelle pour les moins de 3 ans. Il soutient que les échanges et stimulations nécessaires au développement des enfants de moins de 3 ans ne peuvent pas être remplacés par la télévision. Il déconseille alors les programmes de télévision adressés aux enfants de moins de 3 ans. (62)

En 2018, il met à disposition du public une brochure « **Utiliser les écrans ça s'apprend** ». Il rappelle qu'il est important de respecter la signalétique des catégories d'âge et de regarder des programmes adaptés à l'âge, de parler avec son enfant d'images qui auraient pu le choquer. Il propose une pratique des écrans en fonction des âges avec une durée limitée, rappelle l'importance d'installer un dispositif de contrôle parental. Et chaque année la campagne de prévention du CSA sur 3 jours consiste à diffuser des spots publicitaires pendant des heures de grande écoute autour du mésusage des écrans sur des chaînes telles que Gulli, France télévision, NRJ12 etc ... (63)

En 2019, le CSA invite les radios à diffuser des informations visant à sensibiliser aux risques liés à l'exposition des enfants aux écrans. (64)

La législation :

❖ En 2018, le Sénat rédige une proposition de loi imposant que toute publicité pour des télévisions, smartphones, ordinateurs portables, tablettes et jeux numériques, quel que soit son support, soit assortie d'un message à caractère sanitaire. Il oblige les fabricants d'ordinateurs, de tablettes et de jeu ludo-pédagogique disposant d'un écran, à indiquer sur l'emballage de ces outils numériques que leur utilisation peut nuire au développement psychomoteur des enfants de moins de trois ans. Et propose que le ministère de la santé

s'engage chaque année à mener une campagne nationale de sensibilisation aux bonnes pratiques des écrans. (65)

❖ Pour les jeux-vidéo, la classification européenne **PEGI** propose des catégories d'âges permettant de savoir si le jeu est adapté à l'âge du joueur. Cinq catégories d'âges sont proposées : jeux adaptés à un enfant de 3 ans, 7 ans, 12 ans, 16 ans et 18 ans. Ces catégories ne sont pas basées sur le niveau de difficulté du jeu mais selon plusieurs critères tels que l'importance des scènes violentes, à caractère sexuel, haineux, discriminatoire, utilisant un langage grossier. (66)

Les sociétés savantes :

❖ En 2016, l'ANSES émet des recommandations pour limiter le temps passé devant les écrans selon l'âge des enfants : (86)

- Moins de 2 ans : éviter l'exposition aux écrans
- De 2 ans à 5 ans : une heure par jour maximum
- De 6 ans à 17 ans : deux heures par jour maximum

❖ En 2018, le Groupe de Pédiatrie Générale, issu de la Société Française de Pédiatrie, publie cinq recommandations simples destinées aux médecins, à transmettre aux parents lors des consultations : (84)

- Comprendre le développement des écrans sans les diaboliser
- Des écrans dans les espaces de vie collective, mais pas dans les chambres
- Des temps sans aucun écran
- Oser et accompagner la parentalité pour les écrans
- Veiller à prévenir l'isolement social

❖ En avril 2019, l'Académie des sciences, l'Académie nationale de médecine et l'Académie des technologies se réunissent pour rédiger un appel sur l'utilisation excessive des écrans (44). Ce rapport est dans la continuité de celui rédigé en 2013 par l'Académie des Sciences (67). Ils proposent des recommandations générales à visée des parents selon l'âge de l'enfant :

- Avant 3 ans : ne pas mettre à disposition des écrans aux enfants laissés seuls. Un usage récréatif avec une participation parentale indispensable doit rester exceptionnel.
- De 3 à 10 ans : définir un temps limité devant les écrans, discuter avec l'enfant de ce qu'il voit, éviter un usage solitaire, éviter l'exposition avant le coucher.
- Après 10 ans : rester vigilant aux impacts négatifs sur le sommeil, les résultats scolaires, un repli sur soi.
- Pour tous les âges : les parents doivent avoir un usage raisonné de leurs propres outils numériques, avec un dialogue maintenu autour de l'usage des écrans.

❖ En 2020, le Haut Conseil de Santé Publique recommande : (85)

- Avant l'âge de 3 ans, les écrans sont à proscrire si les conditions d'une interaction parentale ne sont pas réunies. Interdire les écrans 3D pour les enfants âgés de moins de 5 ans.
- Ne pas disposer d'écran dans la chambre des enfants et ne pas les laisser regarder la télévision une heure avant l'endormissement.
- Accompagner la consommation d'écran en fonction des écrans, des catégories d'âge et des contenus.
- Trouver un équilibre entre autorisation et interdiction, et limiter le temps d'utilisation pour consacrer du temps aux autres activités.
- Être capable de repérer les signes d'alerte d'une utilisation excessive des écrans et demander aide et conseil.

Les associations médicales et le carnet de santé :

❖ En 2019, l'AFPA lance une campagne de sensibilisation pour les parents « **La meilleure application pour votre enfant c'est vous !** » (Annexe 6). Le but est de sensibiliser sur l'importance des interactions parents-enfants, qui s'amenuisent lorsque l'interface numérique s'introduit dans les foyers. L'AFPA propose des affiches illustrées avec des solutions alternatives à l'utilisation des écrans dans des situations de la vie quotidienne : lors des repas, lors de trajet en voiture, lors du ménage etc ... (68)

❖ Concernant la vision, l'ANSES et l'ASNAV ont proposé des recommandations.

En 2016 l'ANSES déconseille le visionnage de films en 3D pour les moins de 6 ans, devant le peu d'études existantes sur l'impact de la 3D et le système accommodation-vergence, qui n'est pas mature avant 6 ans. (69)

L'ASNAV émet des recommandations pour lutter contre la fatigue visuelle : se positionner à distance égale à 1,5 fois la diagonale de l'écran, l'œil doit être à hauteur du milieu de l'écran, ne pas regarder les écrans dans le noir, la lumière artificielle doit être au même niveau que celle émise par l'écran et à moins de 3 mètres, et faire des pauses.

Ils proposent **la règle des « 4 fois 20 »** : faire des pauses de 20 secondes toutes les 20 minutes en clignant 20 fois des yeux et en regardant à 20 pas à droite et à gauche.

D'après une étude publiée en 2020, l'activation des fonctions en mode nuit des appareils serait plus efficace pour réduire la quantité de lumière à courte longueur d'onde que les verres de lunettes freinant la lumière bleue disponibles dans le commerce. (70)

❖ Le carnet de santé, mis à jour en février 2018, a intégré le risque de l'exposition aux écrans chez les enfants. Lors des examens systématiques du 24^e mois et de la 3^e année cette phrase est visible en haut de page : « Avant 3 ans, éviter l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone. » Puis sur les examens de la 4^e année, 6^e année et des 8-9 ans il est écrit de ne pas placer d'écran dans la chambre et ne pas utiliser d'écran ni de casque audio pour calmer, endormir l'enfant, ou lors du repas. Il est notifié sur la page 14 dédiée pour des conseils aux parents, qu'interagir directement avec son enfant est la meilleure façon de favoriser son développement, et qu'avant 3 ans, il n'est pas conseillé de placer l'enfant dans une pièce où la télévision est allumée.

Les experts :

❖ En 2008 le pédopsychiatre Serge Tisseron propose **la règle des 3-6-9-12** qui permet de disposer de repères en fonction de l'âge : (Annexe 4)

- avant 3 ans : pas d'utilisation d'écran,
- avant 6 ans : pas de console de jeu,
- avant 9 ans : pas d'Internet seul,
- avant 12 ans : pas de réseau social et Internet accompagné par un adulte.

Ces recommandations se basent sur le fait qu'avant 3 ans l'enfant a besoin d'interagir avec son environnement via ses cinq sens en multipliant les interactions et les supports. Avant 6 ans, l'enfant développe son imagination, crée de ses propres mains. A partir de 9 ans, l'enfant a besoin d'être accompagné d'un adulte pour découvrir l'utilité et les dangers d'Internet en toute sécurité. Les relations sociales réelles sont à privilégier. Et à partir de 12 ans il peut surfer seul sur Internet, en convenant de règles (temps limité, contrôle parental, pas la nuit, ni pendant les repas).

❖ Serge Tisseron a aussi relayé « **Le défi des dix jours sans écrans** » aussi bien appelé « Le défi des 10 jours pour voir autrement » expérimenté en France depuis 2008 : il incite les enfants à réduire chaque année leur consommation d'écrans, découvrir d'autres activités pour occuper leur temps, développer leur imaginaire (71). Cette démarche a pour but d'apprendre à choisir parmi les écrans que l'enfant estime vraiment importants pour lui, et ceux qui le sont moins. Elle permet de recréer le lien social qui s'appauvrit, et à développer la capacité d'autorégulation. (72)

❖ La psychologue Sabine Duflo propose les « **4 Pas** » qui permettent de garder des temps sans écrans dans la journée et de temporaliser l'utilisation des écrans au sein d'une journée du matin jusqu'au soir à travers quatre règles simples :

- Pas d'écran avant l'école,
- Pas d'écran pendant les repas,
- Pas d'écran dans la chambre de l'enfant,
- Pas d'écran avant d'aller dormir.

Ceci pour garder une concentration optimale pour l'école, maintenir les échanges et interactions pendant les repas, garder un contrôle sur les programmes que l'enfant regarde et leur durée, et ne pas entraver l'endormissement de l'enfant. (Annexe 5)

Le milieu scolaire :

L'école a aussi une place importante dans l'éducation sur l'utilisation des écrans.

Une étude américaine en 2004 sur des écoles maternelles New-Yorkaises montre qu'intervenir auprès des écoles en proposant des activités alternatives, en éduquant autour

d'une utilisation raisonnée des écrans et en faisant la promotion d'une hygiène de vie, permet de réduire le nombre d'heures passées devant la télévision. (73)

❖ La fondation « La main à la pâte » créée en 2011 par l'Académie des sciences, ayant pour but de développer des pratiques innovantes pour améliorer l'enseignement, propose le module « **Les Écrans, le cerveau... et l'enfant** ». Ceci permet une approche éducative autour de la question : « Comment les écrans sollicitent-ils mon cerveau ? ». Le but est de sensibiliser à la nécessité d'une utilisation raisonnée des écrans afin de se protéger contre des effets nocifs sur le bien-être et la santé. (74)

❖ Une autre approche éducative et ludique existe via **Le jeu des 3 figures (J3F)**. A partir d'une histoire télévisée, les enfants en tirent un scénario et jouent à tour de rôles les 3 personnages (agresseur-victime-redresseur de torts). Ce jeu de rôle permet une prise de recul par rapport aux images, l'apprentissage du « faire-semblant » et la familiarisation avec le réel et le virtuel. L'enfant passe d'une situation passive devant la télé en mode spectacle, à une appropriation de l'histoire en stimulant une construction narrative, et une reconnaissance des émotions (71,75).

En général l'enfant doit être invité à parler de ce qu'il voit sur les écrans car le dialogue l'incite à mobiliser à la fois son intelligence visuelle et spatiale (activée par les écrans) et son intelligence narrative.

Autres acteurs :

❖ Le site belge YAPAKA, détaché du ministère, propose une campagne « **Ecrans en veille Enfants en éveil** ». L'enfant doit apprendre à faire face à l'ennui, il ne doit pas combler ce vide par les écrans. Il faut éviter de l'habituer au rythme captif des images et des sons, au risque de créer un besoin de stimulation une fois l'écran éteint. Le site rappelle que le temps passé devant les écrans est du temps perdu pour le jeu, pour investir l'environnement et développer la créativité nécessaire à l'éveil et au développement de l'enfant.

❖ Le Collectif Surexposition Ecrans CoSE propose une affiche à destinée des plus jeunes et introduit des conseils comportementaux à visés des parents : limiter sa propre consommation d'écran, ne pas utiliser son portable en s'occupant de son enfant, ni pendant les repas ou pour le calmer. Il met en avant des solutions alternatives telle que lire des histoires, sortir tous les jours, regarder ensemble un programme adapté. L'âge de 2 ans sur leur affiche se base sur les recommandations américaines et canadiennes (Annexe 7). Et le collectif propose un questionnaire à remplir sur l'utilisation des écrans pour les moins de 6 ans avant une consultation médicale. (80)

5. Le médecin généraliste et la prévention de l'utilisation des écrans chez les enfants

Le médecin généraliste a un rôle de pivot central dans la prise en charge de la santé des individus de tous âges. La définition WONCA 2002 d'omnipraticien met en avant la responsabilité de santé publique communautaire, la promotion et l'éducation pour la santé, la réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. C'est dans ce cadre que la question de l'exposition des enfants aux écrans devient un sujet de santé publique qui entre dans les champs de compétences des médecins généralistes.

En France 80% des enfants sont suivis en médecine générale (83). En tant que médecin de famille, nous pouvons ainsi avoir un impact en matière de prévention sur l'usage des écrans auprès de nombreux enfants.

En 2013, l'Académie des Sciences dans son rapport intitulé « L'enfant et les écrans » donne l'avis suivant : « Les pédiatres et les médecins généralistes peuvent jouer un rôle d'alerte important auprès des familles. Ils ne doivent pas hésiter à interroger les parents sur la présence d'un poste de télévision dans la chambre de l'enfant et sur son temps de consommation d'écran ». (67)

En 2017 des professionnels de PMI déclarent : « La première intention de tout professionnel de l'enfance devrait être de poser la question de l'exposition aux écrans ». (38)

Des travaux de thèses antérieurs ont été menés de manière quantitative pour la plupart et en ciblant les enfants de moins de 6 ans ou moins de 3 ans. Ils ont montré que les médecins

intègrent peu la question de l'exposition aux écrans dans leur interrogatoire, surtout chez les tout-petits de 0 à 3 ans. Même s'ils pensent que ce sujet est de leur ressort et qu'ils peuvent être un interlocuteur. Les raisons sont multiples : la crainte de s'immiscer dans le modèle éducatif parental, le manque de temps, le manque de connaissances et d'outils pour appuyer leurs propos. Ils vont aborder plus spontanément le sujet devant des points d'appels tels que les troubles du sommeil, une prise de poids, une baisse de résultats scolaires (76). Le Dr Homps en 2018 retrouvait que seulement 34% des médecins connaissent la règle 3-6-9-12, et leurs sources d'informations sur le sujet sont issues à 80% de leurs lectures personnelles et à 43% de leur expérience personnelle (souvent en tant que parent eux-mêmes) contre 26% issues des recommandations françaises. (77)

A contrario, certains médecins ont été plus sensibilisés sur ce sujet lors de leur internat ou après une formation, et ont une pratique différente en consultation : poser des questions chez des enfants plus petits, utiliser des brochures, donner des conseils. Le Dr Talaron lors de sa thèse, a rencontré une première fois des médecins généralistes pour une sensibilisation sur le sujet, puis a analysé la modification de leurs pratiques six mois plus tard. Ils abordaient le sujet plus spontanément pour les $\frac{3}{4}$ d'entre eux, donnant des messages clés issus de recommandations, s'aidant d'affiches comme support de discussion. Ils pensent l'intégrer dans la consultation annuelle systématique au même titre que les autres sujets de prévention. (79)

Devant cette disparité entre professionnels, il est intéressant d'obtenir un tableau riche et diversifié des différences de pratiques des médecins généralistes : connaître leurs méthodes pour aborder ce sujet, le type de conseils donnés aux patients, et le type d'outils utilisés pour valoriser leurs arguments. Il semble important d'entendre leurs suggestions afin d'améliorer leur pratique future sur le sujet. Une démarche qualitative nous a semblé la plus judicieuse, afin de ne pas orienter leurs réponses avec des questions fermées ou à choix prédéfinis retrouvés en étude quantitative.

Une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés se révèle la plus adaptée pour explorer les pratiques en consultation des médecins généralistes sur le sujet des écrans auprès des enfants âgés de 0 à 18 ans, et pour permettre de repérer les outils nécessaires à l'amélioration de leur pratique.

METHODE

1. Description de l'étude

1.1. *Type d'étude et objectif*

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de médecins généralistes exerçant en Vendée. L'objectif de notre travail est d'explorer les pratiques actuelles et les outils nécessaires aux médecins généralistes lors de consultations abordant l'exposition des enfants et des adolescents aux écrans.

2. Recherche documentaire

La recherche bibliographique a débuté en novembre 2019 puis a été actualisée tout au long de l'étude jusqu'en juillet 2021. Elle s'est déroulée sur les bases de données suivantes : PubMed, Google Scholar, CISMef, DUMAS. Et sur les moteurs de recherches suivants : Google, Doocteur. Les mots-clés utilisés pour la littérature francophone étaient des termes MeSH utilisés seuls ou en association : « écrans », « enfant », « adolescent », « prévention », « médecin », « temps passé sur les écrans », « télévision », « téléphone », « ordinateur ». Les termes MeSH utilisés pour la littérature anglophone ont été les suivants : « children », « toddlers », « teenagers », « screen time », « screen use » .

La bibliographie a été complétée par la consultation de la littérature grise et de thèses antérieures.

3. Constitution de l'échantillon

3.1. *Population étudiée*

L'étude a été menée auprès de médecins généralistes exerçant en Vendée.

Les critères d'inclusion étaient définis ainsi : les interviewés devaient être des médecins généralistes libéraux, installés ou remplaçants en Vendée, réalisant des consultations de pédiatrie et acceptant de participer à l'étude.

L'échantillonnage raisonné a été effectué en recherche de variation maximale en interrogeant des médecins d'âge, de sexe, de durée d'installation et de territoires contrastés.

3.2. *Recrutement des médecins*

Le recrutement a été réalisé à la fois de manière indirecte en contactant par email des connaissances dans l'entourage de la thésarde et de la directrice de thèse avec un effet boule de neige pour certains. Et de manière directe pour les autres en contactant des maisons de santé par téléphone et en adressant un email de présentation du projet à l'ensemble des médecins. Un médecin a été contacté directement par téléphone (pas de secrétariat disponible).

Le recrutement et les entretiens ont eu lieu entre octobre 2020 et février 2021.

La taille de l'échantillon a été obtenue jusqu'à saturation des données au bout du onzième entretien, que nous avons confirmé par deux entretiens supplémentaires soit un total de treize entretiens réalisés.

4. Recueil des données

4.1. *Guide d'entretien*

Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré à la suite des recherches bibliographiques (Annexe 1). Il se présente en deux parties. La première partie comporte des questions fermées afin de caractériser notre échantillon. La deuxième partie comporte sept questions ouvertes abordant les thèmes de notre étude. Nous avons réalisé un premier entretien test auprès de la directrice de thèse et apporté des modifications de formulation. Une réévaluation du guide au fur-et-à mesure des entretiens a permis d'optimiser l'ordre des questions posées.

4.2. *Mode de recueil*

Le lieu et la date de l'entretien ont été choisis à la convenance des médecins, en priorisant un endroit calme et un moment sans risque d'être dérangés par une consultation ou le téléphone. L'ensemble des entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins interviewés.

Le recueil des entretiens s'est déroulé à l'aide d'un enregistreur vocal présent sur le téléphone portable de la thésarde. Les verbatims ont été retranscrits mots à mots par la thésarde dans les 48 heures après chaque entretien. Ils ont été anonymisés et traités sur Word. Les silences, hésitations, la communication non-verbale ont été retranscrits manuellement.

4.3. *Éthique et recueil du consentement*

Une introduction concernant l'objectif de l'étude et le déroulement de l'entretien a été lue à chaque médecin (Annexe 1). L'anonymisation de leurs propos leur a été assurée. Le consentement des médecins pour participer à cette étude a été recueilli oralement avant chaque début d'entretien.

5. Analyse des données

Une analyse thématique a été effectuée dans cette étude. Chaque verbatim a été analysé manuellement générant des codes descriptifs ouverts qui ont été classés en sous-catégories puis en catégories, permettant de dégager cinq thèmes principaux. La grille d'analyse présente en annexe 3 illustre la démarche effectuée. La directrice de thèse a apporté à plusieurs reprises des modifications de la grille en se basant sur les verbatims.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons interrogé 7 femmes et 6 hommes, âgés de 29 ans à 71 ans avec une moyenne d'âge de 42 ans.

La majorité des médecins exercent en milieu urbain, les autres en milieu semi-rural. La majorité est installée en exercice coordonné type MSP ou en ESP CLAP.

La plupart des médecins consacrent entre 20 à 30 minutes pour leurs consultations de suivi pédiatrique, et certains consacrent 15 minutes devant des pathologies aiguës. Plus de la moitié ont une activité libérale de pédiatrie estimée moyenne à forte. Ils suivent des enfants de tous les âges. Certains médecins ont une pratique de pédiatrie plus avancée via la réalisation de DU de pédiatrie ou le travail en PMI. Quatre des médecins interrogés sont Maîtres de Stage Universitaire.

Au total 13 entretiens sont réalisés entre le 13 octobre 2020 et le 4 février 2021. La durée moyenne des entretiens est de 22 minutes, avec une durée minimale de 18 minutes et une durée maximale de 32 minutes.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous. Une grille en annexe 2 décrit de manière plus précise les caractéristiques de chaque médecin généraliste.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

<i>Sexe</i>	Femme : 7 Homme : 6
<i>Age</i>	< 30 ans : 2 30-40 ans : 4 40-50 ans : 3 50-60 ans : 3 > 60 ans : 1
<i>Durée d'exercice</i>	< 5 ans : 4 5-15 ans : 5 15-30 ans : 1 > 30 ans : 3
<i>Milieu d'installation</i>	Urbain : 8 Semi-rural : 5
<i>Type d'installation</i>	MSP : 6 ESP-CLAP : 4 Cabinet de groupe : 3
<i>Activité pédiatrie déclarée</i>	Faible : 4 Moyenne : 7 Forte : 1
<i>Durée consultation pédiatrique</i>	15 minutes : 3 20 minutes : 5 30 minutes : 8
<i>Autres activités professionnelles déclarées</i>	Animatrice groupe qualité : 1 DU Addictologie : 1 DU Gériatrie : 2 DU Médecine du sport : 3 DU Ostéopathie : 1 DU Pédiatrie : 2 DU Soins palliatifs : 1 Echographie : 1 Médecin agréé ARS : 1 Médecin fédération sportive : 1 Médecin Réseau Grandir Ensemble : 1 Médecin Réseau Sentinelle : 1 Mindfulness : 1 MSU : 4 (dont 1 MSU pédiatrie-gynécologie) Régulation au SAMU : 1 Vacation PMI : 1

2. Analyse thématique

Après retranscription intégrale des verbatims, nous avons individualisé des codes que nous avons classés en sous-catégories puis en catégories, puis en cinq thèmes décrits en annexe 3.

2.1. Rôle du médecin généraliste

2.1.1. Un travail de prévention

a) Compétence du médecin généraliste

Les médecins généralistes interrogés ont conscience de leur rôle en tant qu'**acteur de prévention** dans le domaine de l'exposition des enfants aux écrans.

- M2 « *c'est aussi un message de santé en fait quand ça passe par nous* »
- M4 « *Je pense que déjà notre rôle c'est d'en parler* »

Pour certains médecins il s'agit bien d'un **sujet de santé publique** qui dépasse le domaine biomédical pur :

- M5 « *c'est un problème de santé publique* »
- M8 « *mais c'est euh sociétal* ».

C'est un sujet qui permet d'avoir une **approche centrée-patient** et d'explorer les sphères sociales, environnementales du patient, favorisant ainsi une **relation médecin-patient** :

- M6 « *ça m'intéresse ça fait partie de la vision globale du patient* »
- M6 « *j'trouve que ça montre bien aux, aux parents notamment des enfants qu'on s'intéresse à tout vis-à-vis de leurs enfants. Voilà qu'on fait pas juste l'examen ... physique [...] Ça fait partie du lien de confiance* »

Le fait qu'un médecin généraliste initie la discussion sur ce thème permet de faire comprendre aux familles que ce sujet peut tout à fait **être abordé en consultation** et relève du **champ de compétences des médecins généralistes**.

- M7 « *il faut déclencher aussi euh ce, ce besoin d'en parler [...] que les patients sachent qu'on puisse en parler* »

Le médecin généraliste peut avoir un rôle de **tiers externe**, avec une neutralité :

- M2 « *ils sont souvent contents qu'un autre adulte aborde la question devant leur enfant* »

Et une **parole qui peut avoir un impact plus important** du fait de la position de professionnel de santé :

- M6 « *le fait que ça soit le médecin qui le dise peut-être que du coup ça les fait un petit peu plus réfléchir sur ce qu'ils font.* »

La position de médecin de famille suivant plusieurs générations peut permettre un **regard perspicace sur l'évolution des pratiques d'utilisation des écrans** chez leurs patients.

- M8 « *j'évolue en fonction de ma patientèle (rigole) je crois, et euh des difficultés qu'ils rencontrent au niveau d'éducation* »

Et ainsi **être plus attentif aux jeunes générations de parents** qui ont grandi avec les écrans toute leur vie.

- M12 « *on devrait le faire en fait. En particulier avec les jeunes mamans qui ont voilà qui elles aussi ont baigné dans les écrans toute leur existence* »

b) Différentes situations pour aborder le sujet

Pour la majorité des médecins généralistes interrogés, le sujet va être abordé en consultation. Le plus fréquemment à partir d'un point d'appel interpellant le médecin et plus rarement de manière systématique pour certains médecins.

❖ Sur points d'appels :

Des médecins sont interpellés **dès la salle d'attente** en voyant des enfants absorbés par le téléphone des parents pour patienter, ce qui va être un point d'entrée pour aborder le sujet.

- M2 : « *Si l'enfant prend le téléphone des parents dès qu'il y a une minute d'attente* »
- M12 « *c'est fréquent par contre de voir les enfants qui, voilà, qui vont jouer sur leur tablette et qui décollent pas le regard de la salle d'attente jusqu'à la consultation [...] Alors là par contre c'est souvent le point d'entrée euh dans le cadre d'une consultation pour aborder le problème des écrans* »

Pendant la consultation certains parents utilisent le téléphone afin de faire patienter l'enfant, de le rassurer, de le calmer. Là aussi c'est une situation qui permet aux médecins de rebondir sur l'utilisation des écrans chez les enfants.

- M4 « *C'est assez fréquent qu'on vaccine les enfants, ou quand les enfants sont un peu agités en consultation, certains parents sortent le téléphone avec euh la vidéo voilà. Donc là c'est parfois l'occasion de, d'utiliser ce temps là pour montrer qu'on peut faire différemment* »
- M6 « *(Pour les tout-petits) Je l'aborde juste, ça peut m'arriver quand là par exemple l'enfant il est angoissé pour un examen et que le parent prête son portable pour l'examen* »

Pour la majorité des médecins, le sujet est souvent abordé **suite à un point d'appel retrouvé à l'interrogatoire ou à l'examen clinique qui va permettre de rebondir sur le sujet**. Il peut-être de différentes natures (les trois premiers étant les plus fréquemment cités) :

- devant des **troubles du sommeil**,
- des **troubles des apprentissages** ou une **baisse des résultats scolaires**.
- des **troubles du comportement** :
 - M2 « *et puis après euh orienté sur les... ben les troubles du sommeil, l'énurésie, les difficultés de gestion de comportement sur les colères les euh... voilà les difficultés scolaires* »
 - M12 « *des problèmes d'attention, des problèmes d'école, des problèmes de sommeil, ou ... Là je l'aborde systématiquement, parmi d'autres choses, mais j'aborde la question des écrans* »
- des problèmes de **vue** :
 - M7 « *Ça peut être soit sur des plaintes somatiques euh des enfants, par exemple les maux de têtes [...] hum problèmes de vue [...] On va dire des plaintes indirectes.* »
- des problèmes de **surpoids** avec peu d'activité physique pratiquée et une alimentation déséquilibrée :
 - M3 « *si je voyais un enfant obèse par exemple, ou si les troubles du comportement alimentaires étaient flagrants* »

- M6 « chez les patients obèses euh je pense que je suis un petit peu plus vigilant sur les écrans »
- des problèmes d'**énurésie** :
 - M2 « orienté sur [...] l'énurésie »
- un **retard de langage** :
 - M13 « j'adapterai peut-être en fonction : du langage »
- un **défaut d'éveil** : Un médecin travaillant en PMI s'intéressait aussi à ce que proposait les parents pour éveiller leur enfant :
 - M13 « en fonction de ce que je constate sur l'éveil, sur le développement, ce qui est proposé et ben si je vois que des fois c'est un petit peu juste ou si on peut proposer autre chose et ben je vais facilement aborder les écrans »
- des problèmes liés au harcèlement scolaire faisait rebondir certains médecins sur le **cyberharcèlement** qui a lieu sur Internet ou les réseaux sociaux.
 - M8 « la sociabilité, sur euh le harcèlement sur les réseaux sociaux, enfin je veux dire y a un impact »
 - M9 « parce que le harcèlement ça reste quand même quelque chose de ... ben tellement fréquent qu'il faut quand même en parler »
- un médecin avec sa pratique du Réseau Grandir Ensemble (suivi d'enfants nés prématurés) se servait de l'écran comme moyen de communication, celui-ci n'était plus investi lorsque l'enfant était moins bien.
 - M11 « j'ai des enfants avec des maladies génétiques et des retards intellectuels ou alors des autistes, où là en fait l'écran est un signe (insiste sur « signe ») au contraire de, de, d'un enfant qui va bien. [...] pour savoir si ils vont bien je demande leur utilisation des écrans en fait. Parce que quand ils les utilisent plus c'est quand ils vont pas bien. C'est un symptôme. »

❖ De manière systématique :

Moins de la moitié des médecins interrogés abordent systématiquement le sujet en consultation. Ils en parlent lors de **consultations de suivi**, en dehors d'épisodes aigus, permettant l'abord de thèmes généraux :

- M2 « En systématique sur les consultations de suivi »

- M4 « j'essaie de l'aborder à chaque consultation de suivi en fait »

La consultation pour un **certificat de non contre-indication à la pratique sportive** peut être un moment opportun pour aborder la question.

- M6 « ils viennent souvent pour le certificat de sport »

C'est un sujet abordé **au même titre que d'autres domaines** :

- M6 « j'en parle ça fait partie du panel avec le sommeil, la sexualité, l'appétit euh, les drogues, l'alcool, ben y a les écrans »
- M8 « Alors c'est fréquent, parce que dans les contrôles poids-taille euh j'aborde le sommeil, l'alimentation et les écrans »

❖ Non abordé ou rarement :

Cinq médecins interviewés n'abordent pas le sujet ou très rarement :

- M1 « Euh (se racle la gorge) J'ai pas vraiment souvenir (appui sur « souvenir ») que ce soit un élément qui a fait partie d'une consultation en fait »
- M9 « Moi je l'aborde pas ... Je veux dire ça fait pas partie de mon interrogatoire. »
- M10 « Je sais pas si je l'ai déjà abordé en fait. »

Nous verrons plus loin les différentes raisons et freins limitant l'évocation du sujet.

c) Différentes façons pour aborder le sujet

Les médecins ont des pratiques différentes pour instaurer le dialogue. De multiples façons de faire sont retrouvées et exposées ci-dessous.

Des médecins choisissent d'engager la discussion par le biais de **questions ouvertes** :

- M6 « j'essaie de poser des questions ouvertes au patient »

Ce qui permet pour certains d'**entrer dans le sujet d'une manière détournée, moins frontale** :

- M7 « des fois c'est par des biais un peu détournés qu'on arrive à avoir des, des réponses. »
- M13 « je ne l'aborde pas forcément frontalement ».

Et permet de **mettre à l'aise l'enfant** en consultation en **créant un lien** :

- M6 « même avec l'enfant euh moi quand j'peux parler de, de Peppa Pig (rires) ou de la Pat Patrouille ça fait toujours euh ils rigolent toujours (sourires) les enfants ça permet de tisser un lien. »

Des médecins questionnent autour des **jeux pratiqués par les enfants ou ce qu'ils aiment faire** :

- M3 « au fait à quoi est-ce qu'il joue ? Par exemple aborder de façon générale puis après essayer de ramener un peu à la télé : tiens au fait est-ce que vous jouez ensemble, vous avez une playstation ? »
- M7 « par exemple quand on va le faire vacciner : « alors qu'est-ce que tu aimes bien regarder comme dessin animé ? » puis ça me permet de creuser un peu, de voir aussi si le dessin animé est adapté à l'âge. »

Certains essaient d'**évaluer quantitativement** l'exposition aux écrans :

- M3 « faire une évaluation combien d'heures par jour ou par semaine »

Certains recherchent les **différents types de supports** auxquels l'enfant est exposé :

- M7 « qu'est-ce qui y a comme écrans à la maison, est-ce que l'enfant regarde sur la télé, sur une tablette, est-ce que la tablette elle est à lui. »

Certains recherchent une temporalité, un **moment de visionnage** dans la journée ou dans la semaine :

- M8 « Et alors est-ce que tu en fais avant l'école ? Après l'école ? Le samedi, le mercredi et le dimanche ? »
- M10 « Ben je demande ce qu'ils font avant de se coucher »

Ou recherchent la présence d'un **écran dans la chambre** de l'enfant :

- M9 « je vais demander si y a des écrans dans sa chambre »
- M12 « si lorsqu'ils vont se coucher euh ils ont déposé leurs écrans au salon, ou dans la chambre des parents est-ce qu'ils ont un écran avec eux dans la chambre euh est-ce qu'ils le déposent plus tard, est-ce qu'ils s'endorment avec l'écran. »

Certains essaient de connaître **les raisons de l'exposition** aux écrans :

- M4 « *l'enfant est exposé et euh savoir pourquoi en fait, pourquoi il se retrouve à être exposé aux écrans. »*
- M3 « *pourquoi y joue-t-il, pourquoi est-ce que vous lui mettez une tablette dans les mains ? Est-ce que ça peut-être aussi une punition ? »*

Certains s'intéressent davantage aux **répercussions d'une exposition aux écrans** :

- M4 « *c'est essayer de voir si y a des répercussions au niveau familial, au niveau social avec les copains, au niveau des résultats scolaires, au niveau des autres activités de loisirs dehors et au niveau du sommeil, puis au niveau du moral. C'est plus là-dessus. »*

Certains abordent le sujet **par le biais de conseils** directement :

- M4 « *Nourrisson je fais passer assez rapidement le message qu'en dessous de 3 ans il faut éviter tout écran »*
- M5 « *C'est pas forcément dire : baisser les écrans pour baisser les écrans, c'est dire mais pourquoi vous baissez les écrans. »*

C'est un sujet qui peut permettre d'aller plus loin en **explorant la place des écrans au sein de la famille** :

- M7 « *j pense que c'est vraiment sur la dynamique de l'éducation thérapeutique avec un entretien motivationnel : « Voilà, qu'est-ce qu'il pourrait être mis en place chez vous, qu'est-ce qu'il peut fonctionner. »*
- M4 « *C'est surtout une exploration de cette situation, plus qu'une injonction à la diminution. »*

Et cela permet d'aborder **l'organisation familiale** :

- M8 « *qu'est-ce qui y a été mis en place euh le soir : mode de garde, garderie, la maison. Qu'est-ce que font les parents s'ils vont partir faire leur sport et leur course à pied en laissant les enfants devant l'écran ? »*

Et de rechercher **l'implication des parents vis-à-vis de la consommation des écrans par leur enfant** :

- M8 « est-ce que vous avez regardé à quoi il joue ? Vous savez à quoi il joue, vous avez déjà joué avec lui ? »
- M4 : « est-ce que c'est l'enfant seul ? Est-ce que y a des temps dédiés ? Est-ce qu'il y a un accompagnement avec un adulte ? »
- M12 « à interroger les parents en fait plus directement que l'enfant puisque on sait bien que la responsabilité elle vient plutôt des parents »

Cela peut permettre d'aller plus loin en demandant comment sont gérés **les écrans en dehors du foyer familial** :

- M8 « et chez la nounou c'est comment, si y a la télé toute la journée. »

Certains médecins **s'adressent directement aux enfants** :

- M2 « les enfants ils sont assez attentifs j'trouve ils écoutent quand on leur explique le pourquoi est-ce qu'on doit faire attention aux écrans »
- M5 « si y a effectivement ya, ya une possibilité de discussions euh je fais plutôt chez les adolescents »

En les impliquant dans une **réflexion sur leur utilisation des écrans** :

- M11 « qu'est-ce que tu penses qui serait bon pour ta santé ? De faire ou de ne pas faire et est-ce que tu penses que c'est bon pour ta santé de regarder des écrans jusqu'à minuit, 2 heures du matin ? ».

Certains s'appuient sur la **relation tripartite de confiance** formée par le médecin-l'enfant-le parent :

- M12 « j'essaie d'impliquer les deux c'est-à-dire que pour que les enfants acceptent un contrat qui sera posé par les parents il faut que ce soit une discussion ou au moins une écoute qui doit se faire à trois, entre le médecin, le parent et l'enfant »

Dans toute cette démarche les médecins soulignent leur souhait de **rester à l'écoute et non jugeant** :

- M4 « J'essaie d'être dans une démarche assez préventive là-dessus »
- M8 « Voilà je suis pas non plus moraliste. »

d) Age de l'enfant pour aborder le sujet

L'âge de l'enfant à partir duquel les médecins généralistes décident d'aborder le sujet diffère selon les pratiques.

Environ un tiers des médecins vont sensibiliser les parents d'enfants de moins de 2 ans :

- M2 « dans la salle d'attente les gens avaient l'enfant sur le téléphone ça je vais l'aborder dès 9 mois, sinon j'aborde ouais peut-être plutôt vers 12-18 mois en fait »
- M4 « à chaque consultation de suivi pour un enfant que ce soit un nourrisson »

Et la majorité des médecins n'ont jamais abordé le sujet avant 2 ans :

- M7 « c'est vrai que de 0 à 3 je me pose pas la question de la poser »
- M12 « Je crois pas que je l'ai abordé. » (chez les tout-petits)

Le sujet est davantage abordé à partir de l'âge de 2-3 ans :

- M3 « l'examen du 24^{ème} mois on en parle beaucoup »
- M8 « ça peut être dès 2 ans et demi. »

Puis à partir de l'entrée à l'école primaire :

- M6 « j'aborde beaucoup à partir de 6 ans mais euh je le fais de plus en plus à partir de ... de 3 ans. »
- M11 « donc ça peut être plus tôt du coup hein, vers euh 5-6 ans. »

2.1.2. Délivrer des conseils

a) Quantité de visionnage recommandée et adaptée selon l'âge de l'enfant

❖ Avant 3 ans :

La majorité des médecins interviewés abordant le sujet auprès des tout-petits, fait passer le message « zéro écran avant 3 ans » :

- M2 « les recommandations c'est zéro écran avant 3 ans »
- M4 « Nourrisson je fais passer assez rapidement le message qu'en dessous de 3 ans il faut éviter tout écran »

Certains délivrent des informations spécifiques à cette tranche d'âge.

Des médecins insistent sur **l'importance de l'interaction entre le parent et le nourrisson**, ce que ne permet pas l'interface des écrans :

- M8 « *On ne donne pas le biberon devant la télé et en regardant la télé pendant que le bébé boit et que vous le regardez pas ...* »
- M13 « *un écran y a pas d'échanges, c'est une stimulation qui est unilatérale, l'écran il est, il, il fait sortir son contenu et il s'adapte pas à l'enfant, alors qu'un parent s'adapte à l'humeur de l'enfant, à ... à son envie, à ..., à ses capacités aussi parce que tous les enfants sont pas, sont pas pareils* »

Car un écran est une interface **ne permettant pas le développement des acquisitions** d'un tout-petit :

- M2 « *c'est zéro écran avant 3 ans en leur expliquant que c'est du temps volé pour le ... pour le reste des apprentissages et que c'est pas adapté à leur cerveau d'enfant* »
- M13 « *l'écran ne sait pas s'adapter, un écran ça n'a jamais appris à parler à des enfants ni appris à lire, ni appris à compter* »

Au-delà de 3 ans, l'estimation de la durée d'exposition reste globalement assez difficile à définir pour l'ensemble des médecins interviewés.

Et certains n'ont pas de repères quantitatifs vraiment définis :

- M1 « *Non, non j'ai pas de repères pour ça.* »
- M9 « *Et puis après non j'ai pas ... c'est un petit peu au petit bonheur la chance.* »
- M12 « *j'crois qu'objectivement je suis pas sûr que j'ai des repères très ... ben très carrés dans ma tête en fait* »

❖ De 3 ans à 6 ans :

Deux médecins interrogés ont un repère de temps autour de **30 minutes par jour** d'exposition aux écrans pour un enfant d'environ 3 ans :

- M6 « *euh j'crois que chez un enfant de 3 ans (silence) j'dirai moins de 30 minutes* »
- M10 « *après 3 ans [...] je sais pas peut-être je dirais une demi-heure max dans la journée* »

Certain s'accordent pour dire que les écrans **ne doivent pas être quotidiens** :

- M11 « un enfant de moins de 6 ans il devrait pas être tous les jours sur une tablette »
- M10 « après 3 ans [...] je sais pas peut-être je dirais [...] pas tous les jours. »

Avec un **temps d'exposition fractionné** :

- M6 « vers 3 ans, par exemple euh en fait il a un certain temps de concentration devant la télé, enfin devant un écran, j'crois que c'est vingt minutes [...] effectivement c'est pas utile de faire plus longtemps au niveau des écrans. [...] c'était mieux de fractionner en p'tits morceaux les, le ... ce que regardait l'enfant en fait, en petits morceaux de 10 minutes »

Quelques médecins ont des **repères plus larges, allant jusqu'à 2 heures de visionnage par jour** :

- M13 « Si je vois un enfant de 4 ans qui regarde une demi-heure la télé avant d'aller à l'école et 2 heures le soir après avoir, je trouve c'est trop. Déjà avant l'école : non »
- M5 « à partir du moment où l'activité de télé elle est de plus de 2h en continue par jour euh là on a un problème »

❖ De 6 ans à 12 ans :

Quelques médecins s'accordent autour d'un temps d'exposition variant entre **1 heure et 2 heures par jour** :

- M6 « 6 ans euh ... Fff c'est pas évident j'pense qu'il faut largement moins de 2 heures par jour »
- M8 « sur la durée euh en fonction des jours d'école ou du collège euh si on est à plus de 2h ça me paraît énorme »
- M9 « Quand vous avez fait 1h dans la journée c'est bon quoi »

❖ Chez les adolescents :

Les médecins interrogés n'ont pas réellement exprimé de quantité de visionnage maximale chez la population des adolescents.

D'autres médecins s'accordent sur le fait que quantifier l'exposition aux écrans n'est pas suffisante et vont aborder d'autres conseils développés plus loin.

- M2 « *je fais pas trop par durée c'est plus par type d'écran [...] c'est plutôt sur les moments* »
- M13 « *ya autre chose à prendre en compte que le temps* »

b) Regarder des écrans en fonction du moment de la journée

Les médecins proposent **des moments dans la journée sans écran** :

- M4 « *sur les enfants plus âgés c'est essayer de ... ben toujours de ménager des temps (insiste sur « temps ») dédiés* »

Le temps des repas doit rester un moment familial, sans interférence avec un écran qui diminuerait les échanges :

- M4 « *le fait de pas avoir d'écran pendant qu'on mange* »

La majorité des médecins interrogés rapportent le fait de **ne pas exposer les enfants aux écrans le matin avant d'aller à l'école** :

- M6 « *à 6 ans, si les enfants regardent la télé le matin avant d'aller à l'école, euh ça puise déjà dans leur potentiel de concentration et ça peut jouer sur les résultats scolaires* »
- M3 « *lui mettre déjà le nez devant la télé pendant qu'il boit son petit-déjeuner, c'est les abrutir déjà avant même d'aller à l'école* »

Ils **déconseillent le visionnage des écrans le soir** en expliquant la répercussion sur des troubles de sommeil :

- M10 « *il faut éteindre, couper un petit peu plus tôt et puis euh prendre un livre avant de s'endormir quoi (sourires). Pour éviter de maintenir le cerveau en éveil* »
- M13 « *après le repas le soir, le coucher, l'exposition aux écrans et ce que ça peut avoir comme conséquences euh sur l'amputation sur le temps de sommeil, l'endormissement* »

Et particulièrement **les soirs des jours d'école** :

- M13 « *les jours où y a école je vois pas l'intérêt d'aller faire de la console surtout que si t'as des devoirs* »
- M7 « *Euh les jours d'école : pas, voilà.* »

Ils déconseillent la présence d'**un écran dans la chambre de l'enfant** notamment la télévision :

- M8 « *les écrans dans les chambres ça a pas sa place* »

c) Rester vigilant sur le contenu visionné

Les médecins sensibilisent sur **le risque d'un contenu visuel non adapté à l'âge de l'enfant**.

Que ce soit lors de programmes télévisés tel que le **journal d'information** :

- M6 « *ne pas regarder des choses angoissantes avant de manger le soir, enfin pardon au repas du soir ou avant de se coucher euh notamment les informations, le journal télévisé* »

Ou lors de films pour enfant avec des **scènes** pouvant être **violentes** :

- M3 « *la violence parce que même certains dessins animés sont violents* ».
- M7 « *En gros à 6 ans si il me dit qu'il regarde je sais pas quoi, un truc de manga, euh je vais me dire voilà c'est peut-être pas trop adapté et du coup pouvoir requestionner derrière quoi.* »

Puis pour les adolescents lorsqu'ils **découvrent Internet** avec les dangers que cela peut comporter :

- M2 « *de les mettre aussi en garde pas mal sur Internet sur le fait qui ait des... des possibilités de sites pas du tout adaptés [...] qui peuvent se faire pirater* »

Tels que le risque d'exposition à la **cyber-sexualité** :

- M7 « *on peut être amené euh, un peu plus tard, à aborder des questions aussi de visualisation de films X* »

Ou de **cyberharcèlement** via les réseaux sociaux :

- M11 « je parle aussi beaucoup de la dangerosité des réseaux sociaux parce que ça peut être un gros problème ça »

Ils rappellent que les enfants ont besoins d'être **accompagnés par des adultes dans la découverte des supports numériques** :

- M7 « de 3 à 6 accompagné »
- M7 « de 6 à 9 c'était jamais d'Internet tout seul »

Et rappellent aux parents **leur rôle de surveillance** sur le contenu regardé par leur enfant :

- M7 « faut que ce soit une utilisation encadrée effectivement : savoir ce que regarde votre enfant, euh quel est le dessin animé qu'il est en train de regarder, est-ce que c'est quelque chose qui va être adapté à son âge »
- M11 « euh que ils doivent surveiller exactement ce qui est regardé »

Et l'importance de **ne pas laisser l'enfant décider seul** ce qu'il regarde :

- M2 « sur la télé parce que les enfants qui zappent tous seuls je pense qu'ils peuvent tomber sur des programmes pas adaptés »
- M11 «« voilà que une tablette ne doit pas être à disposition d'un enfant »

Les médecins peuvent être amenés à leur conseiller d'installer un **contrôle parental** ou **d'orienter le choix du programme**.

- M6 « chez les adolescents je leur parle aussi du contrôle parental »
- M7 « si y a des choses par exemple en lien avec ce qu'ils peuvent regarder, travailler à l'école. [...] On peut choisir (insiste sur « choisir »), orienter des choses. »

d) Les écrans, un moment de partage

Les écrans peuvent permettre aux parents et aux enfants de **partager un moment ensemble, en famille** :

- M8 « les écrans c'est plutôt pas tous séparés euh on peut partager des écrans. »
- M13 « ça peut-être un moment de partage à regarder un dessin animé, une vidéo, de jouer »

Certains médecins insistent sur l'importance **d'échanger entre parents et enfants sur le contenu visionné**, permettant de stimuler intellectuellement l'enfant après un moment de passivité devant l'écran.

- M6 « *j'insiste beaucoup sur le fait en fait surtout de partager avec leur enfant sur le contenu de ce qu'il regarde* »
- M7 « *faites-leur raconter parce que qu'ils soient pas non plus passifs [...] Qu'est-ce qui y avait dans son dessin animé ? Qui y ait un intérêt, que ce soit pas juste de l'écran pour de l'écran. Qui y ait un intérêt, ben du coup ça parlait de quoi, y avait quoi comme personnage, quels étaient les noms, comment est-ce que ça se passait* »

e) Pratiquer d'autres activités

Les médecins interrogés **conseillent aux parents de proposer d'autres activités que les écrans** à leurs enfants.

- M2 « *jeux sur tablette et tout là, je les mets aussi en garde sur le fait qu'il faut pas que ce soit les seuls jeux* »
- M13 « *les petits à 9 mois, 1 an, les chansons, euh les comptines euh, ça peut-être quelque chose qui peut être proposée très tôt* »

Ils mettent en valeur l'importance de **pratiquer de l'activité physique** :

- M4 « *Surtout que ça se fasse pas au détriment d'autre chose [...] c'est du temps disponible qui est consacré à ça, alors que ça pourrait être aller jouer dans le jardin ou aller faire de l'activité physique* »
- M10 « *en voulant favoriser l'activité physique et, et essayer d'éviter le temps passé devant la télé* »

Afin de **lutter contre la sédentarité** et ses effets négatifs sur la santé :

- M7 « *y a eu un article là récemment [...] disant que les ados ne bougeaient pas assez et étaient extrêmement sédentaires et qu'on allait vers les catastrophes cardiovasculaires dans les années qui viennent* »

Ils expliquent l'importance **des liens sociaux à préserver**, qui peuvent être délaissés si les écrans ont une place centrale dans la vie de l'enfant :

- M6 « je dirai le fait de, de faire du sport à côté et de, de tisser des liens sociaux euh non pas virtuels mais réels. Ça je le dis assez régulièrement aux ados »
- M12 « faut qu'on limite que tu fasses d'autres choses, que t'aïlles jouer dehors, que t'aïlles voir des copains »

Il leur semble important de **sensibiliser les parents le plus tôt possible** pour intégrer des activités sportives ou de loisirs dans le quotidien de l'enfant :

- M13 « C'est vraiment de la prévention dès que l'enfant est là quoi c'est, c'est euh, c'est les deux trois premières années, même les 18 premiers mois. »
- M7 « qu'effectivement c'est des habitudes qui sont à prendre dès tout petit, c'est effectivement dès tout-petit le samedi et le dimanche ben on sort, on va sortir on va faire un foot, on va au parc, on va faire une balade en forêt, au bord de la mer »

f) Instaurer des limites

Les médecins interrogés s'accordent pour dire que l'utilisation des écrans au domicile doit être **encadrée par les parents, avec instauration de limites** :

- M4 « Après ben derrière c'est comment au niveau familial on arrive à refixer des règles et un cadre et euh c'est surtout ça »
- M13 « Mais à un moment c'est stop quoi [...] c'est toujours une question de, de limite, de frontières de, de, d'utilisation »

Ce cadre peut être mis en place après **discussion avec l'enfant** afin d'obtenir son adhésion :

- M7 « ok on fait un temps d'écran, on définit un cadre : ben t'auras le droit à 2 épisodes, ou t'auras droit à 1h ou à un temps »
- M11 « je conseille de limiter un temps d'écran qui soit convenu entre les parents et l'enfant surtout quand c'est des ados parce sinon ça tourne au conflit »

g) Eviter les pratiques extrêmes

Suite à l'ensemble des conseils donnés pour limiter une surexposition aux écrans, les médecins rappellent qu'il **n'est pas question d'éviter totalement les écrans**.

Certains parents suppriment complètement les écrans de l'environnement de leur enfant, devenant une **pratique extrême pouvant desservir l'enfant** dans son apprentissage de l'outil numérique et dans son intégration au sein de la société actuelle :

- M12 « *il faut aussi que les enfants ils vivent dans leur milieu et dans la société de 2021 où tout le monde est sur les écrans et les réseaux sociaux. Donc faut limiter, faut pas leur interdire complètement sinon après sont des gamins qui vivent en dehors de leur, de leur groupe* »
- M2 « *c'est d'autoriser les écrans dans certaines familles ou c'est à l'inverse trop strict avec des risques du coup de mésusage euh le jour où les enfants prendront de l'autonomie* »

L'important est **d'intégrer les écrans dans son quotidien**, trouver un juste milieu entre la surexposition et l'absence totale de visionnage :

- M7 « *on peut choisir soit de diaboliser, soit de l'intégrer. Et euh le diaboliser c'est 'fin, c'est pas non plus bien.* »
- M2 « *d'essayer de trouver du ... un juste milieu pour pas être dans l'excès ni dans .. ni dans l'excès inverse quoi* »

2.1.3. Retours du public

La majorité des médecins généralistes s'accordent pour dire que **les parents sont plutôt ouverts** à la discussion autour de l'exposition de leur enfant aux écrans:

- M5 « *en consultation les parents sont pas dans le refus* »
- M11 « *en général ils acceptent les conseils* »

Lors de la consultation ils sont souvent **satisfaits** que le médecin, avec **le poids de la parole d'un professionnel de santé**, aborde le sujet :

- *M2 « souvent les parents sont plutôt attentifs et ils sont souvent contents qu'un autre adulte aborde la question devant leur enfant »*
- *M4 « c'est la même chose que pour le poids ils se tournent vers l'enfant et ils regardent et disent : « Tu vois ! » Parce que en fait y a déjà eu cette question au sein de la famille [...] ils regardent l'enfant et le fait d'avoir la parole d'un soignant j'pense que ça pèse peut-être un peu plus »*

Les parents actuels sont probablement une population **davantage sensibilisée** puisque directement utilisatrice des écrans :

- *M3 « je pense que les parents ils y sont sensibilisés maintenant »*
- *M10 « ça leur paraît complètement cohérent quand on leur parle de ça quoi ils comprennent bien que, que c'est un problème. »*

Des médecins ont remarqué que **leurs conseils pouvaient ne pas être mis en application** :

- *M7 « donc conseils généraux oui, je les donne, oui j'ai l'impression qu'ils l'entendent, oui ils sont d'accord mais non ils l'appliquent pas »*
- *M11 « Mais bon après on ne peut que conseiller, c'est pas toujours suivi. »*

Possiblement dû **aux difficultés de modification d'habitudes familiales** que cela implique :

- *M11 « Des fois ils vont dire que c'est pas possible parce que ils arrivent pas à dire non à leur enfant »*
- *M10 « ils comprennent et ils le savent plus ou moins, après c'est plus la mise en application j'pense au quotidien qui est pas toujours facile à mettre en œuvre pour eux »*

Pour une minorité de médecins interrogés, ils peuvent **se heurter à des parents peu réceptifs** au sujet :

- *M8 « c'est pas toujours bien reçu, de pointer ... ça »*

Ou se heurter à des enfants plus âgés pouvant **reprocher au médecin de prendre le parti des parents** :

- *M8 « soit je prends le parti des parents et les parents disent : « Ah ben t'as vu ce que je t'avais dit ! » ce qui fait que c'est ... ma parole n'est plus crédible du tout puisque forcément j'ai dit comme les parents donc euh en fonction de l'âge c'est plus audible hein »*
- *M2 « après avec les ados c'est en en parlant euh surtout avec eux ça m'arrive souvent finalement j'trouve de prendre un peu le contre-pied des parents, parce que sinon ça marche pas j'trouve »*

2.2. Recommandations

2.2.1. Connaissances des recommandations

Les médecins généralistes interviewés ont un niveau différent de connaissances des recommandations existantes.

La quasi-totalité des médecins ont cité **la règle des « zéro écrans avant 3 ans »** :

- *M1 « J'ai la phrase toute faite qui dit : pas d'écrans avant 3 ans. »*

Plus de la moitié des médecins ont connaissance de la **règle des 3-6-9-12 de Serge Tisseron**.

Mais ne sont pas pour autant capables de l'expliquer clairement :

- *M6 « je la connais pas si bien que ça la 3-6-9-12 je la connais, en fait je suis obligé de m'y référer à chaque fois je, j'suis obligé d'aller regarder sur Internet de qui est dit un petit peu »*
- *M11 « y a des règles là qui existent sur les temps d'écran, alors normalement c'est les temps ... enfin je sais même plus les chiffres [...] c'est 3 6 9 en fonction de ... je me rappelle plus »*

Presque la moitié des médecins **ne peut pas citer d'autre recommandations** lorsqu'on leur demande.

- *M1 « Non, on m'en a certainement raconté pleins de choses [...] Que j'ai pas retenu »*
- *M6 « je sais qui y a d'autres recommandations mais Fff je les ai pas forcément en tête là »*

Deux médecins ont cité la règle des « **4 Pas** » de **Sabine Duflo** :

- M4 « Quatre temps sans écrans »
- M7 « Ben y avait les « Quatre Pas »

Un médecin a cité **la règle des 20-20-20 pour lutter contre la fatigue visuelle** :

- M6 « *j'ai une recommandation des orthoptistes ça c'est plus pour les, ça peut marcher pour les ados, euh pour éviter de fatiguer visuellement, c'est la règle des 20-20-20 euh ouai euh c'est-à-dire euh toutes les vingt minutes on regarde à vingt mètres pendant vingt secondes* »

2.2.2. Utilisation des recommandations en consultation

Il nous a semblé intéressant de rechercher les manières d'utilisation des recommandations en consultation par les médecins.

Certains médecins utilisent les supports disponibles **en ligne** notamment la brochure présente sur le site de Serge Tisseron qu'ils peuvent imprimer :

- M2 « *je leur transmets la brochure que j'imprime en fait, que j'ai imprimé sur le site [...] je l'explique et je leur donne après* »
- M6 « *moi je me sers beaucoup d'Internet dans ces cas-là. Euh notamment du, la règle des 3-6-9-12. Donc en l'occurrence euh (rires) je prends le chiffre qui m'intéresse et j'adapte à l'âge de mon patient* »

Peu de médecins ont des **supports papiers** à disposition dans leur cabinet médical :

- M4 « *je dois avoir l'affiche collée derrière mon bureau des « Quatre temps sans écrans »* »
- M5 « *je le laisse à disposition* » (le flyer)

La plupart des médecins échangent sur le sujet **sans support particulier** :

- M11 « *utiliser un support déjà tout prêt je m'en sers pas [...] je préfère dire, noter, je sais pas j'ai l'impression que ça a peut-être plus d'impact* »

- M8 « On va plutôt échanger de façon informelle et je vais pas avoir d'outils spéciaux pour ça. »
- M13 « 3 6 9, alors je leur dis très clairement quelle est la règle, quelles peuvent être les conséquences si y a un usage excessif et ce qu'attend l'enfant en fonction de l'âge »

2.3. Formations

2.3.1. Types de formations réalisés

Nous nous sommes intéressées aux différents supports de formations utilisés par les médecins généralistes pour se former sur le thème de l'exposition aux écrans chez les enfants.

Moins de la moitié des médecins interrogés ont réalisé une **formation en présentiel** sur le sujet. Organisée dans le cadre d'une **formation DPC ou d'une FAF** :

- M2 « Dans le cadre d'une FMC de DPC formation indemnisée de 2 jours »
- M4 « j'avais participé à une session MGForm, (se racle la gorge) une journée de formation, une formation FAF »

Deux médecins ont bénéficié de formations délivrées par **des médecins experts** :

- M6 « j'ai été à une euh, une conférence l'année dernière sur euh les écrans. Euh ... voilà c'était avec un psychiatre addictologue [...] c'est une formation organisée euh pour la maison de santé »
- M12 « c'est abordé hein quand on fait des, on fait des formations avec des pédiatres sur les troubles de l'apprentissages, les troubles dys »

Un médecin a réalisé une **formation en ligne** de pédiatrie abordant le sujet.

- M6 « récemment j'ai fait une formation DPC en ligne, donc Développement Personnel Continu en ligne, euh pour les examens pédiatriques [...] c'était une DPC mais c'était pas sur les écrans c'était sur le développement du nourrisson donc y avait une partie sur les écrans »

Un médecin a abordé le sujet au sein de son **groupe de pairs** :

- *M7 « au sein de mon groupe qualité on fait un thème au mois de janvier 2021 sur justement l'utilisation des écrans »*

Un médecin ayant fait le **DU de Médecine préventive de l'enfant** il y a moins de 10 ans a expliqué de pas avoir eu de cours sur ce thème.

- *M13 « Pendant mon DU de médecine préventive (de l'enfant) ça n'a jamais été abordé. Ça fait 8 ans, 9 ans, ça n'a pas été abordé. »*

Moins de la moitié des médecins ont lu des articles dans des **revues médicales ou des livres** :

- *M4 « j'ai lu un ou deux bouquins de Serge Tisseron »*
- *M6 « j'allais voir la revue du praticien par exemple hein y a des articles dessus je crois »*
- *M13 « Médecine et enfance, j'ai vu passer des trucs parce que je suis abonné »*

Deux médecins avaient été sensibilisés par un thésard de leur entourage réalisant **une thèse** sur le thème des enfants et des écrans.

- *M11 « je m'étais aussi appuyée aussi ben voilà sur la thèse de mon ancien interne là qui avait aussi travaillé sur cette question-là »*
- *M13 « Johan Poulain qui faisait sa thèse, on en avait discuté [...] ça a dû bien me sensibiliser à la chose »*

Et une minorité de médecins avaient effectué des **recherches personnelles sur Internet, via des sites grand public ou des recommandations** :

- *M4 « Je suis allé me renseigner un petit peu sur les sites des campagnes »*
- *M6 « je vais peut-être aussi aller voir des choses grand-public hein tout simplement sur Internet sans forcément euh aller sur des sites spécialisés »*

Deux médecins travaillant **en MSP expliquent l'avantage de pouvoir s'appuyer sur des collègues paramédicaux** souvent plus formés que les médecins généralistes sur le sujet.

- *M6 « si vraiment je me pose des questions je pourrais toujours demander à l'orthophoniste de la maison de santé (rires) »*

- *M7 « mon infirmière Asalée [...] je l'ai vu l'autre jour regarder un bouquin là-dessus donc je pense que euh voilà elle m'avait dit qu'elle m'en passerait quelques-uns justement pour me former là-dessus »*

Un médecin trouve que son travail de vacataire **en PMI** lui permet d'être plus sensibilisé au sujet :

- *M13 « Ben j'pense que la pratique régulière de PMI ça m'a sensibilisé au truc. »*

Un médecin avait contacté et utilisé les outils de l'**IREPS** du 44 pour organiser une action au sein de sa MSP.

- *M4 « l'IREPS qui a mis en place des outils au niveau de la région Pays de la Loire sur l'exposition aux écrans »*

2.3.2. Place de leur expérience personnelle

Certains médecins utilisent **leur propre expérience personnelle** pour délivrer des repères et des conseils :

- *M5 « on va dire dans l'expérience, sinon j'ai aucun autre moyen de savoir si c'est important ou pas, à part dans l'évocation un peu logique de leurs habitudes »*
- *M1 « Je connais pas plus que ça c'est jute une expérience personnelle et familiale. »*

Certains ont été confrontés à la question de la place des écrans chez les enfants lorsqu'ils **sont eux-mêmes devenus parents** :

- *M9 « moi j'ai découvert sur le terrain en étant maman moi-même »*
- *M7 « je me rends bien compte que moi mon petit 2^{ème}, le 1^{er} avait été moins exposé mais forcément le 2^{ème} est exposé beaucoup plus tôt. »*

Et d'autres médecins se basent sur leur consommation personnelle, de jeux-vidéos par exemple :

- *M6 « moi aussi j'ai été un ado et du coup j'parle un petit peu de quels jeux vidéo, à quels jeux vidéo tu joues ? euh si c'est Call Of Duty je connais un petit peu ça me permet de ... un petit peu de de tisser un lien sur euh pour parler un petit peu plus avec eux »*

- *M13 « moi j'adore ça les jeux-vidéos et avec mon fils je joue »*

2.3.3. Evolution des pratiques après formation

Après avoir réalisé une formation sur les enfants et les écrans, les médecins ont pu constater une modification de leurs pratiques.

La plupart des médecins remarquent qu'ils **abordent davantage le sujet** :

- *M2 « je suis devenue beaucoup plus systématique »*
- *M6 « la formation DPC ça m'a un petit peu relancé pour en parler euh en consultation tout simplement »*

Et que cela a pu leur permettre d'**être plus à l'aise** pour en parler :

- *M4 « être plus à l'aise avec les discussions avec les parents sur cette question-là »*

La formation leur a permis d'avoir des **bases théoriques plus précises** :

- *M6 « ça disait que c'était mieux de fractionner en p'tits morceaux les, le ... ce que regardait l'enfant en fait, en petits morceaux de 10 minutes »*
- *M6 « cette formation m'a rappelé aussi qu'à 6 ans, si les enfants regardent la télé le matin avant d'aller à l'école, euh ça puise déjà dans leur potentiel de concentration et ça peut jouer sur les résultats scolaires »*
- *M4 « et puis d'avoir des repères un peu plus clairs à apporter aux parents »*

Et de connaître des **outils** à utiliser en consultation :

- *M2 « ça m'a donné des outils [...] plus concrets à remettre au patient plus en fonction des âges aussi. »*
- *M2 « suite à la formation on avait pas mal de sites internet pour parler des écrans »*

Pour certains, le fait d'avoir été sensibilisés au sujet par une formation ou suite à notre entretien de thèse leur a permis de **se questionner sur leur propre pratique** :

- *M10 « suite à l'entretien je vais me renseigner un peu sur le sujet et puis j'pense que quand on est informé j'pense qu'on y pense plus facilement »*

- *M13 « Ben tu vois le fait que tu m'en parles et que tu m'interroges là-dessus dans le cadre de ta thèse, c'est vrai que ça me permettrait peut-être de changer mes pratiques »*

2.3.4. Types de formations souhaités

Nous avons également questionné les médecins sur le type de formations qu'ils souhaiteraient bénéficier sur le thème des enfants et des écrans.

La majorité des médecins interrogés trouve qu'une formation de **format FAF de courte durée d'environ deux heures** conviendrait bien à ce sujet :

- *M7 « si y a un FAF ou des choses comme ça, ça c'est des formats qui me semblent très adaptés sur ce genre de, de thématique »*

Un médecin installé en structure d'exercice coordonné a mis en avant la possibilité de proposer une formation sur ce sujet aux professionnels de la structure par le biais d'un **professionnel extérieur**.

- *M8 « qu'on a donc euh un USP CLAP hein et donc y a des sujets, on a pas fait celui-là [...] il serait intéressant dans l'USP CLAP d'avoir des, des intervenants extérieurs »*

Un médecin préfère s'informer par des **textes courts qu'il reçoit par email**.

- *M5 « le seul moyen d'information que j'ai c'est par euh par « brèves », par euh courtes vidéos internet que je vois sur mon fil d'actualité »*

Une minorité de médecins ne se sont pas montrés réceptifs à l'importance d'une formation sur ce thème.

- *M8 « en formation professionnelle sur ce sujet non »*
- *M9 « Et c'est vrai quand je vois le thème les enfants et les écrans j'me dis : ffff ça va être que du blabla pendant 2h ou 3h hum j'avoue que ça me branche pas plus que ça »*
- *M6 « pourquoi pas faire une formation sur euh les écrans même si ça sera pas forcément une formation prioritaire »*

Il a été relevé l'absence de notions sur le sujet développées pendant les **études de médecine**.

- M6 « *c'est pas quelque chose qui est très abordé à la faculté de médecine déjà* »
- M10 « *Y a pas de cours spécifiques là-dessus non [...] Ça manque peut-être* »

Ou lors des **stages pendant l'internat**, que ce soit en stage de pédiatrie ou en stage chez le praticien :

- M1 « *pendant l'internat aborder le sujet [...] pendant le stage de pédiatrie [...] ça rentre dans les addictions [...] donc ça peut être aussi être abordé pendant le cours sur ce sujet-là* »
- M10 « *c'est plus en stage effectivement qu'on peut avoir à aborder le sujet soit en stage en libéral ou peut-être en pédiatrie aussi* »

2.4. Outils

2.4.1. Outils utilisés par les médecins généralistes

Cette thèse nous a permis d'explorer les outils utilisés par les médecins lors de consultations sur le thème des enfants et des écrans.

a) Différents supports

Une minorité de médecins utilise un format papier via des **brochures ou flyers** qui peuvent être délivrés pendant la consultation.

- M2 « *je m'appuis beaucoup sur les schémas du 3-6-9-12, je conseille le site internet aux parents [...] je leur transmets la brochure que j'imprime en fait* »
- M5 « *y a des petits flyers euh d'exposition aux écrans* »

Ou via des **affiches** présentes dans leur cabinet :

- M4 « *je dois avoir l'affiche collée derrière mon bureau des « Quatre temps sans écrans »* »

Une minorité de médecins s'aide d'**Internet**. Des sites internet peuvent être conseillés tels que 3-6-9-12.org ou filmspourenfants.net :

- *M2 « je m'appuie beaucoup sur les schémas du 3-6-9-12, je conseille le site internet aux parents »*
- *M2 « je leur donne le nom d'un site internet qui répertorie les dessins animés en fonction de l'âge des enfants et avec les points négatifs et positifs »*

Un médecin propose aux enfants d'écouter une **chanson** d'un chanteur actuel qui parle de notre utilisation du téléphone (il s'agit du chanteur Soprano et du titre « Mon précieux »).

- *M2 « le chanteur là pour les ados j'aime bien cette chanson du téléphone »*

Deux médecins ont mentionné la possibilité d'utiliser des **fonctionnalités de leur logiciel** de consultation : formater une petite case pour ne pas oublier d'aborder le sujet.

- *M4 « sur Weda on peut créer un calque consultation pédiatrique standard et mettre la petite case « écran » »*
- *M5 « une petite case à rajouter »*

b) Travail avec d'autres professionnels

Les médecins ont mentionné plusieurs professionnels avec qui ils travaillent en coordination pour accompagner les familles et les enfants.

L'**infirmière Asalée** est mentionnée comme une interlocutrice privilégiée, elle peut notamment être sollicitée pour aborder le lien entre le surpoids et les écrans.

- *M5 « Là l'infirmière Asalée a tout son intérêt, c'est-à-dire que elle permet de ... de cerner avec ... de façon clairvoyante la complexité des situations. »*
- *M7 « avec mon infirmière Asalée parce que elle, enfin dans la prise en charge de l'obésité forcément elle y est confrontée »*

L'**orthophoniste** peut aussi être amené à être un interlocuteur en faisant le lien entre retard de langage et surexposition aux écrans.

- *M4 « on travaille beaucoup avec l'orthophoniste aussi de la maison de santé là-dessus »*

Un médecin interpelle une **éducatrice libérale** pour prendre le relais lorsque la situation est plus complexe.

- M2 « *l'éduc spé en libéral là qui travaille sur Les sables, ça j'ai le recours facile.* »

Un médecin a proposé d'adresser ses patients au **pédiatre**.

- M10 « *ça dépend des répercussions. Si vraiment c'est important ça peut-être le pédiatre [...] savoir si ils ont un réseau par rapport à ça* »

Lorsque la surexposition aux écrans entraîne des répercussions d'ordre psychologique, des médecins orientent leur patient vers des **psychologues ou psychiatres ou en Centre Médico-Psychologique** :

- M9 « *c'est plus les problèmes relationnels parents-enfants où là oui tu peux envoyer effectivement soit au CMP fin à Jean Itard, soit vers un psychologue* »
- M8 « *y a euh des consultations de psychiatrie* »

Lorsqu'une suspicion d'addiction aux écrans est décelée, deux médecins peuvent avoir recours à des **centres d'addictologie**.

- M7 « *ça peut arriver dans, dans, d'avoir besoin d'addicto, Centre Barbara à Nantes euh à l'AMPA.* »
- M11 « *on a un CSAPA à côté* »

Pour un médecin la **Maison Des Adolescents** peut être un lieu approprié.

- M8 « *y a le centre pour ado* »

Un médecin a remarqué que sa place de médecin de famille pouvait aller à l'encontre d'une relation de confiance entre l'adolescent et le médecin car il persiste une peur de trahison du secret médical de la part de l'adolescent. Il propose de **l'orienter à un confrère qui ne suit pas ses parents**.

- M8 « *parfois ce qui est bien c'est euh j'envoie à une de mes collègues, c'est-à-dire c'est pas le médecin de leur parent* »

c) Travail avec l'école

Moins de la moitié des médecins ont mentionné l'école comme un relais potentiel pour sensibiliser les enfants à l'usage des écrans.

- M8 « par exemple par l'éducation nationale je suppose que y a du soutien de fait »

Certains proposent de réaliser directement des **interventions de prévention au sein des écoles** :

- M1 « des interventions à l'école »
- M4 « pourquoi pas faire une ... des groupes de parents, faire je sais pas, travailler avec les écoles »
- M4 « développer peut-être plus d'actions de prévention au niveau de la maison de santé, des écoles du quartier, auprès des parents »

Ou réaliser des **concertations** ciblées sur le cas d'un enfant en difficulté entre l'équipe enseignante et le médecin :

- M8 « téléphoner à l'école en disant : nanana, j'aimerais bien faire une concertation »

Un médecin a mis en avant l'absence d'interlocuteur médical au sein des écoles dû au manque de médecins scolaires, ce qui peut freiner la prise en charge de l'enfant.

- M8 « après est-ce que le médecin scolaire : ah ben y en a pas depuis 2 ans de médecin scolaire »

Deux médecins avaient déjà organisé des interventions auprès d'école de leur quartier :

- M2 « j'avais organisé à l'école une rencontre avec un pédiatre » (qui n'a pas pu avoir lieu à cause du covid)
- M4 « l'an dernier on avait fait une intervention dans une école, qui nous avait sollicité sur cette question-là [...] une soirée d'échange avec les parents sur la question des écrans »

2.4.2. Outils souhaités pour améliorer leur pratique

a) Format papier

Les médecins sont demandeurs d'avoir à disposition des supports papiers en consultation. Que ce soit sous forme **d'affiche, de flyer, de fascicule, de livre**. A la fois **pour les parents et les enfants** :

- M1 « *Pour les enfants oui après peut-être la même chose mais format adulte pour que les parents savent de quoi on parle, mais oui plutôt sur un format papier* »
- M7 « *On avait réfléchi au cabinet, à euh, à mettre justement une affiche. Euh en salle d'attente* »

Pour qu'ils puissent avoir un support d'échange avec les parents ou les enfants avec des messages clés à délivrer qui leur serve de **guide** en consultation.

- M3 « *un outil papier que je puisse faire voir aux parents* »
- M6 « *'fin quelque chose qui récapitule un petit peu tout ce qu'on doit savoir pour euh dire aux enfants [...]si possible non sponsorisé par un laboratoire ou un (rires) ou alors qui ait pas de conflits d'intérêts* »
- M9 « *le bon usage des écrans pour les maternelles. Après la même chose pour l'école primaire [...] un petit guide* »

b) Internet

D'autres médecins sont demandeurs de **sites internet** répertoriant des outils utilisables par les médecins généralistes ou des sites destinés aux patients qu'ils puissent montrer en consultation :

- M2 « *un site internet un peu genre kit médical tout ça avec tous les outils en fait pédagogiques qu'on peut avoir à transmettre aux parents* »
- M3 « *un petit truc à leur passer sur l'ordi* »
- M3 « *les statistiques ou quelque chose que je puisse faire voir aux parents et dire : voilà regardez, où faire voir les résultats d'une étude* »
- M9 « *et puis les sites consultables éventuellement pour eux* »

c) Campagnes de prévention

Deux médecins ont relevé le manque de **campagnes nationales de prévention** sur ce sujet, qui pourraient être relayées par les médias grand public par exemple.

- M9 « y a pas beaucoup de communication euh, euh au niveau des médias tout venant quoi pour dire euh le temps de consommation d'écrans ce serait bien si ça pouvait ... tu vois comme on peut dire 5 fruits et légumes par jour »
- M12 « des campagnes de prévention aussi peut-être qui passent par la télévision ou par des émissions aussi [...] ben ils pourraient peut-être aussi apprendre à faire plus attention à comment on gère les écrans vis-à-vis des enfants »

d) Travail coordonné pluriprofessionnel

Des médecins ont insisté sur l'importance d'un **travail coordonné avec d'autres professionnels** qui sont aussi impliqués dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants. Les médecins installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire sont particulièrement investis dans cette démarche.

- M4 « protocoliser avec euh sous forme d'exercice coordonné pour que y ait un professionnel qui ait vraiment le temps pour pouvoir prendre un temps avec les parents »
- M13 « on est pas nous seuls médecins euh, euh à être impliqués là-dedans. Ça va des parents, l'assistance maternelle, euh nous les professionnels de santé, les psychologues et les puéricultrices, l'orthophoniste et psychomotriciennes. »

Un médecin propose qu'un **protocole soit élaboré avec les infirmières Asalée** pour faciliter la prise en charge des enfants surexposés aux écrans et de leurs répercussions.

- M4 « Je pense qu'un protocole sur l'exposition aux écrans avec l'infirmière Asalée pourrait être intéressant, j crois que c'est dans les tuyaux au niveau national »

e) Questionnaire

Des médecins ont exprimé leur souhait de disposer d'un **questionnaire utilisable en consultation** leur permettant de les orienter pour déceler une consommation d'écran à risque de mésusage.

- M7 « la création peut-être d'un, d'un questionnaire 5 à 10 questions max, euh pour faire un petit débrouillage de la situation et du coup pouvoir dire : « Ah y a problème ou y a pas problème » »
- M9 « des questionnaires types pour déceler euh, pour déceler ben le mésusage »
- M13 « un espèce de score pour définir si, si l'usage est réellement excessif, en fonction de l'âge, en fonction du type de support d'écran utilisé »

Un médecin a évoqué la forme d'**auto-questionnaire** à remplir par l'enfant chez lui avant le rendez-vous pour s'appuyer dessus en consultation.

- M7 « anticiper avec les questionnaires, les auto-questionnaires euh pour pouvoir avoir une base sur laquelle on peut travailler, c'est-à-dire leur imprimer, ils le font tranquillement chez eux et après ils viennent avec ça et on discute à partir de ça »

f) Consultation dédiée

En pratique le sujet des écrans est rarement un motif de consultation amené par les patients. A part chez les adolescents où la problématique peut prendre plus d'importance.

- M9 « après la demande elle vient que si tu poses les questions »
- M7 « on s'est fait la réflexion, le fait que ça ne, n'était pas un motif de consultation à part entière. Ou alors ça pouvait l'être mais chez l'ado quand y avait vraiment un gros problème d'addiction aux jeux vidéo »

Pour approfondir la problématique des écrans, des médecins ont proposé la possibilité d'une **consultation dédiée à ce sujet**.

- M3 « ça peut faire l'objet d'une consultation après »
- M4 « ou alors faut reconvoquer spécifiquement le patient sur ça »

Qui peut être prévue directement avec l'adolescent concerné :

- M7 « Et développer une consultation peut-être avec l'adolescent »

Ou alors en reconvoquant les parents seuls, sans les enfants, lors de ces consultations.

- M8 « j'peux faire des concertations avec les parents [...] je leur propose de revenir eux tout seuls sans l'enfant »

Un médecin propose l'idée de **le mentionner directement en salle d'attente** pour que les patients comprennent que c'est un sujet de discussion possible en consultation.

- *M7 « qu'il faut déclencher aussi euh ce, ce besoin d'en parler donc d'où l'idée de mettre quand même une affiche en salle d'attente en mettant pourquoi pas euh : on peut en discuter autour d'un rdv dédié. »*

Cette consultation dédiée se justifie car la problématique des écrans touche à des thèmes multiples avec de nombreuses répercussions à explorer afin de **trouver une solution adaptée** à l'enfant et à sa famille.

- *M7 « après j'pense qui faudrait vraiment en fait y passer une consultation à part entière parce qu'en fait y a tellement de questions et de champs à investir, enfin à, à explorer [...] il faudrait voir ce qui est adapté dans leur (insiste sur « leur ») situation »*

Cela peut se rapprocher des **techniques d'éducation thérapeutique** déjà utilisées en médecine générale pour d'autres sujets de prévention.

- *M7 « c'est vraiment sur la dynamique de l'éducation thérapeutique avec un entretien motivationnel »*

2.5. Freins

Nous avons cherché à comprendre ce qui freinait les médecins généralistes à aborder et à développer le sujet de l'exposition des écrans par les enfants en consultation.

2.5.1. Manque d'expérience professionnelle et personnelle

Une minorité de médecins a évoqué un possible **manque d'expérience professionnelle**, justifié par leur jeune âge ou une installation récente.

- *M1 « est-ce que c'est parce que j'ai un manque d'expérience [...] parce que je suis installé depuis pas très longtemps, ça fait 3 ans que je suis là »*
- *M5 « alors peut-être parce que je ... j'suis jeune par rapport à mon expérience »*

Un médecin pense qu'un **manque d'expérience personnelle** lié au fait qu'il **n'est pas parent lui-même** peut jouer en sa défaveur et le faire se sentir moins légitime face aux parents.

- *M4 « c'est compliqué de pas être jugeant et d'autant plus que moi j'ai pas d'enfant donc euh aller juger les parents alors que j'ai même pas moi-même l'expérience c'est pas forcément évident »*

2.5.2. Initier le dialogue

Pour une minorité de médecins la difficulté réside dans le fait d'aborder la question en consultation.

Soit parce que le médecin **ne sait pas comment aborder le sujet**,

- *M1 « parce que je sais pas comment aborder le sujet »*

Soit **par crainte** d'aborder ce sujet. Un médecin peut dire qu'il trouve que ce sujet amène à des discussions qui ne le regarderaient pas.

- *M10 « j'ai un peu peur de ce genre de question (rires) »*
- *M1 : « Je ne me permets pas... je ne veux pas avoir l'air de me mêler de ce qui ne me regarde pas »*

2.5.3. Sujet non prioritaire

Les médecins mettent en avant le fait que les thématiques à aborder en consultation sont déjà multiples. C'est un sujet mis de côté volontairement en consultation car jugé **non prioritaire** devant d'autres sujets plus importants. Les plaintes multiples favorisent aussi l'**oubli involontaire** d'aborder le sujet.

- *M12 « les consultations euh qui sont, dont les thématiques à aborder sont multiples et ben [...] c'est des choses qui des fois passent à l'as et qu'on met pas en fait en priorité. »*
- *M13 « Et puis ben ce qui passe en dernier c'est quoi ben c'est l'écran, puis tu n'abordes pas forcément le sujet »*
- *M5 « j'suis sur de la gériatrie, j'suis sur du diabète et euh en termes de, de y a tellement de recommandations à avoir [...] j'ai on va dire 70% à 80% de ma patientèle qui a aussi un problème de santé publique. Faut, faut A un moment faut sélectionner. »*

2.5.4. Manque d'automatisme

La moitié des médecins ont remarqué qu'ils n'intégraient pas cette question parmi les thèmes qu'ils abordent déjà. Ils n'ont pas pris l'habitude de poser la question en consultation.

- M9 « *ça fait pas partie de mon interrogatoire. [...] Je vais pas à la recherche d'informations. »*
- M12 « *j'ai pas pris suffisamment l'habitude de poser la question »*
- M13 « *à chaque fois que je vois un enfant quel que soit l'âge, j'ai pas forcément le réflexe d'aborder ce sujet-là »*

C'est un réel changement de pratique à faire lors de leur interrogatoire, ce qui demande un travail d'adaptation.

- M5 « *faudrait que je vois comment je peux l'adapter dans ma consultation »*
- M7 « *je pense aujourd'hui que ma façon de faire va certainement évoluer. »*

2.5.5. Manque de temps

Plus de la moitié des médecins s'accordent pour dire que **les consultations sont déjà denses** et que le temps peut manquer pour évoquer ce sujet en consultation.

- M4 « *là pour le coup je pense que nous en consultation de médecine générale on a pas non plus le temps de trop fouiller là-dessus »*
- M5 « *la consultation obligatoire par rapport aux enfants j'trouve que les petits on a déjà pas mal de choses à voir c'est des choses que j'ai pas forcément le temps d'explorer »*
- M11 « *j pense que je m'intéresserais plus au sujet ou pour l'approfondir si j'avais plus de temps pour l'aborder euh régulièrement »*

Le temps peut leur manquer aussi **pour se former** sur le sujet.

- M6 « *ben c'est vrai que faudrait que j'pense que j'prenne le temps vraiment de m'y pencher »*
- M5 « *J'ai pas le temps de me former »*

2.5.6. Manque de connaissances

Certains verbatims indiquent que des médecins ont un **manque de formation, de connaissances théoriques** sur le sujet, ce qui peut les limiter dans la prise en charge.

- M5 « *J'ai rien mis en place parce que effectivement manque de formation* »
- M9 « *Et après quels sont les dégâts réels ? Ben oui si y a eu des études de faites c'est intéressant pour savoir quels voilà vers quoi on s'expose si on y passe trop de temps* »

Et un manque de connaissance des **intervenants et interlocuteurs** qui peuvent-être sollicités.

- M8 « *c'est vrai que je connais à mon avis pas assez les soutiens mis en place* »
- M5 « *c'est intéressant de poser systématiquement, est-ce que l'utilité de mettre cette case, est-ce que on a les moyens pour mettre ... mettre en place quelque chose après ? J'suis pas sûr.* »

2.5.7. Sujet d'éducation

Comme le sujet des écrans aborde une dimension éducative, certains médecins craignent que leurs propos soient perçus comme **jugeant ou intrusifs** par les familles.

- M1 « *ou parce que je ne veux pas euh avoir l'air de, de comment dire euh de me mêler de ce qui me regarde pas* »
- M7 « *j'aurais dû dire quelque chose euh et en même temps je me suis pas sentie ... euh 'fin ... ça aurait été jugeant pour le coup* »
- M13 « *tout ce qui est abord des habitudes éducatives c'est toujours compliqué à aborder parce que j'estime ne pas avoir euh ... (pause) comment dire ... les habitudes à la maison ça me concerne pas* »

2.5.8. Consultations pédiatriques difficiles

Une minorité de médecin explique qu'ils peuvent tolérer que l'enfant soit sur le téléphone des parents lors de la consultation **pour en faciliter** le déroulement.

- M1 « *Et puis ça peut être aussi parce que voilà ya les autres, je dois m'occuper de la soeur et y a le petit-frère faut le tenir tranquille et donc papa maman donne le téléphone pour qu'il fasse pas euh le chantier dans le cabinet* »

- M10 « c'est des consultations un peu compliquées, c'est la solution de facilité et euh on a beau penser un moment donné se dire que c'est pas terrible, ça peut aider (rires). »

2.5.9. Milieu familial

La majorité des médecins ont expliqué qu'ils se heurtent à la **dynamique familiale**, à **l'organisation familiale** lorsqu'ils apportent leurs conseils.

- M4 « le problème il est plus large que les écrans c'est souvent l'organisation familiale en fait qui pose souci »
- M7 « Les écrans, et c'est je pense pour ça aussi que les parents nous en parlent pas beaucoup, pose une question non pas sur les enfants et l'éducation mais sur la structuration même de la famille »
- M5 « le refus il est plutôt dans, dans la complexité de, de l'imprégnation de l'écran dans la famille plus que chez l'enfant. »
- M7 « je pense qu'il faudrait voir ce qui est adapté dans leur (insiste sur « leur ») situation [...] on a pas tous une dynamique familiale identique »

Ils se heurtent aussi à la **pratique personnelle des parents** face aux écrans, souvent excessive, ce qui freine l'impact et la mise en place des conseils délivrés pour leurs enfants.

- M5 « On est sur une addiction comportementale autant de la part des enfants que les, que les parents »
- M7 « y a une pluralité de, de ... d'affects qui sont en lien avec ça et même chez les parents j'pense que la problématique et pas ... souvent pas réglée »
- M9 « je sais pas en tant que parent comment on peut remettre en question l'usage qu'à l'enfant si soi-même on a pas vu ... on a pas vu le danger à y passer beaucoup de temps quoi »

La présence d'**une fratrie** avec des enfants d'âges différents pose d'autres problématiques pour limiter l'exposition des plus jeunes.

- M4 « Puis la difficulté aussi c'est quand y a des, des fratries, avec des enfants un peu plus âgés »

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude (méthode, population)

1.1. Forces

Notre échantillon a été construit en recherche de variation maximale. Il présente des caractéristiques homogènes, nous avons interrogé un nombre équilibré d'hommes et de femmes, avec des âges et des durées d'installation différents.

Les lieux des entretiens avec les médecins n'ont pas été imposés, leur permettant d'être à l'aise dans le lieu de leur choix. Un environnement calme et sans perturbation extérieure a toujours été respecté, permettant le bon déroulement des entretiens.

La retranscription des entretiens a été réalisée dans les 48 heures après les enregistrements, ce qui a permis une retranscription la plus fidèle possible en limitant le biais de mémorisation des expressions non-verbales, des silences ou hésitations lors des entretiens. La retranscription a été réalisée mot-à-mot permettant d'être la plus fidèle possible aux discours des médecins. Cette méthode a permis d'assurer l'anonymat des données. La retranscription a aussi permis à la thésarde d'auto-évaluer ses techniques d'entretien, afin de rester vigilante à laisser des pauses de réflexion aux médecins, et à privilégier les questions ouvertes.

Le fait d'avoir réalisé un questionnaire test auprès de la directrice de thèse a permis d'estimer le temps nécessaire au déroulé des entretiens : environ vingt minutes, ce qui a permis aux médecins de consacrer le temps nécessaire à l'entretien.

La taille des échantillons a bien été atteinte jusqu'à saturation des données avec confirmation par deux entretiens supplémentaires. L'analyse thématique des verbatims a été faite au fur-et-à mesure des entretiens en construisant une grille d'analyse, permettant de dégager les thèmes principaux et d'arriver à saturation des données au bout du 11^{ème} entretien.

1.2. Faiblesses

Notre étude présente différents biais.

Nous avons contacté majoritairement des médecins travaillant en exercice coordonné, ce qui engendre un biais de sélection. Effectivement, les médecins installés en MSP ou ESP-CLAP travaillent sur des projets de prévention en santé publique, donc sont potentiellement plus sensibilisés à la problématique de la surexposition aux écrans. Certains avaient même déjà réalisé des projets de sensibilisation sur ce thème (notamment dans des écoles). De plus, ces médecins exercent souvent en collaboration avec une infirmière Asalée, qui est une interlocutrice privilégiée puisque confrontée à la surexposition aux écrans dans le cadre de la prise en charge du surpoids chez l'enfant.

Les médecins interrogés sont majoritairement installés en milieu urbain ou semi-rural. Aucun médecin interviewé n'était installé en milieu rural. Nous n'avons donc pas de recul sur une possible différence de pratique en milieu rural, avec notamment une diminution d'échanges ou de recours à d'autres professionnels.

Lors des entretiens, le port du masque lié au contexte sanitaire par les médecins interviewés a pu limiter l'interprétation des expressions non-verbales par la thésarde, et pouvant rendre la retranscription moins riche.

Notre analyse présente également un biais d'interprétation, puisque nous n'avons pas réalisé une deuxième analyse indépendante des données. Une triangulation des données n'a donc pas été effectuée, ce qui diminue le niveau de preuve de notre étude.

2. Résultats principaux et perspectives

Nous avons actuellement connaissance d'un grand nombre d'impacts négatifs sur la santé physique et psychologique des enfants suite à la surexposition aux écrans. Il existe une potentialisation des impacts avec une répercussion sur le long terme. Prenons l'exemple des troubles du sommeil, qui entraînent une perte de concentration avec un risque de dégradation des résultats scolaires, et qui peuvent avoir pour conséquence une diminution de la durée des études universitaires.

Il se justifie alors d'accorder des moyens afin de réaliser une aide concrète pour nos patients.

Les entretiens ont permis de faire ressortir plusieurs pistes intéressantes afin d'améliorer les pratiques en consultation.

La majorité des médecins interviewés abordent le sujet en consultation. Mais peu le font systématiquement. La question est posée la plupart du temps suite à un point d'appel retrouvé lors de la consultation, le plus souvent en présence de troubles du sommeil, de troubles du comportement ou des apprentissages. Les médecins n'ont pas de « question type » ou standardisée pour aborder le sujet, et débutent la discussion en consultation de manière très variées. Cette hétérogénéité de techniques d'entretien expose ses limites : par exemple, si nous réalisons seulement une recherche quantitative d'exposition, sans demander si l'enfant a un écran dans sa chambre, nous pouvons passer à côté d'une exposition nocturne où l'enfant est seul, sans vigilance parentale sur le contenu avec un risque de troubles de l'endormissement. Plusieurs médecins ont formulé le souhait de disposer d'un questionnaire qu'ils utiliseraient en consultation pour dépister un mésusage des écrans avec des questions ciblées, comme cela existe déjà pour différentes addictions. Le plus adapté serait un questionnaire court avec des questions de repérage facilement utilisable en consultation. Le collectif CoSE propose un questionnaire pour les moins de 6 ans mais plutôt long avec dix-neuf questions. (80)

Dans notre étude plusieurs médecins rencontrent une difficulté pour aborder le sujet systématiquement, car ils ne l'ont pas intégré dans leurs habitudes d'interrogatoire. Ce problème pourrait être pallié par l'ajout d'une case ou d'une ligne sur leur logiciel, qui ferait alors office de rappel systématique lors de l'entretien.

Comme cela avait été retrouvé dans la thèse de Dr Homps (77) et Dr Nempont (78), les médecins abordent très peu le sujet chez les tout-petits, alors qu'ils ont quasiment tous pu citer la règle des « zéro écran avant 3 ans ». Ceci peut être imputé au manque de temps à disposer pour les consultations de nourrissons qui sont déjà longues et denses avec beaucoup de thèmes à aborder, favorisant le fait d'oublier d'en parler et de ne pas en faire un sujet égal aux autres. Pour pallier le manque de temps en consultation, certains médecins ont proposé d'instaurer une consultation entièrement dédiée à l'usage des écrans. Cette consultation serait globale : le médecin aurait besoin de décortiquer l'organisation familiale, de

questionner la pratique des écrans par les parents et d'aborder la dynamique familiale autour des écrans, pour pouvoir s'adapter à chaque famille et proposer des solutions et des conseils individualisés. Il s'agit de consultations complexes, qui peuvent être similaires à des entretiens d'éducation thérapeutique, et qui demandent de la disponibilité de la part du médecin. Ce type de consultation pourrait être valorisé par une cotation spécifique, comme il en existe pour la prise en charge du surpoids chez l'enfant par exemple.

Comme l'indique Serge Tisseron, il est important de délivrer des conseils prônant une éducation positive : diversifier les activités, accompagner l'enfant sur les écrans et le sensibiliser à une autorégulation sur la durée d'usage des écrans (81). Les médecins ont une approche plutôt bienveillante auprès des familles en leur délivrant de nombreux conseils, plutôt que des injonctions. Certains conseils sont d'ordre éducationnel (instaurer des limites, vigilance sur le contenu) et d'autres sont des alternatives à l'utilisation des écrans. Ils s'adaptent en fonction de l'âge des enfants, et font le lien avec le risque de cyberharcèlement pour les adolescents. Les parents semblent globalement réceptifs à ce type de conseils et sont satisfaits d'avoir un interlocuteur médical. Il est important de les sensibiliser le plus tôt possible à l'utilisation des écrans pour qu'ils intègrent de bonnes habitudes dès le début de la vie de leur enfant. Nous savons qu'il existe un lien entre l'exposition des enfants aux écrans et les conditions familiales, notamment l'exposition des parents aux écrans (54). Et nous sommes actuellement confrontés à de jeunes parents qui ont vécu toute leur vie avec des écrans, qui sont donc sensibilisés au sujet, mais qui n'ont pas forcément intégré de bonnes pratiques d'utilisation. Un article publié en 2021 dans la revue *Exercer*, retrouve que les connaissances des parents sur les effets des écrans sont corrélées à leur niveau d'éducation et notamment au diplôme du père, et que la présence d'une fratrie augmente la durée d'exposition aux écrans (82). Nous devons donc être tout particulièrement vigilants dans le suivi auprès des familles précaires et nombreuses. Il semble donc important de disposer de supports favorisant les échanges pour réaliser un accompagnement de qualité.

Notre étude révèle que la majorité des médecins ne dispose pas de supports pour discuter de la place des écrans. Ils sont demandeurs de moyens, papiers ou numériques, pour les guider en consultation. Pourtant, plusieurs affiches, brochures, ou sites internet existent et sont à disposition des médecins. Les recommandations d'experts peinent à être diffusées au sein de la communauté médicale : elles sont globalement méconnues des médecins interviewés. La

règle la plus citée reste celle des 3, 6, 9, 12 de Serge Tisseron avec une grande disparité sur l'utilisation en consultation et sur la connaissance précise de cette règle. A part pour les enfants de moins de 3 ans, les médecins n'ont pas d'estimation quantitative de temps maximal de visionnage par tranche d'âge. Ce constat pourrait être expliqué par le peu de recommandations précises sur les temps d'exposition aux écrans par jour ou par semaine selon les âges des enfants. De plus, la majorité des recommandations suivies par les médecins émanent généralement de la HAS ou des collègues de sociétés savantes des spécialités. Or, les recommandations actuelles autour des écrans proposées par des avis d'experts, peuvent être critiquables concernant leur niveau de preuve mal défini. Une analyse critique des recommandations, avec un relais national et une formulation de recommandations par des instances telles que la HAS, aurait un impact plus important auprès de la communauté médicale et permettrait une meilleure diffusion parmi les médecins. Le gouvernement peut également être acteur par la création d'une campagne nationale de prévention, comme cela a pu être fait sur le thème de l'alimentation autour des cinq fruits et légumes par jour.

Des améliorations ont été faites en intégrant des conseils sur l'utilisation des écrans dans le nouveau carnet de santé en 2018, mais ils n'ont que peu d'impact concret en pratique quotidienne de médecine générale. En effet, seul un médecin relève que c'était une des questions à poser lors de l'examen obligatoire du 24^{ème} mois. Se pose alors la question d'un manque de mise en valeur de ces améliorations lors de la diffusion de la nouvelle version du carnet.

L'existence d'un grand nombre de sites de campagne de prévention réalisés par des collectifs et organismes différents multiplie les sources d'informations et diminue de ce fait leur visibilité, ainsi que leur portée sur le corps médical. Il serait intéressant d'organiser une synthèse de ces sources par le biais d'un site de référence pour éviter la perte de données. Nous pouvons faire un parallèle avec des sites qui existent déjà, tels que Kit Médical ou Antibioclic, qui sont des sites d'aide à la prise en charge avec des outils concrets, simples d'utilisation et basés sur les dernières recommandations. Le site « Ecran clic » créé en 2020 apporte une première réponse : il rassemble des conseils et documents à délivrer en fonction des âges et propose une évaluation individuelle de la consommation des écrans.

Une autre raison expliquant le peu d'impact des recommandations auprès des médecins peut être le manque de formation réalisée sur le sujet des écrans. Dans notre échantillon, moins

de la moitié des médecins interrogés ont réalisé une formation sur le thème. Et très peu ont lu des articles dessus. Ce thème-là est peut-être sous-représenté dans les thèmes proposés en formation médicale continue ou dans les revues de presse médicales. Par exemple, il n'avait pas été abordé il y a dix ans dans le DU de médecine pédiatrique préventive réalisé par un des médecins. Ce n'est pas non plus abordé lors de nos études de médecine, ce qui ne sensibilise pas les futurs médecins à évoquer le sujet. Alors que cela pourrait tout à fait être intégré à un cours de pédiatrie voire d'addictologie. La plupart des médecins interviewés émettent le souhait de participer à une formation courte de deux heures pour les sensibiliser à la problématique des écrans chez les enfants. Ce point est intéressant, car nous connaissons l'impact positif des formations sur la modification des pratiques des médecins. En effet, elles les aident à s'approprier le sujet, à l'aborder davantage et à utiliser de nouveaux outils. La thèse du Dr Talaron retrouve ces mêmes résultats six mois après avoir sensibilisé les médecins aux effets des écrans (79). Ainsi, plusieurs freins exprimés par certains médecins, notamment autour des difficultés pour initier le sujet, du manque d'expérience professionnelle et du manque de connaissances, pourraient être rapidement contrés par une formation même rapide sur ce sujet.

Le travail en exercice coordonné peut être une alternative intéressante pour sensibiliser les familles au sujet des écrans. On peut envisager des interventions organisées par les MSP subventionnées par les ARS, en intégrant divers professionnels de la structure de soins tels que les médecins, orthophonistes, psychologues, infirmières etc ... Les lieux de rencontres entre parents et professionnels peuvent être multiples : au sein de la MSP, auprès des écoles de quartiers, ou des crèches en partenariat avec le médecin référent de la crèche par exemple. Nous pouvons aussi profiter d'organisations déjà existantes pour rencontrer les parents, tels que les ateliers des Cafés-Poussettes organisés par les Relais des Assistantes Maternelles aux Sables d'Olonne. (87)

La présence d'infirmière Asalée au sein des MSP se révèle être un professionnel particulièrement sollicité par les médecins pour aborder précisément la situation autour des écrans et ses répercussions chez l'enfant. Elles ont l'avantage de disposer de consultations longues de quarante-cinq minutes à une heure, et ont l'habitude d'utiliser des méthodes de l'entretien motivationnel par exemple pour leur consultation de sevrage au tabac. Leur travail au sein de structures en présence du médecin généraliste de l'enfant favorise les échanges

entre professionnels sur la situation et permet d'optimiser la prise en charge globale du patient. A ce jour, seuls les enfants présentant un surpoids peuvent leur être adressés, la surexposition aux écrans est donc uniquement abordée dans ce cadre. La création par l'ARS d'un nouveau protocole de coopération autour du dépistage de la surexposition aux écrans, avec évaluation des répercussions et conseils individualisés pour la bonne pratique des écrans peut constituer une piste intéressante.

Nous pouvons aussi nous appuyer sur l'organisation du territoire de santé par le biais des CPTS qui peuvent être un relais pour favoriser la diffusion d'informations sur le thème. Les CPTS, répondant à une mission d'éducation thérapeutique, peuvent diffuser une campagne de prévention aux professionnels de santé. Afin de les informer sur les recommandations sur le sujet « enfants et écran » et de leur donner des outils pratiques, ainsi que de développer un réseau d'aide aux parents. Ce réseau de prise en charge serait basé sur des professionnels ayant une pratique sur le sujet : orthophoniste, éducatrice libérale, psychomotricienne, infirmières, psychologues, médecin etc... Il sera alors une ressource pour les parents et pour les médecins généralistes, ou autres professionnels de santé. Par exemple le service départemental de PMI en Vendée travaille actuellement sur l'élaboration d'un support autour des écrans pour les moins de trois ans, il sera intéressant de réfléchir à utiliser les moyens de diffusion existants sur le territoire afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de professionnels.

Actuellement, les périodes de confinement liées à l'épidémie de Covid 19 génèrent une augmentation inhabituelle du temps d'exposition des écrans chez les enfants. Nous ne sommes pas encore en mesure de savoir si de nouveaux impacts se révéleront chez les enfants et les adolescents.

Cette époque particulière demande donc aux médecins généralistes d'être davantage vigilants quant à la question de l'exposition aux écrans chez les enfants et les adolescents et requiert une maîtrise du sujet afin de réaliser un travail de sensibilisation qui demeure essentiel.

CONCLUSION

La place des écrans devient grandissante auprès des enfants dès leur plus jeune âge. Les effets néfastes de la surexposition aux écrans sur la santé des enfants et adolescents sont maintenant connus et bien décrits. Cela devient un sujet de santé publique qu'il incombe au médecin généraliste d'aborder en consultation dans un but de prévention et pour déceler un lien entre mésusage des écrans et plaintes somatiques exprimées. Plusieurs facteurs limitant la pratique des médecins généralistes ont pu être relevés grâce cette approche qualitative par entretiens semi-dirigés et des propositions de solutions ont été développées. La surexposition aux écrans chez les enfants et ses impacts va rester un sujet d'actualité, qui va évoluer en fonction de la modernisation des systèmes numériques. Il nous semble primordial que des moyens soient développés concrètement afin d'améliorer les compétences des médecins généralistes sur ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. L'équipement des ménages de 1996 à 2016 [Internet]. 2017 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3128367?sommaire=3128378>
2. CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel. L'équipement audiovisuel des foyers aux 1er et 2e trimestres 2019 (TV) [Internet]. 2019 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Collections-du-CSA/Panorama-Toutes-les-etudes-liees-a-l-ecosysteme-audiovisuel/Les-observatoires-de-l-equipement-audiovisuel/L-equipement-audiovisuel-des-foyers-aux-1er-et-2e-trimestres-2019-TV>
3. Ipsos. Junior Connect' 2018 - Jeunes et medias : une consommation toujours dynamique et diversifiée ! [Internet]. 2018 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2018-jeunes-et-medias-une-consommation-toujours-dynamique-et-diversifiee>
4. AFPA. Résumé Enquête Enfants Ecrans pdf [Internet]. 2016 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.dropbox.com/s/v7c6c0n7zyl18c/AFPA_Resume-Enquete_Enfants-Ecrans_Fev2016.pdf?dl=0
5. Berthomier N, Octobre S. Enfant et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte Elfe. Cult Etudes. 4 oct 2019;n° 1(1):1-32.
6. Ipsos. Que regardent nos enfants ? [Internet]. 2015 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/que-regardent-nos-enfants>
7. Jung C. Lettre-n-10-Que-revele-l-enquete-Nutri-Bebe-2013.pdf [Internet]. 2014 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.alimentsenfance.fr/wp-content/uploads/2014/05/Lettre-n-10-Que-revele-l-enquete-Nutri-Bebe-2013.pdf>
8. Charles M-A. Journal Elfe infos 09 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fichier/rte/129/espace-famille/lettres-information/Elfe-infos-09.pdf>
9. Gassama M, Bernard J. Activités physiques et usage des écrans à l'âge de 2 ans chez les enfants de la cohorte Elfe. [Internet] 2018. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/rte/129/cote-recherche/Publications/Activite%20physique%20et%20ecrans_2%20ans_enfants%20Elfe.pdf
10. Ipsos. Junior Connect' 2017 : les jeunes ont toujours une vie derrière les écrans ! [Internet]. 2017 [cité 24 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2017-les-jeunes-ont-toujours-une-vie-derriere-les-ecrans>
11. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2e édition [Internet]. 2020 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: [/import/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activit](https://www.santepubliquefrance.fr/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activite-physique-et-sedentarite)
12. Franck von Lennep. La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale [Internet]. 2017 [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er993.pdf>
13. Chonchaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. juill 2008;97(7):977-82.

14. Tomopoulos S. Infant media exposure and toddler development. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(12):1105-11.
15. Zimmerman FJ, Christakis DA. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *J Pediatr.* oct 2007;151(4):364-8.
16. Christakis DA. Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* juin 2009;163(6):554-8.
17. Lapierre M. Television in the Homes of US Children. *Pediatrics.* 1 oct 2012;130.
18. Anderson DR, Pempek TA. Television and Very Young Children. *Am Behav Sci.* janv 2005;48(5):505-22.
19. Kirkorian HL, Pempek TA. The Impact of Background Television on Parent-Child Interaction. *Child Dev.* sept 2009;80(5):1350-9.
20. Pempek TA, Kirkorian HL, Anderson DR. The Effects of Background Television on the Quantity and Quality of Child-Directed Speech by Parents. *J Child Media.* 3 juill 2014;8(3):211-22.
21. Lavigne HJ, Hanson KG, Anderson DR. The influence of television coviewing on parent language directed at toddlers. *J Appl Dev Psychol.* janv 2015;36:1-10.
22. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 juill 2020;174(7):665-75.
23. Christakis DA, Zimmerman FJ. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics.* avr 2004;113(4):708-13.
24. Johnson JG, Cohen P. Extensive television viewing and the development of attention and learning difficulties during adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mai 2007;161(5):480-6.
25. Mathen M. Rapport Enfants Ecrans ONE [Internet]. 2015 [cité le 17 mars 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/282867061_Les_enfants_et_les_ecrans_Usages_des_enfants_de_0_a_6_ans_representations_et_attitudes_de_leurs_parents_et_des_professionnels_de_la_petite_enfance
26. Schmidt M, Pempek T. The Effects of Background Television on the Toy Play Behavior of Very Young Children. *Child Dev.* 1 juill 2008;79:1137-51.
27. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* juill 2012;19(7):772-6.
28. Choi K, Kirkorian HL. Touch or Watch to Learn? Toddlers' Object Retrieval Using Contingent and Noncontingent Video. *Psychol Sci.* 2016;27(5):726-36.
29. Madigan S. Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test. *JAMA Pediatr.* 1 mars 2019;173(3):244-50.
30. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. *Arch Pediatr Adolesc Med.* juill 2005;159(7):614-8.
31. Winterstein P. Medienkonsum und Passivrauchen bei Vorschulkindern. *Kinder und jugendarzt.* [Internet]. 2006 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <http://kinder->

undjugendarzt.de/download/angesagte_beitraege/Medienkonsum_und_Passivrauchen_bei_Vorschulkindern_BS.pdf

32. Vijakkhana N, Wilaisakditipakorn T, Ruedeekhajorn K, Pruksananonda C, Chonchaiya W. Evening media exposure reduces night-time sleep. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. mars 2015;104(3):306-12.
33. Eggermont S, Van den Bulck J. Nodding off or switching off? The use of popular media as a sleep aid in secondary-school children. *J Paediatr Child Health*. août 2006;42(7-8):428-33.
34. Frank Von Lennep. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. [Internet]. 2015 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er920.pdf>
35. Hale L, Guan S. Screen Time and Sleep among School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Sleep Med Rev*. juin 2015;21:50-8.
36. Slate. Le vrai concurrent de Netflix? Votre sommeil [Internet]. 2017 [cité 26 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/144029/vrai-concurrent-netflix-sommeil>
37. Pagani LS, Lévesque-Seck F, Fitzpatrick C. Prospective associations between televiewing at toddlerhood and later self-reported social impairment at middle school in a Canadian longitudinal cohort born in 1997/1998. *Psychol Med*. 2016;46(16):3329-37.
38. Ducanda A, Terrasse I. La surexposition des jeunes enfants aux écrans est un enjeu majeur de santé publique. [Internet]. 31 mai 2017 [cité 5 mai 2020]; Disponible sur: https://www.technologos.fr/text/assises_2017/Lemonde.fr-Surexposition_des_jeunes_enfants.pdf
39. Ducanda A, Terrasse I. Les écrans : un danger pour les enfants de 0 à 4 ans / Screens: danger for the 0 to 4 year olds [Internet]. 2 mars 2017 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9-eldSE57Jw>
40. Anderson CA. Screen Violence and Youth Behavior. *Pediatrics* [Internet]. 2017 Nov;140(Suppl 2):S142-S147 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29093050>
41. Calvert SL, Appelbaum M. The American Psychological Association Task Force assessment of violent video games: Science in the service of public interest. *Am Psychol*. mars 2017;72(2):126-43.
42. Anderson CA, Shibuya A, Ihori N, Swing EL, Bushman BJ, Sakamoto A, et al. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. mars 2010;136(2):151-73.
43. OMS. Trouble du jeu vidéo [Internet]. 2018 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/fr/>
44. Adès J, Agid Y. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans : Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques [Internet]. 2019 [cité 15 mai 2020]. Disponible sur: https://www.academie-sciences.fr/pdf/rapport/appel_090419.pdf
45. Saldanha-Gomes C, Heude B et al. Prospective associations between energy balance-related behaviors at 2 years of age and subsequent adiposity: the EDEN mother-child cohort. *Int J Obes* 2005. 2017;41(1):38-45.

46. Edelson LR, Mathias KC, Fulgoni VL, Karagounis LG. Screen-based sedentary behavior and associations with functional strength in 6-15 year-old children in the United States. *BMC Public Health*. 4 févr 2016;16:116.
47. Suglia SF, Duarte CS, Chambers EC, Boynton-Jarrett R. Social and behavioral risk factors for obesity in early childhood. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. oct 2013;34(8):549-56.
48. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*. juin 2002;109(6):1028-35.
49. Rose KA, Morgan IG, Ip J, Kifley A, Huynh S, Smith W, et al. Outdoor activity reduces the prevalence of myopia in children. *Ophthalmology*. août 2008;115(8):1279-85.
50. Xiong S, Sankaridurg P, Naduvilath T, Zang J, Zou H, Zhu J, et al. Time spent in outdoor activities in relation to myopia prevention and control: a meta-analysis and systematic review. *Acta Ophthalmol (Copenh)*. sept 2017;95(6):551-66.
51. Deng L, Pang Y. Effect of Outdoor Activities in Myopia Control: Meta-analysis of Clinical Studies. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*. 2019;96(4):276-82.
52. Tähkämö L, Partonen T, Pesonen A-K. Systematic review of light exposure impact on human circadian rhythm. *Chronobiol Int*. 2019;36(2):151-70.
53. Cho Y, Ryu S-H, Lee BR, Kim KH, Lee E, Choi J. Effects of artificial light at night on human health: A literature review of observational and experimental studies applied to exposure assessment. *Chronobiol Int*. 2015;32(9):1294-310.
54. Duch H. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. [Internet]. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013 Aug 23;10:102 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23967799>
55. Jehel S. Les tout-petits et les écrans : Étude sur les attitudes des parents. Unaf. [Internet]. 2014;(n°10):12. Disponible sur : https://www.unaf.fr/IMG/pdf/etude_qualitative_no10_v4.pdf
56. Agator M. L'exposition aux écrans des enfants de 0 à 6 ans : représentations et vécus parentaux en Maine-et-Loire [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rennes. Unité de médecine générale ; 2019 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice/view/rennes1-ori-wf-1-12159>
57. Pipard T. Quelles sont les représentations des parents concernant les enfants et les écrans : étude qualitative menée en région Rhône-Alpes sur 18 parents d'enfants de moins de sept ans. [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Claude Bernard Lyon. 2014 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : file:///C:/Users/apeyr/AppData/Local/Temp/THm_2014_PIPARD_Thomas-1.pdf
58. Clementine Z. Les jeux video les enfants et les professionnels de sante vecu et attentes des parents. [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Claude Bernard Lyon. 2019 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : file:///C:/Users/apeyr/AppData/Local/Temp/THm_2019_ZAPIRAIN_Clementine.pdf
59. Charles L. Exposition précoce des enfants aux écrans : opinions de parents et prévention. [Internet]. [Thèse de Médecine]. [France] Université de Bourgogne. 2018 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=234600675>

60. Spizzo J. Utilisation des écrans par les enfants. [Internet]. [Thèse de Médecine]. [France] Université de Strasbourg. 2019 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_SPIZZO_Julie.pdf
61. Dartau M. Les parents des enfants de moins de 5 ans de Pyrénées Atlantiques sont-ils informés des dangers d'une utilisation excessive des écrans chez leurs enfants ? [Internet]. [Thèse de Médecine]. [France] Université de Bordeaux . 2017 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565787/document>
62. CSA. Délibération du 22 juillet 2008 visant à protéger les enfants de moins de 3 ans des effets de la télévision. [Internet]. 2018 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Arbitrer/Espace-juridique/Les-textes-reglementaires-du-CSA/Les-deliberations-et-recommandations-du-CSA/Recommandations-et-deliberations-du-CSA-relatives-a-la-protection-des-mineurs/Deliberation-du-22-juillet-2008-visant-a-protoger-les-enfants-de-moins-de-3-ans-des-effets-de-la-tellevision>
63. Les enfants et les écrans : les conseils du CSA - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel [Internet]. 2018 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Proteger/Protection-de-la-jeunesse-et-des-mineurs/Les-enfants-et-les-ecrans-les-conseils-du-CSA>
64. CSA. Enfants et écrans : relance de la campagne d'information sur l'exposition des enfants aux écrans [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Espace-presse/Communiques-de-presse/Enfants-et-ecrans-relance-de-la-campagne-d-information-sur-l-exposition-des-enfants-aux-ecrans>
65. Morin-Desailly C. Proposition de loi visant à lutter contre l'exposition précoce des enfants aux écrans [Internet]. 2018 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l18-131/l18-131.html>
66. PEGI. Les catégories d'âge PEGI [Internet]. 2017 [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://pegi.info/fr/page/que-signifient-les-logos>
67. Bach J-F, Oudé O, Tisseron S. L'enfant et les écrans, un avis de l'Académie des sciences. [Internet] Le Pommier. 2013. Disponible sur : <https://www.academie-sciences.fr/pdf/rapport/avis0113.pdf>
68. AFPA. Enfants et écrans [Internet]. 2019. [cité 23 avr 2020]. Disponible sur: <https://afpa.org/2019/09/22/enfants-et-ecrans/>
69. ANSES. Technologies 3D et vision [Internet]. 2016 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/technologies-3d-et-vision>
70. Teran E, Yee-Rendon C-M. Evaluation of Two Strategies for Alleviating the Impact on the Circadian Cycle of Smartphone Screens. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom.* mars 2020;97(3):207-17.
72. Accueil 10 jours sans écrans. [Internet] [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://10jourssansecreens.org/>
71. Bach J-F, Oudé O, Tisseron S. L'enfant et les écrans, un avis de l'Académie des sciences. Le Pommier. 2013 ; p.188-189
73. Dennison BA, Russo TJ. An Intervention to Reduce Television Viewing by Preschool Children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 févr 2004;158(2):170-6.
74. Fondation La main à la pâte. Les écrans, le cerveau et... l'enfant [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-lamap.org/cerveau>

75. Tisseron S. Le jeu des trois figures [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://3figures.org>
76. Poulain J. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de Vendée, quant à l'exposition à la télévision et vidéos, des enfants et adolescents de 0 à 18 ans. [Internet]. [Thèse de Médecine]. [France] Université de Rennes. 2017. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01809864/document>
77. Homps M. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées [Internet]. [Thèse de Médecine]. Université de Toulouse. 2018 [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2195/1/2018TOU31037.pdf>
78. Nempont A. Prévention précoce et accompagnement du développement global de l'enfant de 0 à 2 ans par le soutien à la parentalité : quel rôle pour le médecin généraliste ? étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Internet]. [Thèse de Médecine] Université de Montpellier. 2018 [cité le 11 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03019756>
79. Talaron C. Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans: modification des pratiques après sensibilisation [Internet]. [Thèse de Médecine] Université de Nice. 2018 [cité le 11 mars 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02181038/document>
80. BOSSIERE M-C. Questionnaire à proposer aux parents par les professionnels recevant des enfants de moins de 6 ans [Internet]. 2018 [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.surexpositionecrans.org/wp-content/uploads/2018/10/questionnaire-CoSE-2.pdf>
81. Tisseron S. Les impacts des écrans sur les enfants et les moyens de les en protéger. Rev Francoph Orthopt. 1 déc 2019;12(4):176-9.
82. Delmestre J. Exposition aux écrans des jeunes enfants : connaissance des parents et inégalités sociales. Exercer. 2021;173:203-9.
83. MG France. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. 2014 [cité le 15 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
84. Picherot G, Cheymol J. L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. Perfectionnement en Pédiatrie. 2018;1 :19–24.
85. Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. [Internet]. 2019. [cité le 10 février 2021] Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
86. ANSES. Infographie activités physiques enfants et adolescents. [Internet]. 2016. [cité le 10 février 2021]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/infographie-activit%C3%A9s-physiques-enfants-et-adolescents>
87. Les Sables d'Olonne Agglomération. Café Poussette. [Internet]. 2013. [cité le 13 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.isoagglo.fr/vivreauxolonne/vie-pratique/petite-enfance/cafe-poussette/cafe-poussette/>

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

INTRODUCTION

Bonjour,

Je vous remercie de prendre le temps de me recevoir.

Je suis interne en Médecine Générale et je réalise ma thèse sur les pratiques et les outils des médecins généralistes lors de consultations abordant l'utilisation des écrans par les enfants. Il s'agit d'une thèse qualitative qui se réalise par le biais d'entretien individuel entre le médecin et moi-même. Cet entretien durera une vingtaine de minutes et sera enregistré par le biais d'un enregistreur vocal sur mon téléphone portable. La retranscription de vos propos sera anonyme. Pour mener cet entretien dans de bonnes conditions nous avons choisi un lieu calme, avec téléphones éteints ou sur mode avion.

Je prendrai des notes tout au long de l'entretien.

Vos témoignages personnels sont importants afin d'avoir un tableau de votre pratique en consultation le plus fidèle possible, et vos réponses seront accueillies sans jugement.

Je m'assure de votre accord pour participer à cette étude avant de débiter l'entretien.

QUESTIONNAIRE ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Je débute cet entretien par des questions simples pour vous connaître et pour décrire les caractéristiques des médecins interrogés.

!/ Caractéristiques des médecins généralistes :

- Quel est votre sexe ?
 - Homme
 - Femme

- Quel âge avez-vous ?

- Depuis quand exercez-vous ?

- Dans quel milieu exercez-vous ?
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

- Comment décririez-vous la part de pédiatrie au sein de votre activité ?
 - Activité : Forte / Moyenne / Faible
 - Voyez-vous des enfants de tous âges ?

- Avez-vous des consultations de suivi chronique et/ou de pathologie aiguës ?
- Quelle est la durée consacrée à vos consultations de pédiatrie par rapport à celles pour adulte ?
- Exercez-vous une activité particulière ? (maître de stage, DU, syndicat, recherche, PMI, planning etc ...)

II/ Entretien

- Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez abordé le sujet de l'utilisation des écrans par les enfants ?
- Quelles sont les situations en consultation pour lesquelles vous abordez la question de l'exposition des enfants aux écrans ?
 - A partir de quel âge ?
 - Comment allez-vous aborder ces situations ?
- Quels repères avez-vous pour dire qu'une situation est préoccupante sur la quantité de visionnage et le type d'écran selon l'âge ?
- Quels conseils êtes-vous amené à donner aux parents ?
 - Quels sont les obstacles que vous rencontrez ?
- Quelle utilisation faites-vous des recommandations ou des campagnes de prévention ?
- Comment vous formez-vous sur ce sujet ?
 - Si une formation a été faite : Comment votre pratique a-t-elle évolué après cette formation ?
- De quoi auriez-vous besoin pour améliorer votre pratique sur ce sujet ?

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude et je vous ferai parvenir ma thèse par email si vous le souhaitez.

Adresse email médecin :

Annexe 2 : CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES INTERVIEWES

MG	Sexe	Age (années)	Année d'exercice	Milieu d'exercice	Activité pédiatrie	Durée consultation pédiatrie	Autres activités
M1	M	45	2012	Semi-rural	Moyenne, aiguë et chronique, tous âges	20-30 min	DU addictologie DU pédiatrie (en cours)
M2	F	41	2007	Urbain	Moyenne, aiguë et chronique, tous les âges	15 min aiguë 30min suivi 30min-1h si pb spécifique	MSU
M3	F	71	1980	Urbain	Faible, aiguë et chronique, tous les âges	30 min	Capacité gériatrie
M4	M	31	2017	Urbain	Faible à Moyenne, tous les âges, aiguë et suivi	20 à 30 min	DU ostéopathie, capacité médecine du sport, MSU, co-coordonateur MSP, régulation SAMU, rôle URML CPTS
M5	M	29	2018	Urbain	Faible, tous âges, suivi, aiguë	20 min	Capacité médecine du sport (en cours), travail avec équipe basket adolescent
M6	M	29	2017	Semi-rural	Moyenne, tous âges	30 min	
M7	F	36	2012	Semi-rural	Moyenne, tous âges	30 min suivi pédiatrique 15 min aiguë	MSU, animatrice groupe qualité, échographie
M8	F	60	1990	Semi-rural	Moyenne, tous âges, suivi et aiguë	30 min	DU pédiatrie, mindfulness
M9	F	58	1990	Urbain	Faible, tous âges, suivi et aiguë	30 min suivi nourrisson 15 min aiguë	DU médecine préventive, médecine du sport, gérontologie
M10	F	30	2017	Urbain	Moyenne, tous âges, suivi et aiguë	30 min suivi nourrisson, 20min > 2 ans	
M11	F	42	2007	Urbain	Forte, Tous âges, aiguë et chronique	30 min	Référent Réseau Grandir Ensemble et Réseau Sentinelles, DU soins palliatifs, MSU, MSU SAF, Médecin fédération tir à l'arc
M12	M	50	2005	Urbain	Moyenne à faible, tous âges, suivi, aiguë	20min	MSU, Médecin agréé ARS
M13	M	36	2014	Semi-rural	Faible, tous âges	20min	PMI, DU Médecine préventive

Annexe 3 : GRILLE D'ANALYSE

Thèmes	Catégories	Sous-Catégories
Rôle du médecin généraliste	Travail de prévention	Compétence du médecin Situations pour aborder le sujet Façons d'aborder le sujet Age de l'enfant pour aborder le sujet
	Délivrer des conseils	Durée d'exposition adaptée à l'âge Exposition selon les moments de la journée Vigilance sur le contenu visionné Un moment de partage Pratiquer d'autres activités Instaurer des limites Eviter les pratiques extrêmes
	Retours du public	
Recommandations	Connaissances des recommandations	
	Utilisation des recommandations	
Formations	Types de formations réalisées	
	Place de l'expérience personnelle	
	Evolution des pratiques après formation	
	Types de formations souhaités	
Outils	Outils utilisés par les médecins généralistes	Différents supports Travail avec d'autres professionnels Travail avec l'école
	Outils souhaités pour améliorer leur pratique	Format papier Internet Campagnes de prévention Travail coordonné pluriprofessionnel Questionnaire Consultation dédiée
Freins	Manque d'expérience professionnelle et personnelle Initier le dialogue Sujet non prioritaire Manque d'automatisme Manque de temps Manque de connaissances Sujet d'éducation Consultations pédiatriques difficiles	
	Milieu familial	Organisation familiale Fratrerie Parents et écrans

Apprivoiser les écrans et grandir



3 - 6 - 9 - 12



Avant 3 ans	De 3 à 6 ans	De 6 à 9 ans	De 9 à 12 ans	Après 12 ans
<i>L'enfant a besoin de construire ses repères spatiaux et temporels</i>	<i>L'enfant a besoin de découvrir toutes ses possibilités sensorielles et manuelles</i>	<i>L'enfant a besoin de découvrir les règles du jeu social</i>	<i>L'enfant a besoin d'explorer la complexité du monde</i>	<i>L'enfant commence à s'affranchir des repères familiaux</i>

Pas de TV avant 3 ans
Pas de console de jeu personnelle avant 6 ans
Internet après 9 ans
Les réseaux sociaux après 12 ans

“ J’ai imaginé la règle « 3-6-9-12 » comme une façon de répondre aux questions les plus pressantes des parents et des pédagogues. ”
 Serge Tisseron

4 temps sans écrans = 4 pas pour mieux avancer

Pas d'écrans le matin



Les écrans (TV, jeux vidéos) sont des capteurs d'attention. Or l'attention est essentielle pour les apprentissages scolaires. L'écran sur-stimule l'attention non volontaire. L'enfant est capté par les stimuli visuels et sonores ultra rapides, changeant à l'écran. Son attention s'épuise au bout de 15 minutes. L'enfant qui regarde un écran le matin fatigue son système attentionnel avant d'arriver en classe. Or un enfant dont l'attention est fatiguée est un enfant qui bouge, qui parle, qui fait tomber ses affaires... et qui ne parvient plus à se concentrer ! Ce mécanisme freine le développement de son attention volontaire, requise pour le travail scolaire. Ses résultats scolaires peuvent chuter.

Pas d'écrans durant les repas



La télévision allumée durant les repas familiaux empêche votre enfant de vous parler et vous lui parlez moins. Un enfant qui grandit avec une télévision allumée en permanence acquerra un vocabulaire plus pauvre, un langage moins riche. Chez les enfants de 15 mois à 4 ans, 2 heures de TV quotidienne aboutissent à multiplier par trois la probabilité de voir apparaître des retards de développement de langage. Le contenu anxiogène de certains programmes (en particulier le journal télévisé) a des répercussions sur le comportement et la gestion des émotions de l'enfant même s'il est trop jeune pour comprendre. Lui expliquer ne modifie pas ses émotions.

Pas d'écrans avant de s'endormir



Le sommeil qui se forme avec les dernières images perçues sera de moins bonne qualité car l'image animée, même adaptée, n'est pas une activité calmante pour le cerveau de l'enfant. Elle est trop stimulante émotionnellement. L'écran diffuse une lumière bleue (LED) qui inhibe la mélatonine, hormone régulatrice du sommeil, empêchant l'enfant de s'endormir naturellement.

Dernier conseil : RESPECTER LES LIMITATIONS D'ÂGE

L'enfant apprend... en imitant. S'il est exposé à des contenus inadaptés c'est-à-dire violents ou pornographiques, ces images produiront sur lui un effet traumatisant et excitant. Il peut développer une appétence pour ce type de contenus et parfois tenter de les reproduire. L'image violente « manipule » le cerveau émotionnel de l'enfant. Le discours secondaire du parent ou sa présence aux côtés de l'enfant durant le visionnage du film ne diminuent pas la charge émotionnelle de l'image et son pouvoir sur l'enfant.

Pas d'écrans dans la chambre de l'enfant



La présence d'un écran dans la chambre de l'enfant diminue son temps de sommeil. Avec la télévision, l'ordinateur, la tablette... dans la chambre de l'enfant, les parents n'ont pas la possibilité de contrôler ce que leur enfant regarde. S'ils lui interdisent verbalement de regarder les contenus inadaptés, ils lui confèrent une trop grande responsabilité. Sans écrans dans sa chambre, l'enfant apprend à développer des compétences essentielles : activités sensori-motrices, jeux de faire semblant, jeux symboliques, graphisme, nécessaires pour le développement de sa pensée, son attention, sa socialisation



Rédaction : Sabine Duflo, psychologue clinicienne,
Centre médico-psychologique de Noisy-le-Grand
Pôle S3M5, docteur Noël Pommepey, chef de pôle
Edition 2016

établissement
public de santé de
Ville-Evrard
spécialisé en santé mentale
Seine-Saint-Denis

4 temps sans écrans = 4 pas pour mieux avancer



Les écrans fatiguent l'attention et empêchent la concentration, même à petite dose. Les résultats scolaires peuvent diminuer.



Votre enfant vous parle moins et vous lui répondez moins quand la TV est allumée, quand vous regardez votre portable. Parler souvent et régulièrement avec son enfant stimule son langage et son intelligence. Les écrans n'aident pas l'enfant à réfléchir.



Sans écrans dans sa chambre, l'enfant apprend à ne pas s'angoisser quand il est seul. Il peut alors imaginer, créer, inventer. Les parents gardent le contrôle sur ce qui entre dans le cerveau de l'enfant. Ils le protègent des images violentes ou pornographiques qui sont traumatisantes et excitantes pour lui.

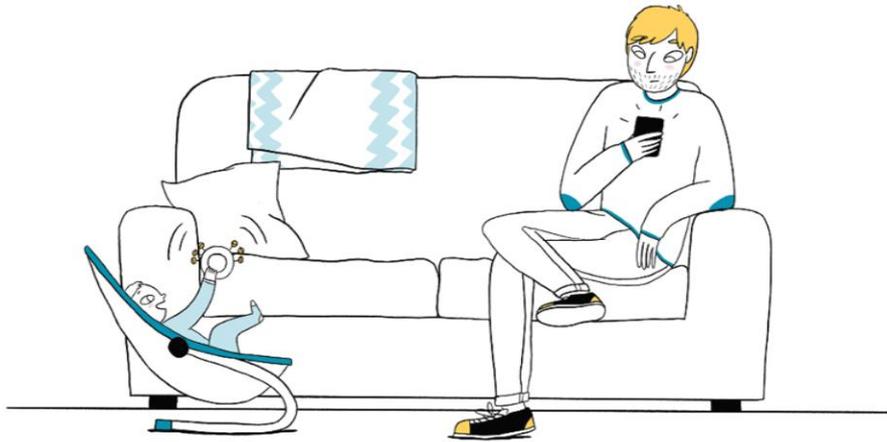
La lumière bleue des écrans inhibe la mélatonine et retarde l'entrée naturelle dans le sommeil. Lire une histoire, chanter une comptine, parler avec votre enfant le calme et le sécurise. Regarder un écran avant de s'endormir produit l'effet inverse.



Annexe 6 : Extraits de la CAMPAGNE « LA MEILLEURE APPLICATION POUR VOTRE ENFANT C'EST VOUS » de l'AFPA



ÇA NOUS EST TOUS ARRIVÉ !



Illustrations : Léna Piroux

mpedia.fr
LE SITE DE CONSEILS POUR LES PARENTS
PAR LES MEDECINS SPECIALISTES DE L'ENFANT

ET SI AUJOURD'HUI , ON ESSAYAIT ÇA ?



Illustrations : Léna Piroux

mpedia.fr
LE SITE DE CONSEILS POUR LES PARENTS
PAR LES MEDECINS SPECIALISTES DE L'ENFANT

PARENTS RESPONSABLES FACE AUX ÉCRANS



AVANT 2 ANS : PAS D'ÉCRAN



Votre enfant a besoin d'interaction avec vous. Il a besoin que vous le regardiez et que vous lui parliez (de préférence dans votre langue maternelle). Ainsi il fera comme vous : vous sourira, gazouillera puis parlera. Il faut jouer avec lui, le manipuler, utiliser un tapis d'éveil, des hochets, des mobiles, des peluches, des livres, des cubes ... Si votre regard est dirigé vers un écran, il risquera de perdre ce lien.

AVANT 4 ANS : PEU D'ÉCRAN

Votre enfant a besoin de sortir, de courir, d'utiliser ses mains (cubes, crayon...), de jouer à faire semblant ... L'écran peut être utilisé à un moment donné en temps limité (moins d'une heure par jour) avec un contenu choisi au mieux avec lui en évitant le matin, le soir au coucher et lors des repas.
Ne mettez pas d'écran dans la chambre de votre enfant.
Ne laissez pas seul votre enfant avec un écran.



ET POUR VOUS PARENTS :



- Eteignez la télévision dans la pièce où est votre enfant (des images peuvent être difficiles à comprendre et seront source d'anxiété)
- N'utilisez pas un écran quand vous vous occupez de votre enfant. Les enfants ont besoin de votre attention pleine et entière.
- Votre exemple compte : si vous prêtez attention à la façon dont vous gérez vos écrans votre enfant comprendra mieux les règles qui lui sont imposées
- N'utilisez pas l'écran pour calmer votre enfant en cas de colère ou pour le faire manger.

Lire des histoires 

Moins d'une heure par jour. En évitant le matin, les repas et le coucher 

Contenu adapté Au mieux ensemble 

Sortir tous les jours 

Docteur Osika Eric
Docteur Dieu Osika Sylvie
Pediatries

Ecrans = 

COSE
Collectif Suppression Écrans

SERMMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,

Professeur RAT Cédric

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur BELLANGER-URBANCZYK

Hélène

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur JOLLIET Pascale

**Exposition des enfants et adolescents aux écrans :
exploration des pratiques et outils des médecins généraliste vendéens,
étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

RESUME

Introduction : L'exposition des enfants aux écrans est un problème de santé publique avec un accroissement de leur consommation dès le plus jeune âge. Les conséquences négatives d'une surexposition aux écrans sur la santé des enfants sont bien décrites. Plusieurs recommandations existent tels que les « 4 Pas » de Sabine Duflo ou la règle des « 3-6-9-12 » de Serge Tisseron. Les parents se sentent souvent démunis face à cette problématique et certains attendent une implication de leur médecin. L'objectif de notre travail est d'explorer les pratiques en consultation des médecins généralistes sur le sujet des enfants et des écrans, pour permettre de repérer les outils nécessaires à l'amélioration de leur pratique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes installés en Vendée a été menée. Une analyse thématique a été conduite.

Résultats : La majorité des médecins abordent le sujet suite à un point d'appel (troubles du sommeil, du comportement et des apprentissages). Ils en parlent rarement avant 2 ans, alors que la règle des « zéro écrans avant 3 ans » est bien connue de tous. Les autres recommandations sont méconnues pour une majorité des médecins. Ils délivrent des conseils multiples aux parents : pas les jours d'école, diversifier les activités, être vigilant sur le contenu, instaurer des limites. Ils utilisent peu de supports en consultation. Ils sont demandeurs d'outils tels que des brochures, d'un questionnaire de repérage d'un mésusage, d'une consultation dédiée pour parler des écrans, d'un site internet généralisant les informations, la création d'une campagne de prévention nationale. Ils souhaitent travailler en coordination avec d'autres professionnels, et bénéficier de formation courte sur les écrans. Différents freins pour aborder le sujet sont retrouvés : le manque de connaissance et d'expérience, la difficulté à initier le dialogue, le manque de temps en consultations avec un sujet qui n'est pas prioritaire, l'oubli d'en parler, l'organisation familiale compliquée autour des écrans.

Conclusion : Des pistes d'amélioration des pratiques existent afin de développer les compétences des médecins généralistes sur le sujet des écrans et des enfants.

MOTS CLES : Enfants, Adolescents, Écrans, Médecine générale, Pratiques, Outils