

ANNEE 2020

N°

**« REPRESENTATION DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT
L'EXPOSITION AUX ECRANS CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 18 ANS »**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08 septembre 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Jean BOURDIAU

Né le 31/05/1992

Au Creusot (71)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2020

N°

**« REPRESENTATION DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT
L'EXPOSITION AUX ECRANS CHEZ LES ENFANTS DE 0 à 18 ANS »**

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 08 septembre 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Jean BOURDIAU
Né le 31/05/1992
Au Creusot (71)

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} **Septembre 2020**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANNE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoît	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Frédéric HUET

Membres :

Monsieur le Docteur Louis LEGRAND

Monsieur le Docteur CHARRA Clément

Monsieur le Docteur ROUX-LEVY Pierre-Henri

Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admis 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.

Admis 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 déshonoré et méprisé si j'y manque."

Remerciements

Au président du jury, Monsieur le **Professeur Frédéric HUET**,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Louis LEGRAND**,
Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce sujet et de m'avoir fait l'honneur de juger mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le **Docteur CHARRA Clément**,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. La participation à vos séminaires a été très enrichissante pour la pratique de la médecine générale.
Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse, le **Docteur ROUX-LEVY Pierre-Henri**,
Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Tes compétences et ta disponibilité à tout moment ont rendu ton accompagnement des plus fructueux. Tes conseils m'ont été précieux tout au long de ce travail.

Aux **Maîtres de Stage Universitaires** que j'ai rencontré dans mon cursus,
Je vous remercie de m'avoir donné l'envie d'exercer la médecine générale, puis pour m'avoir conforté dans ce choix.

A l'équipe de la **Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Luzy** et du **Cabinet Médical Granville de Dijon**,
Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour le début de mon exercice professionnel libéral et pour tous les bons moments passés ensemble.

Au **Docteur François ARCOS**, mon « papa » de la médecine générale plein de gentillesse et d'humour, je suis heureux d'avoir pu croiser ta route. Je te remercie pour ta confiance et ton soutien.

A Anabelle,

Un remerciement n'est pas suffisant pour illustrer ton soutien et ton incroyable patience durant toutes ces années. Un nouveau chapitre démarre, et je suis certain qu'il continuera à être rempli de bonheur, en famille.

A Clément,

Ton arrivée a transformé ma vie.

Merci infiniment de m'accueillir dans ton monde.

Papa fera tout son possible pour ton bonheur.

Je vous aime.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné les moyens d'arriver là où j'en suis.

Merci pour votre soutien et votre amour inconditionnel.

Maman, Papa, je vous aime fort.

A Céline, Nico, Alex et Lucie,

Je vous remercie de m'avoir accueilli pendant mon cursus et mes remplacements. Passer du temps avec vous m'a fait un bien fou.

A mes beaux-parents,

Je vous remercie pour votre dévouement et votre travail acharné pour l'accomplissement de notre projet professionnel et familial.

A mes amis,

Pour ces belles années passées ensemble et aux souvenirs à venir.

A Louis,

Tu seras un formidable obstétricien et un formidable parrain pour notre fils. Je suis heureux qu'il puisse t'avoir dans sa vie.

A Alfred,

On savait tous les deux que je trainerais un peu pour soutenir ma thèse, mais ça y est, je te rejoins !

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	12
Introduction	13
Méthode	16
1. TYPE D'ETUDE.....	16
2. ECHANTILLONNAGE.....	16
3. RECRUTEMENT	16
4. CANEVAS D'ENTRETIEN	16
5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	17
6. ANALYSE	17
Résultats	19
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	19
2. CONTEXTE DE LA THEMATIQUE VUE PAR LES MEDECINS	20
2.1. DEVELOPPEMENT DES ECRANS.....	20
2.2. DETERMINANTS DE L'EXPOSITION DES ENFANTS AUX ECRANS	21
3. EFFETS DES ECRANS SUR L'ENFANT	24
3.1. DIFFERENTS NIVEAUX D'EFFET	24
3.2. FACTEURS INFLUENCANT L'EFFET DES ECRANS	29
4. ORIGINE DES REPRESENTATIONS.....	32
4.1. CONNAISSANCES THEORIQUES	32
4.2. EXPERIENCES PERSONNELLES	32
4.3. EXPERIENCES PROFESSIONNELLES	33
5. PRATIQUE ACTUELLE EN MEDECINE GENERALE	34
5.1. CONSTAT DE L'UTILISATION.....	34
5.2. ABORD DE LA THEMATIQUE EN CONSULTATION.....	35
5.3. PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE	36
5.4. CONSEQUENCES AU QUOTIDIEN : RESSENTI SUR LA PRATIQUE	38

Effets sur la relation médecin-patient.....	38
6. POSSIBILITES POUR LE FUTUR	41
6.1. SELON QUELLES JUSTIFICATIONS ?	41
6.2. SOUS QUELLES FORMES ?.....	41
6.3 QUELLES AIDES POSSIBLES ?	43
6.4. RESENTI FACE AUX POSSIBILITES FUTURES	45
Discussion.....	46
1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	46
1.1. FORCES	46
1.2. LIMITES	46
2. MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS	47
2.1. LES ENFANTS ET LES ECRANS : le contexte et les déterminants bien appréhendés par les médecins.....	47
2.2. LES EFFETS DES ECRANS : entre données de la science et a priori	48
2.3. LA CONSTRUCTION DES REPRESENTATIONS : Une riche complexité	50
2.4. LA PRATIQUE ACTUELLE DE LA PREVENTION : Une présence en demi-teinte ..	51
2.5. LES ECRANS DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE : Une influence certaine	51
3. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	52
3.1. UN PARADOXE MAIS DES PISTES.....	52
3.3. LIMITES ENVISAGEES	54
3.4 VERS UNE AMELIORATION DES PRATIQUES ?.....	56
Conclusion	57
Bibliographie	58
ANNEXES	65

Liste des abréviations

AFPA : Association française de pédiatrie ambulatoire

CIM : Classification internationale des maladies

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de santé publique

RÉPPOP-BFC : Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique

Introduction

Depuis plusieurs années, les écrans numériques sont omniprésents dans notre quotidien. Les interfaces sont multiples, même si la télévision reste l'outil le plus utilisé des français avec 92.5% de foyers équipés, contre respectivement 85.5%, 75.4% et 48.3% des foyers équipés d'ordinateurs, smartphones et tablettes (1). Cette omniprésence concerne également les enfants, qui sont exposés aux écrans dès le plus jeune âge, tous supports confondus. En 2018, Les 4-14 ans ont passé en moyenne 1h39 par jour à regarder des programmes télévisés (2). Au quotidien, il n'est pas rare de voir un jeune enfant utiliser avec dextérité un outil numérique tel un smartphone ou une tablette. Ainsi, à l'âge de 14 mois, 78% des enfants français ont déjà utilisé un appareil à écran tactile, contre 90% à 24 mois (3). De plus, 12% des enfants de 2 ans jouent avec une tablette quotidiennement (4). L'essor rapide des nouvelles technologies, avec notamment un accès internet de plus en plus facilité, a même conduit à une définition générationnelle centrée autour des nouvelles technologies numériques : la génération Z (5) (Annexe 1). Les jeunes parents actuels, correspondant à la génération Y, ont appris à vivre avec les écrans qui font partie de leur environnement quotidien, et peuvent donc exposer plus facilement leurs enfants.

L'usage des écrans favorise l'accès aux informations en tous genres, dont l'accès à la culture chez les usagers. Chez les jeunes enfants, l'usage d'écrans interactifs peut favoriser la motricité fine et la créativité (6-7). Chez les adolescents, un usage modéré des écrans, et notamment des smartphones, semble associé positivement au bien-être psychologique (8).

Cependant, une importante exposition aux écrans peut avoir des effets néfastes chez les enfants sur :

- La masse corporelle, en raison d'une association entre durée d'exposition aux écrans et surpoids/obésité (9)
- L'acquisition du langage, avec un appauvrissement du lexique chez les enfants massivement exposés à la télévision, l'effet étant dose-dépendant (10)
- Le sommeil, avec un regain de vigilance et une baisse de somnolence en cas d'utilisation d'écrans le soir, entraînant un retard d'endormissement (11)
- Les capacités d'attention, avec un plus fort risque d'entrer dans les critères du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (12).

Ces effets néfastes ont été retrouvés dans de nombreuses études, même si aucun lien de causalité fort n'a jamais pu être retrouvé avec l'usage des écrans, en l'absence de possibilité d'étude randomisée sur le sujet.

Dans ce contexte, des recommandations ont été élaborées dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis par l'American Academy of Pediatrics, au Canada par la Société Canadienne de Pédiatrie, en Australie par l'Australian Government Department of Health (13-15). Elles s'accordent toutes sur le potentiel néfaste des écrans, surtout chez le jeune enfant, bien qu'aucun consensus ne soit établi.

En France, la recommandation la plus diffusée est la règle des « 3-6-9-12 » (16). Elle a été élaborée en 2008 par le professeur Serge Tisseron, psychiatre et psychanalyste, et reprise pour les recommandations de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) en 2011 (Annexe 2). Elle se compose comme suit :

- Pas de télévision avant 3 ans
- Pas de console de jeu personnelle avant 6 ans
- Pas d'initiation à Internet avant 9 ans
- Pas d'utilisation d'Internet seul avant 12 ans

Sabine Duflo, psychologue clinicienne, propose quant à elle la règle des « 4 temps sans écrans » pour favoriser le développement de l'enfant (17) (Annexe 3) :

- Pas d'écran le matin pour maintenir le stock attentionnel de la journée
- Pas d'écran pendant les repas pour favoriser les échanges au sein de la famille
- Pas d'écran au coucher pour éviter les troubles du sommeil
- Pas d'écran dans la chambre pour surveiller l'utilisation et le contenu

L'avis de l'Académie des Sciences émit en 2013, appuie sur l'absence d'intérêt des écrans passifs, ainsi que la nécessité d'accompagner l'usage des écrans et de limiter le temps d'exposition (18). En 2019, en lien avec l'Académie de médecine et l'Académie des technologies, elle appelle à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques (19). La Société Française de Pédiatrie propose en 2018 quelques messages clés à destination des familles, appelant à favoriser les échanges dans la famille avec des temps sans écrans et s'orienter vers une utilisation raisonnée des écrans sans les diaboliser (20).

Pour appuyer cette prévention, le nouveau carnet de santé inclut désormais des conseils concernant l'exposition aux écrans, témoignage de l'émergence de la question des écrans dans le domaine de la prévention en santé pédiatrique (21).

D'après plusieurs études explorant les opinions et représentations des parents concernant les écrans, ces derniers semblent sous-estimer le risque d'une exposition précoce de leurs enfants (22). Ils semblent y trouver une source d'apprentissage du langage, de développement de l'imaginaire et de lutte contre la solitude, contrastant avec les données de la littérature et les recommandations existantes (23). L'exposition aux écrans leur semble également inévitable avec une omniprésence difficile à remettre en question. Ils expriment cependant une limitation des échanges familiaux lors de l'utilisation des écrans, avec en outre

une anxiété liée aux confrontations en cas de limitation de leur utilisation, et ce, à tout âge. Ils sont par ailleurs en demande de conseils pour les aider à instaurer des règles de bon usage (24).

Un des rôles des médecins généralistes comprend la promotion de la santé et la prévention des maladies, en prenant en compte le contexte familial, communautaire et culturel de leurs patients (25). Par ailleurs, ils assurent le suivi de 95 % de la population pédiatrique, seuls ou conjointement avec les pédiatres (26). Dans ce cadre, le médecin généraliste semble avoir une place de choix dans la prévention des effets des écrans chez les enfants. Pour envisager ce rôle de prévention, dans le contexte d'absence de consensus des recommandations établies concernant l'exposition aux écrans chez les enfants, il est nécessaire de connaître les représentations des médecins à ce sujet, à l'instar des travaux faits chez les parents (22-24).

L'objectif de ce travail a été d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant l'exposition aux écrans des enfants de tous âges.

Méthode

1. TYPE D'ETUDE

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée, afin de permettre la plus grande liberté de réponse des médecins.

2. ECHANTILLONNAGE

L'étude ciblait les médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé en libéral, ou médecin généraliste remplaçant régulier d'un cabinet libéral.
- Avoir une activité principalement ambulatoire
- Accepter de participer à l'étude.

3. RECRUTEMENT

Un échantillonnage en variation maximale a été réalisé. L'intérêt était de rendre l'échantillon de sujets interrogés hétérogènes selon plusieurs variables, dans le cadre de cette étude qui s'intéressait à la diversité des représentations des médecins généralistes (27).

Les critères de variabilité étaient l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, le type d'exercice, la durée d'exercice, la parentalité.

Les entretiens ont d'abord été réalisés dans l'entourage du chercheur (médecins rencontrés pendant le cursus lors des stages ambulatoires, connaissances) avant un élargissement du recrutement par méthode « boule de neige », c'est à dire par l'aiguillage du chercheur par les premiers participants vers les futurs participants à recruter (27).

4. CANEVAS D'ENTRETIEN

Le canevas d'entretien a été élaboré selon le principe de l'entretien semi-dirigé. Il débute par une question ouverte, générale, puis comporte des questions de relance plus

ciblées si les différentes thématiques n'ont pas été abordées spontanément par le médecin interrogé.

Ce guide d'entretien a été remanié après les trois premiers entretiens, avec modification des questions de relance, pour aboutir à un déroulement plus logique des idées et permettre une meilleure fluidité dans l'entretien.

5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés en face à face avec chaque médecin. Ils se sont déroulés soit à leur cabinet, soit à leur domicile, soit dans un lieu neutre en extérieur, selon leurs convenances respectives. Trois des entretiens ont été effectués en visiophonie en raison du contexte pandémique exceptionnel du Covid-19. Les douze entretiens ont été menés par un seul chercheur de novembre 2019 à mai 2020.

L'intégralité des entretiens a été enregistrée à l'aide de deux dictaphones, pour éviter toute défaillance technique.

Les éléments notables de communication non verbale ont été notés au cours de l'entretien, avec un simple renvoi au minuteur de l'enregistrement, pour ne pas perturber le déroulement de l'entretien.

Chaque entretien a été retranscrit via Office 365®, au maximum deux jours après son enregistrement. Les éléments de communication non verbale ont été intégrés à la retranscription des entretiens.

6. ANALYSE

Une analyse thématique a été réalisée. Elle a été menée au fur et à mesure des entretiens, à partir des données retranscrites. Tous les verbatim ont été classifiés en thèmes et sous-thèmes à l'aide du logiciel Office 365®.

Cette analyse thématique a été réalisée indépendamment par deux chercheurs, avant confrontation des analyses, constituant ainsi une triangulation méthodologique. L'objectif de cette triangulation a été d'augmenter la validité interne de l'étude.

Aucune nouvelle donnée n'est apparue après la réalisation du onzième entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé, sans nouvelle thématique, ce qui a signé la saturation des données.

Résultats

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Au total, 12 médecins généralistes ont été interrogés. Les caractéristiques de ces professionnels sont décrites dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des médecins participants

	Age	Sexe	Durée d'exercice (en années)	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	% Pédiatrie	Enfants (Âges)
M1	28	F	1	Semi- rural	Remplaçante	20%	0
M2	47	H	18	Urbain	En groupe	10%	3 (20ans- 18ans- 18ans)
M3	32	H	1	Rural	En groupe	30%	0
M4	48	H	19	Urbain	En groupe	15%	2 (18ans- 14ans)
M5	31	F	3	Semi- rural	Remplaçante	25%	1 (20mois)
M6	61	F	32	Rural	Seule	20%	2 (29ans- 25ans)
M7	31	F	3	Rural	En groupe	20%	1 (2ans)
M8	38	H	8	Semi- rural	En groupe	30%	2 (9ans- 2ans)
M9	55	F	25	Semi- rural	Seule	30%	3 (29ans- 27ans- 22ans)
M10	40	F	12	Urbain	En groupe	20%	2 (11ans- 5ans)
M11	33	F	4	Semi- rural	Remplaçante	10%	0
M12	28	H	1	Rural	En groupe	30%	2 (4ans- 2ans)

2. CONTEXTE DE LA THEMATIQUE VUE PAR LES MEDECINS

2.1. DEVELOPPEMENT DES ECRANS

Envergure

Les médecins interrogés s'accordaient sur le **caractère omniprésent** des écrans :

« Ça concerne la société en général. » (M1)

« Les écrans ne sont plus un plus, c'est une base, c'est totalement intégré dans le mode de vie. » (M10)

« Au 21^e siècle on subit une exposition incompressible. » (M8)

M9 ajoutait que « les métiers de maintenant en requièrent » et qu'il était donc « presque impossible de ne pas en avoir ».

De plus pour eux, **l'exposition chez les enfants était rendue inévitable** :

« C'est tellement ancré dans les foyers. » (M11)

« De toute façon ils vont y être confrontés à un moment ou à un autre [aux écrans]. » (M5)

« Les enfants vont souvent avoir un écran assez rapidement dans leur vie. » (M3)

En plus d'être inévitable, elle était selon eux **importante** avec ce qu'ils qualifiaient de « surexposition » (M2, M3, M12)

Tournant générationnel

Pour les médecins, cela allait de pair avec une **évolution générationnelle** :

« L'époque a évolué et c'est bien normal. » (M5)

« C'est une question qui concerne votre génération ça ! » (M9)

Les médecins, même les plus jeunes, comparaient volontiers la place actuelle des écrans à celle qu'ils occupaient pendant leur propre enfance :

« Par rapport à notre époque, il y a plus de jeux adaptés pour les petits, plus de facilités d'accès. » (M11)

« Avant on avait que la tv. » (M12)

« Ça remplace d'autres activités qui avant étaient plus prépondérantes. » (M1)

« Ça avait un caractère plus exceptionnel les écrans de notre temps. » (M6)

D'après M4, les individus exposés étaient « *de plus en plus et de plus en plus jeunes* », ce qui rendait d'après M2 les écrans « *de plus en plus fréquents chez les enfants même vraiment hyper jeunes.* » (M2)

L'utilisation des écrans était décrite comme plus aisée pour la jeune génération :
« *Vous, vous savez tout bien, je vois mes jeunes remplaçants. Nous on se sent un peu largué.* » (M6)
« *Ils savent hyper bien utiliser les technologies, des fois un peu mieux que nous.* » (M2)

Cinétique

Selon eux, cette évolution s'est produite avec une **cinétique importante et peu maitrisable** :

« *Cette influence n'a fait que s'exacerber depuis l'époque de mon fils.* » (M9).
« *Ça s'est fait rapidement sur les 10 dernières années je dirais, bien trop rapidement pour qu'on ait le temps de se poser les questions de ce problème.* » (M4)
« *On rajoute le téléphone, la tablette et on arrive à un niveau difficilement maitrisable.* » (M8)
« *Ils sont tellement présents partout qu'on n'a pas vraiment eu le temps de prendre du recul.* » (M11)

2.2. DETERMINANTS DE L'EXPOSITION DES ENFANTS AUX ECRANS

Les médecins interrogés citaient plusieurs déterminants en lien avec l'exposition des enfants.

Le milieu familial

De manière unanime, les **parents** endossaient une responsabilité centrale :
« *C'est la maison pour moi le point de départ.* » (M5)
« *C'est une thématique qui est directement en lien avec la parentalité.* » (M9)
« *En tant que parent on est responsable de cette exposition aux écrans. Il faut se rappeler qu'ils (les écrans) sont achetés par les adultes.* » (M8)
« *La question des écrans relève surtout des parents et d'un choix d'éducation.* » (M10)

Pour les médecins, dont les deux médecins actuellement non parents, l'écran pouvait faire office d'occupation, avec un **rôle de soulagement des parents** :

« *C'est une solution de facilité chez pas mal de parents qui mettent l'iPhone® ou la tablette dès qu'il y a un problème.* » (M3)

« *C'est un côté pratique : tu mets le bébé dans le parc et tu mets le plus grand devant un écran.* » (M1)

Le **milieu de vie** avait aussi son importance :

« *Si tu n'as pas un jardin c'est plus difficile, en appartement.* » (M12)

« *Dans les familles monoparentales, les parents n'ont personne pour les aider donc je pense qu'ils sont plus enclins à céder à la facilité.* » (M7)

Le mimétisme

L'usage des écrans **par mimétisme** était cité :

« *L'enfant est dans l'imitation [...] Si nous sommes sur nos téléphones il n'est pas étonnant que l'enfant sache bien le manipuler.* » (M8)

« *Cette surutilisation chez adultes donne le mauvais exemple, les enfants agissent par mimétisme.* » (M5)

Le milieu scolaire

L'école était aussi mise en cause, avec le développement des **écrans comme outils éducatifs** :

« *L'école, parce qu'ils sont en train de faire beaucoup entrer les écrans dans les classes de toutes sections.* » (M5)

« *Les écoles les distribuent comme les iPad® chez les primaires et collégiens.* » (M9)

« *À l'école aussi on leur demande beaucoup maintenant les écrans, avec de moins en moins de cahiers.* » (M6)

« *Les devoirs envoyés par internet ou le carnet de liaison informatisé.* » (M10)

Les médecins ont aussi évoqué l'influence des **camarades de classe** sur l'utilisation des écrans, par effet de groupe :

« *Les camarades jouent un rôle.* » (M3)

« *Copains, copines aussi, je pense.* » (M8)

« Les copains aussi doivent se raconter des choses dans les cours d'école, de collège et lycée. » (M3)

« Mon fils, comme tous ses copains a voulu la dernière console. » (M9)

La diversité des sources d'exposition

La **multiplication des types d'écrans** était mise en cause :

« Les formes se sont multipliées. » (M9)

« Maintenant il y a la tablette l'ordinateur et surtout le téléphone. » (M12)

« Plus de jeux adaptés pour les petits. » (M11)

« Si c'est pas le portable c'est la tablette, si c'est pas la tablette c'est le PC, ou la télé. » (M1)

De même que leur **facilité d'accès** :

« Il y a un accès massif à tous les types d'écrans. » (M4)

« Il y a plus de facilités d'accès. » (M11)

Le rôle de l'industrie et de la publicité

Selon certains médecins, la **publicité** jouait un rôle majeur dans l'usage des écrans chez les enfants :

« Il y a beaucoup de publicités je pense que ça joue aussi dans l'utilisation ou la surutilisation des écrans. » (M3)

« Une publicité permanente. » (M4)

D'autres estimaient que le **concept même de certains jeux** ou jouets était voué à augmenter la consommation d'écran :

« C'est étudié pour... l'effet [des jeux] est bien étudié pour créer cette addiction. » (M11)

« Je pense que les vendeurs d'écrans ont inventé des claviers pour bébé de manière déjà à capter cette consommation. » (M1)

M4 précisait même que l'**accès aux écrans** était facilité par le marché concurrentiel des écrans avec « des prix compétitifs et d'énormes enjeux financiers ».

L'attrait intrinsèque de l'enfant envers les écrans

Les écrans avaient selon certains simplement un **attrait ludique** auprès des enfants :

« *Ils trouvent ça tellement bien !* » (M6)

« *Les aspects ludiques [...] tout simplement en jouant tu aimes ça.* » (M12)

« *Ça les intéresse parce que ça bouge, c'est animé.* » (M1)

Ainsi d'après M3, « *la surutilisation doit venir de la demande de l'enfant* ».

Les écrans comme prérequis à l'acceptation sociale

Enfin, les médecins ont amené la notion de l'usage des écrans de l'enfant comme **prérequis à l'acceptation sociale** par ses pairs :

« *Couper complètement des écrans c'est prendre des risques par rapport aux autres parce que le gamin qui ne connaît pas Cars® ou la Reine des Neiges® il est un peu tout seul, on va se moquer de lui en maternelle dès très tôt [...] ça me paraît être une condition minimum pour pas être mis d'écart.* » (M7)

« *Il [son fils] nous avait dit que tout le monde jouait avec au collège, que tous ses copains ne parlaient que de ça... On ne voulait pas qu'il se sente à part et qu'on se moque de lui.* » (M4)

« *Pour éviter à leurs enfants de subir des moqueries des camarades s'ils ne connaissent pas tel ou tel personnage.* » (M5)

3. EFFETS DES ECRANS SUR L'ENFANT

3.1. DIFFERENTS NIVEAUX D'EFFET

Au niveau biomédical

Selon tous les médecins interrogés, l'exposition aux écrans chez les enfants pouvait avoir un **effet sur la dimension biomédicale**.

La plupart des médecins suggéraient que les jeunes enfants sont susceptibles d'avoir des troubles du **développement psychomoteur** en cas d'exposition trop importante aux écrans... :

« *Je pense que ça n'apporte absolument rien au développement de l'enfant, sa motricité, son langage.* » (M5)

« *Problème de développement psychomoteur chez les petits.* » (M4)
« *Soucis d'orientation et puis de visualisation 3D.* » (M11)
« *Troubles pour le développement intellectuel, le langage, ça baisse le QI définitif.* » (M7)
« *Une perte d'utilisation de certains sens comme observer, manipuler les choses.* » (M8)
« *Une diminution de la capacité imaginative.* » (M12)

...en mettant en cause la mise au silence de leurs sens...

« *Les petits ils ont besoin d'utiliser leurs mains, de toucher etc., de faire appel à tous les sens.* » (M2)
« *Il faut qu'il expérimente, qu'il touche, qu'il goute, pour développer ses sens, ses capacités cérébrales et apprendre à faire des choses* » (M5)

...alors que certains voient des effets bénéfiques :

« *Il y a forcément des effets bénéfiques pour les stimuler.* » (M11)
« *Ils font des trucs assez bien hein, sur l'instruction, les couleurs, les nombres.* » (M7)
« *Certains programmes favorisent la motricité.* » (M8)
« *Augmentation des réflexes [...] apprentissage de nouveaux mots [...] développer les capacités (vocabulaire, recherche de mots, les mimiques).* » (M12)

Les troubles visuels et ophtalmologiques ont également été cités...

« *[Les écrans] favorisent les soucis ophtalmologiques.* » (M9)
« *Ça doit forcément retentir sur la vue.* » (M3)
« *Conséquences visuelles également, ophtalmiques.* » (M4)

...parfois jusqu'au pathologique avec l'évocation de la myopie comme conséquence directe de l'exposition :

« *Cela aggrave la myopie et la fatigue oculaire en général.* » (M6)
« *Ça entraîne des pathologies oculaires comme la myopie.* » (M1)

Les troubles du sommeil ont beaucoup été mis en avant :

« *Impact sur l'endormissement.* » (M7)
« *Des troubles du sommeil.* » (M1, M2, M3, M10)
M2 précisait : « *Surtout chez les ados.* »

Quelques-uns ont mis en cause l'exposition à la lumière bleue comme origine à ces troubles

« La lumière bleue [...] serait en lien avec une moins bonne qualité de sommeil. » (M6)

« Lumière bleue des écrans. » (M12)

M1 et M7 envisageaient le risque de « **surpoids et/ou d'obésité de l'enfant** ».

Ils mettaient en cause en tant que comportements associés à l'exposition aux écrans, la sédentarité :

« La sédentarité. » (M1)

Ainsi que le déséquilibre alimentaire :

« *Devant la télé [...] de préférence des chips* » (M7)

Le **risque de crises d'épilepsie** a été évoqué également :

« *Ça pourrait déclencher des crises d'épilepsie.* » (M9)

« *Chez les épileptiques [...] le risque de déclencher des crises d'épilepsie.* » (M6)

Deux des médecins ont mis en lien l'usage des écrans avec la possibilité de **troubles musculo-squelettiques**, en raison de troubles posturaux :

« *Les doubles mentons !* » (M6)

Ce qui pouvait entraîner selon eux :

« *Des cervicalgies* » (M6)

« *Des céphalées* » (M1)

Quelques-uns ont évoqué un risque de **pathologies psychiatriques** :

D'après M9, une exposition importante des enfants aux écrans pourrait « *entraîner un repli sur eux même ou être un trigger de pathologies psychiatriques* ».

Le **syndrome dépressif** a notamment été mis en avant :

« *Cela génère des dépressions.* » (M3)

« *Dépression ! peut-être.* » (M1)

« *Ça peut accentuer certains états dépressifs.* » (M4)

Selon M7, cela pouvait aller parfois jusqu'aux « *tentatives de suicide* ».

Ainsi que les **troubles du spectre autistique** :

« Des symptômes presque du spectre autistique chez certains enfants [...] qui se mettent dans leur bulle. » (M5)

« Des replis autistiques. » (M7)

M2 pensait également que « ça pourrait faire verser dans la **schizophrénie** ».

Il existait selon les médecins un **risque d'addiction comportementale** en ce qui concerne les jeux vidéo, surtout chez les adolescents :

« Chez les ados il y a le problème des addictions aux jeux vidéo. » (M11)

« Ils ne peuvent plus vivre sans. » (M6)

« Nouvelles addictions [...] à ce qui est jeux et compagnie. » (M1)

Une des médecins interrogés envisageait même que cette addiction aux jeux vidéo soit une porte d'entrée pour les addictions à une substance :

« On peut imaginer qu'un adolescent addict aux jeux vidéo qui chercherait par exemple à se sevrer dans le cadre de sa poursuite d'étude, soit plus susceptible de glisser dans l'addiction au cannabis ou à l'alcool par exemple. » (M10)

Au niveau culturel et récréationnel

Les médecins avaient des avis très positifs et illustrés **sur le plan culturel**, en raison d'un accès facilité :

« Accès à la culture phénoménal. » (M9)

« Recherches qui sont plus accessibles. » (M5)

Les bénéfices cités étaient nombreux :

« L'apprentissage d'une langue étrangère et la maîtrise d'un accent étranger. » (M2)

« Tout ce qu'on peut faire avec, qui est merveilleux, l'ouverture au monde. » (M6)

« Le potentiel de lisser les inégalités socio-économiques [par l'accès à la culture]. » (M9)

Pour M5, l'écran était à ce titre un « *outil interactif qui peut être intéressant à l'école* ». (M5)

La dimension de **source de loisirs** était mise en avant :

« Ce n'est pas l'écran qu'elles vont chercher, c'est l'histoire, le contenu. » (M1).

« S'évader un peu. » (M3)

« Ils [Les enfants] inventent des jeux en fonction de ce qu'ils voient. » (M12)

Au niveau social

L'opinion était riche et partagée sur le plan social.

Certains voyaient le **bénéfice au niveau relationnel** :

« Communiquer à distance avec les proches. » (M6)

« Formidable outil de communication. » (M4)

« 3 SMS de temps en temps, c'est le lien social, ce n'est pas l'écran. » (M2)

M1 et M5 voyait ainsi dans l'usage des écrans un moyen de « créer du lien ».

Tandis que d'autres, s'alarmaient sur les **dangers** :

« Cette capacité de faire disparaître le monde qui les entoure. » (M4)

« Tout le monde est connecté mais tout le monde se sent seul. » (M8)

« Dé-sociabilisation. » (M1, M6)

Pour M7, cette diminution des interactions sociales donnait « des enfants qui savent moins facilement se faire des amis et donc un frein pour l'intégration sociale ultérieure » tandis que M2 et M10 mettaient en garde vis-à-vis de l'émergence du « harcèlement sur les réseaux sociaux ».

Au niveau comportemental

Les médecins faisaient le lien entre l'exposition aux écrans et des **modifications comportementales, tendant à rendre les enfants passifs** :

« Tu leur montres un écran et puis tu peux faire ce que tu veux, ils ne bougent pas. » (M2)

« Complètement obnubilés. » (M3)

M7, M8 et M11 mentionnaient un effet d'« hypnose ».

M7 soutenait même la comparaison avec « le KALINOX® »

Pour la plupart, l'écran modifiait également le comportement des enfants en pouvant entraîner une **certaine irritabilité**, dont le lien était fait avec le moment d'arrêt ou de limitation des écrans :

« Un état d'excitation. » (M12)

« Une aggravation des crises. » (M5)

« Tu les entends pleurer quand le dessin animé est fini. » (M4)

« Limite il se roule par terre parce qu'on lui interdit son jeu. » (M1)

M1 et M6 mentionnaient une possible augmentation de la « **violence** », tandis que M4 évoquait une « **baisse de la concentration** ».

3.2. FACTEURS INFLUENCANT L'EFFET DES ECRANS

Différentes variables étaient mises en relation avec les divers effets générés chez l'enfant. « *Il faut distinguer l'outil, son usage, le lien et la relation que l'on a avec l'outil.* » (M8)

Age de l'enfant

Selon les médecins interrogés, les **jeunes enfants** étaient **plus susceptibles** de connaître des **effets négatifs** de l'exposition aux écrans :

« *Tout petit comme ça avec une tablette, ça fait un peu peur.* » (M11)

« *Chez les enfants en bas âge [...] le risque est trop grand.* » (M10)

« *C'est chez les petits que ça se joue.* » (M5)

Notamment concernant le développement psychomoteur :

« *C'est surtout gênant pour les petits dans leur développement.* » (M11)

Pour les **adolescents**, M6 mentionnait que le risque était plutôt celui de « *se retrancher sur eux-mêmes* » bien qu'il y ait « *le bon côté aussi à partir peut-être d'un certain âge* ».

Quantité d'exposition

Tous les médecins s'accordaient sur le fait que la **durée d'exposition** était un élément central :

« *Ce qui compte le plus c'est l'exposition cumulée.* » (M2).

« *Ça ne va pas lui rendre service plus tard d'être 12h devant la tv.* » (M12)

« *La quantité d'exposition aux écrans est le plus facile à objectiver et régit le mésusage.* » (M9)

Pour M7, il s'agissait d'une réelle démesure :

« *Un film d'animation, ça dure une heure et demie, c'est trop chez les petits.* »

A l'inverse, **un usage moins important** était associé d'après eux à **un moindre effet négatif** :

« *Quand ça va être modéré je ne pense pas que ça nuise énormément.* » (M3)

Contenu

Tous ont mentionné l'importance de « la question du contenu » (M8) en introduisant le concept de **contenus adaptés**.

« Le type de contenus que ce soient des vidéos, des émissions ou des jeux vidéo a son importance. » (M9)

Selon eux, l'exposition à des images violentes ou choquantes pouvaient avoir plusieurs répercussions :

« Faire peur. » (M5)

« Mener à des états anxieux. » (M10)

« Fragiliser mentalement des enfants de tous âges. » (M9)

L'âge de l'enfant était cité comme critère primordial pour éviter ces effets négatifs :

« Choses qu'ils ne sont pas prêts à voir. » (M3)

« Contenu qui n'était pas de leur âge. » (M4)

Le contenu pouvait inversement être bénéfique pour les loisirs ou la scolarité :

« Pour faire de la musique, faire des activités adaptées à leur âge. » (M11)

« Je ne sais pas comment la continuité de son programme de 6^e aurait été possible sans les cours sur internet et le suivi des professeurs en vidéo. » (M10)

Précarité

Selon M12, les **populations « de niveau socio-éducatif moins élevé » étaient plus à risque**

Ces populations seraient plus sujettes aux effets négatifs des écrans, tant par la durée d'exposition... :

« Quand il n'y a pas d'alternative par manque de moyens ou d'accès à l'éducation, l'utilisation tend immédiatement à la surutilisation. » (M9)

...Que par le contenu :

« En fonction de la sphère socio-culturelle, si les contenus ne sont pas riches, ça ne compensera pas la carence éducative, culturelle. » (M8)

Type d'écran

D'après les médecins, **l'effet** différait selon le type d'écran utilisé **par son caractère passif ou interactif** :

« La télé était passive alors que désormais la connexion génère une activité connectée qui augmente la charge mentale. » (M8)

« La télé tu peux la regarder à plusieurs, en discuter, intervenir, interagir mais la tablette, c'est très personnel quand même. » (M4)

« Les traumatismes visuels qui sont possibles via la TV, plus que sur les tablettes parce que ça n'est pas filtré. » (M7)

« Les jeux vidéo [...] c'est encore autre chose ça. » (M11)

Contexte d'utilisation

Pour M8, « le problème n'est pas l'outil mais son utilisation ».

Cela pouvait poser problème d'après les médecins selon **le lieu**...

« Au restaurant les petits et leurs parents étaient collés devant les écrans, personne ne parlait. » (M11)

...le moment de la journée... :

« Il faut choisir le moment et éviter avant le coucher. » (M12)

...ou le fait que l'enfant soit seul ou accompagné :

« Le gamin qui regarde son dessin animé sur la tablette il est tout seul. » (M4)

« Il est inconcevable de laisser une tablette avec internet à un enfant seul. » (M7)

Equilibre par rapport à d'autres activités

Pour tous les médecins, **l'usage des écrans se substituait à d'autres activités jugées plus bénéfiques** :

« Les écrans entraînent le fait de de moins sortir dehors » (M5)

« Ça remplace d'autres activités qui avant étaient plus prépondérantes. » (M2)

« S'ils sont sur le smartphone, ils ne sont pas en train de faire autre chose. » (M4)

Pour M8, « l'exposition aux écrans chez des enfants qui ont d'autres outils à disposition n'est pas très délétère. »

4. ORIGINE DES REPRESENTATIONS

4.1. CONNAISSANCES THEORIQUES

Les médecins faisaient fréquemment le lien entre leurs affirmations et l'existence ou non d'une **littérature scientifique** :

« *On voit beaucoup d'articles aussi là-dessus.* » (M6)

« *Dans les dernières études que j'avais lu [...]* » (M10)

« *Il n'y a pas d'étude pour prouver [...]* » (M11)

Certaines références émanaient d'ailleurs de **recherches personnelles** sur le sujet :

« *J'ai lu des bouquins sur le développement du cerveau de l'enfant pendant ma grossesse.* » (M5),

« *Lors de mes études je m'étais pas mal intéressée à la plasticité cérébrale.* » (M10)

Cependant la plupart rapportaient des **bases théoriques incertaines** :

« *Je ne pense pas que la littérature le prouve.* » (M5)

« *Je n'ai pas en tête d'éléments objectifs pour étayer ce que je t'avance.* » (M9)

« *Je n'ai jamais fait de formation là-dessus, [...] ni lu là-dessus.* » (M2)

« *On ne nous l'a jamais enseigné ça !* » (M3)

« *On ne sait pas à quoi ça expose à long terme.* » (M8)

Des « on dit » se glissaient ainsi dans leur discours :

« *C'est uniquement parce qu'on nous dit que ce n'est pas bien qu'on limite.* » (M12)

« *J'avais entendu que [...]* » (M11)

« *Une certaine pathologie liée soi-disant aux émissions de la lumière bleue.* » (M2)

4.2. EXPERIENCES PERSONNELLES

Dans ce contexte, les MG ont beaucoup cité leurs expériences personnelles pour étayer leurs dires.

D'une part on distinguait leurs **expériences intra-individuelles** :

« *J'ai remarqué qu'en arrêtant la TV plus tôt j'avais l'impression que mon sommeil est moins agité. Donc je suppose qu'il en va de même pour les enfants...* » (M6)

« *À la maison on n'a pas d'écran dans le salon car c'est comme ça depuis mon plus jeune âge.* » (M5)

« *Jeune ado j'ai beaucoup joué aux jeux vidéo.* » (M12)

« Si je continuais comme ça j'étais addict à ce jeu. » (M2)

D'autre part, leurs **expériences familiales** prenaient place, notamment au travers de leur **regard de parent** :

« Vers 7 mois, le petit cherchait à attraper nos téléphones, ça venait forcément de nous. On n'était pas sur le même référentiel au début, ça a créé quelques disputes. » (M5)

« Mes filles à un moment c'était difficile aussi. » (M6)

« J'ai remarqué que plus il [son fils] était devant, le plus il était après capricieux, irritable. » (M7)

« Il [son fils] était moins concentré [...] je l'ai vu complètement dépendant d'un certain jeu. » (M4)

Cette sphère était élargie par leurs **expériences avec leurs amis et proches** :

« J'ai un frère qui est sur écran nuit et jour. Les petits qui ont suivi, mes neveux, ils n'arrêtent pas quoi ! » (M6)

« Les repas de famille c'est toujours représentatif. » (M11)

« Même chez mes amis, écrans, TV et tablettes c'est dès le plus jeune âge. » (M5)

Des **contextes particuliers les ayant marqués** leur servaient également d'exemples comme des constatations qu'ils avaient faites en plusieurs lieux :

« Au restaurant il y avait une famille ; ils ne se sont pas regardés du repas, les petits étaient collés devant les écrans, personne ne parlait. » (M11)

« On voit ça à la crèche quand on leur demande de donner 2 cubes ils [les enfants] ne savent pas du tout ce que ça représente. » (M5)

Ou encore dans le cadre du confinement en raison de la pandémie de covid-19 :

« Après un mois de confinement, je me rends compte que ça n'est pas facile d'occuper non-stop un enfant à la maison. » (M10)

« Avec le confinement, on n'est pas les seuls à avoir augmenté notre temps d'exposition aux écrans pour les enfants. » (M12)

4.3. EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Les médecins restituaient bien sûr des **cas de patients** qu'ils avaient gardés en mémoire :

« Je me rappelle d'un ado en consultation [...] je pense qu'il s'échappait au travers des jeux vidéo. » (M5)

« J'ai eu des cas comme ça, des cas graves, retranchés dans leur chambre, sur les écrans [...] qui se sont retrouvés en psychiatrie. » (M6)

« Parfois en sortie de consultation, certains jeunes m'inquiètent vraiment par leur détresse avec l'émergence de l'obésité et des risques suicidaires. » (M9)

« On voit souvent en consultation des enfants qui commencent à s'agiter, les parents sortent le téléphone et mettent le dessin animé. » (M5)

Cette **perception** qui forge leur opinion apparaît donc **dépendante de plusieurs canaux tant rationnels qu'émotionnels**. Leurs propos exposent d'ailleurs cette intrication comme le témoignaient deux médecins à travers leurs paroles :

« L'observation quotidienne dans le milieu professionnel et privé fait que le bénéfice risque semble en défaveur de cette exposition aux écrans. » (M5)

« On se base sur des dires, sur des choses qu'on voit autour de nous. » (M3)

5. PRATIQUE ACTUELLE EN MEDECINE GENERALE

5.1. CONSTAT DE L'UTILISATION

De manière générale, les médecins constataient majoritairement l'utilisation d'écrans **en salle d'attente...** :

« Comme ils attendent beaucoup en salle d'attente, ils filent le téléphone aux enfants. » (M4)

« On [les parents] lui donne l'écran, des fois dès la salle d'attente. » (M7)

« Ça commence par l'observation dans la salle d'attente. » (M9)

...ou en consultation, par constatation directe :

« Des petits de 2 ans ou 3 ans, ça arrive qu'ils viennent avec leurs parents dans le bureau et le petit est déjà sur un portable. » (M6)

Il s'agissait là pour eux d'apprécier les comportements qui y étaient reliés :

« En consultation on voit le téléphone ou les tablettes doudous. » (M8)

« On voit souvent en consultation des enfants qui commencent à s'agiter, les parents sortent le téléphone et mettent le dessin animé. » (M5)

Ce constat était fait par certains **à l'interrogatoire** :

« Je jauge dans mon interrogatoire à l'enfant... je réévalue sur une prochaine consultation avec l'interrogatoire des parents. » (M9)

5.2. ABORD DE LA THEMATIQUE EN CONSULTATION

Le sujet pouvait être amené **en cas de plainte des parents en tant que motif de consultation**

« *Quand le sujet vient sur la table.* » (M10)

« *Plusieurs fois des mamans sont arrivées en me disant : “mon enfant fait trop de jeux vidéo, qu’est-ce que je peux faire ? ”* » (M3)

« *Quand ils [les parents] l’abordent avec moi en consultation en quête de réponse et d’aide c’est qu’ils sont déjà conscients que c’est un problème.* » (M5)

Toutefois pour beaucoup il était très **rare** de faire face à un **questionnement spontané des parents** :

« *Clairement c’est très rare d’avoir spontanément des questions.* » (M8)

« *Je n’ai jamais eu de question de parents qui se demande spontanément.* » (M11)

« *J’ai l’impression que les parents n’en parlent pas non plus, ce n’est pas quelque chose qui les inquiète.* » (M1)

A défaut de demande, **l’abord pouvait découler de la constatation de l’exposition au cabinet** :

« *Quand on voit un petit de 2 ans qui vient sur un écran, moi je le dis, j’ose.* » (M6)

« *Je ne l’aborde pas trop à part chez ceux que je vois déjà en consultation avoir des consoles.* » (M12)

« *Si je les vois devant l’écrans devant moi, je vais demander aux parents s’il est souvent devant les écrans [...] chez les petits maintenant je fais la remarque aux parents, qu’ils le fassent décrocher au minimum avant d’entrer dans la salle de consult’.* » (M4)

Outre les situations contextuelles qui poussaient à aborder le sujet avec les familles, **les médecins choisissaient d’en parler quand** ils considéraient que la **relation avec les patients était propice à cela** :

« *Ça m’arrive de les interpeller, quand je commence à les connaître un peu [les patients].* » (M5)

« *Ils [les patients] se confient à moi car je les suis de génération en génération. C’est pas mal pour nous quand on les connaît depuis tous petits.* » (M6)

En pratique, de manière unanime, le **dépistage systématique** était **peu réalisé**...

« *Ce n’est pas quelque chose que j’aborde de manière systématique.* » (M5)

« *Les écrans tablette, TV, portable, ce n’est pas le truc auquel je pense toujours.* » (M3)

« *Ce n’est pas un truc que j’aborde énormément avec les patients* » (M12)

« Je vais me focaliser sur croissance, vaccins [...] aller chercher comme on va chercher le tabac chez l'ado, ou l'OH chez les adultes, ça non. » (M2)

...mais certains l'abordaient en **dépistage ciblé**. C'était le cas lorsqu'ils considéraient qu'il y avait un facteur de risque associé... :

« Dans le secteur de la pédiatrie, l'émergence de l'obésité et des risques suicidaires [...] même si je ne peux pas te prouver par A + B que l'enfant aurait moins grignoté s'il n'avait pas tant été devant la télé, c'est quelque chose à laquelle je vais être attentive dans mon recueil de données. » (M9)

« Je me dois de rester attentive pour constater d'éventuels problèmes. » (M10)

...et lorsqu'ils décelaient un symptôme potentiellement en rapport avec une exposition aux écrans :

« S'il y a une problématique d'hyperactivité ou de trouble du sommeil chez les petits je pose quand même la question. » (M11)

« J'aborde le sujet chez les enfants qui viennent pour troubles du sommeil ou troubles du comportement, quand tu creuses un peu tu te rends compte qu'il y a souvent trop d'écrans. » (M7)

« J'en parle quand j'ai des enfants qui ont des problèmes pour s'endormir. » (M12)

Globalement on constatait que **l'exposition aux écrans était peu recherchée de manière active, avec peu de dépistage**.

5.3. PRISE EN CHARGE EN PRATIQUE

Les pratiques étaient **hétérogènes** dans la prise en charge en cabinet.

Information

Beaucoup distribuait des **conseils pour sensibiliser** :

« Sensibiliser, ne serait-ce que la prise de conscience. Prendre une seconde pour dire aux gens de se poser la question ça me paraît essentiel déjà. » (M11)

« Je leur dis "faites attention quand même". » (M5)

« Je leur dis, que c'est prouvé, que ça baisse le QI, que ce n'est pas bon. » (M7)

Dans les cas où ils développaient leur information des familles, ils s'attardaient tous sur **l'importance de la quantité adaptée en fonction de l'âge de l'enfant** :

« *Pas d'écran avant 3 ans et limiter au maximum c'est sûr.* » (M11)

« *Pas trop d'exposition, essayer de limiter [...] il faut rester moins de 2 heures sur un écran [...] il faut absolument faire les deux [écran+ sans écran] et ne pas l'interdire mais en limitant, pour ne pas les brimer dans d'autres choses.* » (M6)

« *Des écrans en petite quantité.* » (M7)

« *Diminuer le temps des écrans.* » (M12)

Ils **expliquaient** aussi la nécessité de **trouver le juste contexte d'utilisation** par des grands principes par exemple.

« *Diminuer [...] surtout au moment du coucher.* » (M12)

« *Respecter des zones sans écran.* » (M8)

« *Garder le contrôle en réservant ça dans un lieu adapté dans un temps adapté.* » (M11)

« *Compenser par d'autres activités là où on sait qu'il y aura des effets néfastes.* » (M12)

« *Avec encadrement, regarder ce qu'il regarde, leur expliquer.* » (M7)

Ecoute

Certains adoptaient une **posture plus éducative** et misaient dans un premier temps sur l'écoute :

« *Je peux prendre un temps dédié de la consultation pour en discuter avec eux, surtout chez les petits. Il [le temps d'échange] est dédié principalement à de l'écoute.* » (M5)

Ils essayaient de modérer leurs propos :

« *Il y a le bon côté aussi à partir peut-être d'un certain âge* » je dis ça aussi. » (M6)

« *Comment les blâmer [les familles] si on ne leur donne pas d'alternative ? Autant leur donner les outils pour s'en servir correctement diaboliser ça n'a jamais servi à rien.* » (M5)

L'approche pouvait se faire plus en longueur par un **suivi régulier** :

« *Je réévalue sur une prochaine consultation.* » (M9)

Réorientation

Certains **sollicitaient d'autres intervenants ressources** pour compléter leur prise en charge :

« On les envoie en CMP aux psychologues, aux thérapeutes. » (M7)

« Psychologues [...] Psychiatre. » (M1)

5.4. CONSEQUENCES AU QUOTIDIEN : RESSENTI SUR LA PRATIQUE

Effets sur la relation médecin-patient

Les médecins formulaient diverses **évolutions de leur communication avec les patients**. L'ensemble notifiait un rapport changé à l'humain en présence de ce nouvel intervenant dans leur relation thérapeutique :

« On a tous un avis sur les écrans donc je pense qu'en consultation, ça interfère forcément dans mon mode de communication par effet miroir, que ce soit en bien ou en mal. » (M12)

« Il faut être prudent car il ne faut pas qu'il y ait de notion de jugement sinon on perd notre relation thérapeutique. » (M9)

Certains mettaient en avant le potentiel qu'avaient eu les écrans pour améliorer la communication lors de leurs consultations.

Parfois ils étaient utilisés comme **facilitateur** pour se mettre au même niveau que les enfants :

« Utilisé comme facilitateur de communication en créant du lien chez les ados. » (M4)

« Ça permet de chercher ensemble, d'expliquer. » (M6).

Pour d'autres, il s'agissait d'un moyen pour détourner l'attention chez les plus jeunes et mettre en confiance :

« Lorsque les enfants sont exécrables chez le médecin, avant de piquer tu lui montres un petit truc. Ça les rassure. » (M12).

L'aspect facilitant pour de la téléconsultation était mentionné :

« La téléconsultation a sa place dans certaines situations et le fait que les enfants d'aujourd'hui soient déjà familiers avec les technologies facilite cette pratique. » (M10)

En parallèle, les **effets délétères** de la présence des écrans sur le relationnel étaient aussi rapportés :

« Du moment où l'on met ce téléphone entre deux personnes, le lien est altéré car on ne se regarde plus. Or les trois-quarts de ce que l'on dit passe par la communication non verbale. L'écran c'est donc quelque chose qui fait interface entre deux personnes et dans notre cas il interfère dans notre relation avec le patient. » (M8)

« Des 11-12 ans comme ma fille qui refusaient de lâcher le téléphone pour me parler dans les yeux. » (M10)

Pour certains cela les mettait dans un **état de tension** :

« On voit souvent en consultation des enfants qui commencent à s'agiter, les parents sortent le téléphone et mettent le dessin animé ça me rend folle. » (M5)

« On voit certains ne pas en décrocher pendant la consultation [...] qu'ils arrêtent c'est quand même la moindre des politesses. » (M12).

D'autres **se sentaient mis en défaut** par la présence des écrans en consultation ou leur utilisation en amont de la consultation :

« Ça met dans une position particulière car je viens couper leur temps d'hypnose. » (M4)

« Tous ceux qui vont chercher sur google, leur patho, ça on le voit de plus en plus, même les ados. Parfois j'ai l'impression que la confiance est perdue. » (M6)

« L'ado à qui t'enlève son smartphone, bonne chance pour en tirer quelque chose à l'interrogatoire derrière. » (M4)

Effet sur leur charge de travail

Ils ressentait **une pression imposée par le temps** :

« Je n'insiste pas pendant 15 minute dessus parce qu'on est quand même pressés. » (M7)

« Je n'ai pas le temps. » (M12)

Pour certains, imaginer aborder la question des écrans pouvait amener à une sensation de surcharge :

« On a déjà beaucoup de choses à faire. » (M2)

« Le temps est tellement précieux. » (M3)

« Il y a déjà suffisamment à faire en pédiatrie avec les parents et les enfants. » (M4)

Effet sur leur sentiment d'auto-efficacité

Les difficultés inhérentes à cette question des écrans chez les enfants menaient une grande partie des sujets interrogés à **douter d'eux même et de leurs capacités** :

« On n'est pas vraiment armé pour ça. » (M11)

« Les moyens que j'ai sont assez limités. » (M2)

« En consult', c'est pas facile les ados, surtout quand le milieu familial ne suit pas, on ne peut pas faire grand-chose quoi. » (M5)

« On a peu d'impact en tant que docteur hormis les recommandations. » (M8)

Ils se sentaient mis en difficulté par ce domaine qu'ils avaient **l'impression de moins maîtriser** :

« C'est difficile de faire de la prévention, d'autant plus que ça n'est pas forcément notre spécialité en France... [hausse les épaule] » (M9)

« La problématique est large, alors comment les blâmer [les parents] si on ne leur donne pas d'alternatives ? Faire face seul c'est difficile si le monde autour ne change pas. » (M5)

« On est moins bien formés que les pédiatres là-dessus. » (M3)

Ils exprimaient aussi avec résignation une certaine **perte d'espoir** :

« L'efficacité des conseils d'hygiène du sommeil chez l'ado, je n'y crois pas, même si on lui donne des bons conseils. » (M5)

« Souvent tu sais que de toute façon c'est irrécupérable [...] je pense que c'est une goutte d'eau dans un océan. » (M1)

« Ce n'est pas en un quart d'heure que la révélation va se faire... [hausse les épaule] » (M10)

Effet sur leur positionnement dans la relation

Faire face aux situations des familles en consultation sur cette **thématique à mi-chemin entre des choix personnels d'éducation et le pathologique** faisaient écho à leurs **propres croyances**. Cela engendrait une certaine **ambivalence vie personnelle-vie professionnelle** qui rendait leur positionnement de médecin compliqué.

« On a chacun nos propres convictions, après ce n'est pas forcément simple de les mettre en application même si on y croit à fond. » (M7)

« J'étais assez critique envers les parents que je voyais en consultation [...] mais après un mois de confinement je me rends compte que ça n'est pas facile d'occuper non-stop un enfant à la maison. » (M10)

« Quand les enfants sont très agités et que les parents n'ont trouvé que cette solution c'est un peu difficile de leur dire qu'il faut arrêter les écrans. Moi-même je l'ai fait ! » (M4)

« Nous sommes responsables de l'éducation de nos enfants donc est ce que c'est vraiment mon rôle de médecin ? » (M5)

6. POSSIBILITES POUR LE FUTUR

6.1. SELON QUELLES JUSTIFICATIONS ?

Les arguments avancés sur les motivations d'inclure la problématique des écrans dans leur pratique future faisaient appel à la conviction forte du **principe de précaution** et du **raisonnement en bénéfice-risque** :

« On a peu de recul et donc on a un principe de précaution qui est légitime. » (M8)

« Mieux vaut prévenir que guérir. L'observation quotidienne dans le milieu professionnel et privé fait que le bénéfice risque semble en défaveur de cette exposition aux écrans. » (M5)

« Mieux vaut prévenir que guérir, le risque est trop grand. » (M10)

Cette légitimité dans leur pratique venait aussi du fait qu'il s'agissait là d'un « *problème de santé publique*. » (M2, M8)

Le rôle du médecin généraliste était mis en avant :

« L'intermédiaire on va dire universel à plus ou moins grande fréquence c'est quand même le MG je pense. [...] c'est nous qui les voyons les plus régulièrement. » (M7)

« Si on en vient au pathologique c'est bien que nous avons un rôle à un moment donné. » (M6)

« C'est un peu le rôle du MG quand même. » (M1)

Une des grandes forces citées était le **poids de leur parole de médecins** :

« En MG on a ce pouvoir de donner un exemple de dire que l'on a pris 15 min pour montrer l'intérêt de ce temps de qualité de relation à l'autre. » (M8)

« Notre statut de MG doit montrer l'exemple. » (M10)

« Les parents sont informés du besoin de limiter mais ça n'a pas forcément le même poids si ça vient du médecin. » (M6)

L'ensemble de ces avis permettait ainsi aux médecins interrogés d'envisager la place du médecin et ce qu'il était possible d'envisager pour le futur.

6.2. SOUS QUELLES FORMES ?

Le dépister

Les médecins exprimaient spontanément l'**importance d'augmenter le dépistage**, en le réalisant de manière **systématique** :

« Aller chercher systématiquement, non. Il faudrait peut-être hein ! » (M2)

« Ce n'est pas quelque chose que j'aborde de manière systématique, même si je devrais cela dit vue l'ampleur du problème. » (M5)

« Le jour où j'aurais des consult' un peu systématique, l'aborder un peu plus dans le cadre des vaccinations chez l'adolescent pourquoi pas. » (M12)

Certains insistaient ainsi sur l'importance de son caractère **précoce** :

« Tout l'intérêt c'est le recueil de données pour pouvoir axer notre prise en charge et dépister au plus vite. » (M9)

« Il faut le faire dès le début parce que une fois que c'est installé par contre. » (M7)

L'intégrer au suivi de routine

Plusieurs médecins considéraient les consultations comme des opportunités de **réaliser un travail de fond** sur cette thématique principalement par l'ouverture et le **maintien du dialogue avec les familles** :

« Si on arrive à instaurer un bon dialogue avec les parents et les enfants ça pourra peut-être permettre de voir plus vite des répercussions éventuelles. » (M11)

M9 comparait cela à « un état de veille ».

La régularité du suivi en médecine générale était propice à cela :

« On en discute avec l'enfant, on le fait revenir ou on discute avec les parents. » (M12)

« Si on veut aller au bout d'un problème comme celui-ci il faut se laisser du temps, et ne pas rompre la relation de confiance et de confiance qui s'instaure. » (M5)

Sensibiliser

Ils ouvraient alors sur une vision plus globale par la **sensibilisation de la population** pour gérer cette thématique :

« Il faut continuer les campagnes de sensibilisation. » (M12)

« La diffusion de message de prévention. » (M9)

« Il faudrait en parler, il faut que les informations soient répétées » (M11)

Campagnes et interventions brèves étaient mises en avant. L'idée était donc **d'accompagner de manière plus large et sans contre-courant** :

« Il faut assurément leur apprendre à s'en servir. » (M5)

« Il faut évoluer aussi avec, savoir s'en servir. » (M6)

Ces propositions donnaient lieu à l'introduction d'autres acteurs et outils pour les aider dans ces missions.

6.3 QUELLES AIDES POSSIBLES ?

Multiplier les acteurs

Diverses sources étaient citées comme pouvant jouer un rôle dans les perspectives de gestion de l'exposition des écrans chez les enfants. Parmi elles, outre les parents dont le rôle central a été unanimement répété tout au long des entretiens, l'**école** était la plus rapporté :

« L'école devrait faire de la prévention là-dessus, pour l'aspect social [...] Si l'école ne les stimule pas assez à interagir ensemble au lieu d'être sur les écrans, elle passe à côté d'une de ses missions ! » (M4)

« Ça peut être bien dans les crèches, les écoles, de faire de la prévention parce que les enfants sont beaucoup en contact avec le personnel tous les jours. » (M11)

« L'Education Nationale [...] peut avoir un rôle à jouer dans le préventif [...] surtout en maternelle, ce sont des éponges. » (M2)

« L'école pourrait nous aider dans le repérage. » (M9)

Certains précisaient le rôle de la **médecine scolaire** :

« Les profs, les maitresses, l'infirmière scolaire. » (M12)

« Ça peut être pas mal qu'ils fassent une pique de rappel au niveau de la médecine scolaire à 6 ans. » (M7)

D'autres envisageaient un rôle préventif via les **médias** eux-mêmes :

« Il faudrait surement plus utiliser les médias. » (M11)

« Les médias ont un rôle aussi, pour expliquer qu'il faut adapter le programme à l'âge de l'enfant. » (M4)

« Ce serait le comble mais à la TV, en expliquant que ce n'est pas bon par rapport à tout ce qu'on a dit. » (M7)

Raisonner en équipe

« *Nous devons continuer nos efforts pour mieux nous articuler en tant qu'acteur dans le secteur de la pédiatrie. Tous ensemble on peut essayer d'accompagner au mieux l'enfant jusqu'à l'âge adulte.* » (M9)

Il s'agissait là d'une idéologie fréquemment partagée par les médecins interrogés qui voyaient le **travail en équipe pluriprofessionnelle** comme prometteur par **l'orientation du patient** mais aussi **l'échange entre professionnels** :

« *Partager avec d'autres professionnels [...] pour avoir un message plus unanime.* » (M10)

« *On pourrait solliciter les psychologues [...] le psychiatre.* » (M2)

« *C'est un travail d'équipe.* » (M6)

« *S'ils avaient déjà des informations de tous les intervenants, ça pourrait plus les toucher.* » (M11)

Ils considéraient que cette **notion d'équipe** était tout autant **nécessaire au sein de la cellule familiale** :

« *L'importance d'une action similaire chez les 2 parents.* » (M5)

« *Chez les familles avec deux parents il faut que les deux soient raccords et aillent dans le même sens* » (M7).

Utiliser des outils

M11 était en demande de **messages clairs** à transmettre :

« Des messages simples que je saurai retrouver facilement. »

Quelques-uns suggéraient **l'usage de méthodes limitantes intégrées aux dispositifs** eux-mêmes :

« *Des minuteurs qui couperaient à certains moments, mot de passe, code parental pour tablette et téléphone, des choses qui limitent l'accès.* » (M12)

« *Peut-être faire des alertes pour que dans le programme du jeu il se coupe automatiquement au bout de 30 min en invitant à faire une pause.* » (M2)

M3 envisageait de proposer aux parents « **d'établir des contrats**, avec un temps d'écran défini en avance avec l'enfant, basé sur les résultats scolaires, le comportement, et modulable dans un sens ou dans l'autre. »

M2 allait jusqu'à suggérer de « *passer par une loi.* »

Approfondir la formation continue

Les médecins formulaient le **besoin de poursuivre leur formation sur cette thématique et d'avoir des références fiables** pour l'avenir :

« *Nous professionnels de santé il faut que l'on soit solide sur ce que l'on avance et conseille.* » (M8)

« *Ce serait bien qu'on ait des éléments fiables en tête en médecine.* » (M4)

« *J'aimerais refaire un point sur les effets négatifs en termes de santé publique [...] C'est comme tout, on en découvre un peu tous les jours.* » (M10)

« *Les écrits scientifiques sont importants pour nous permettre de nous appuyer sur points concrets et ne pas faire de catastrophisme inutile.* » (M9)

6.4. RESSENTI FACE AUX POSSIBILITES FUTURES

En relief par rapport à des opinions plutôt sombres sur les effets de cette exposition aux écrans chez les enfants, ils exprimaient une **certaine confiance en l'évolution future** par rapport à leur profession :

« *En MG on a ce pouvoir de donner un exemple de dire que l'on a pris 15 min pour montrer l'intérêt de ce temps de qualité de relation à l'autre.* » (M8)

« *Rien qu'en parler ça permet de diminuer chez certaines personnes l'exposition.* » (M12)

Ils énonçaient par ailleurs une **volonté de porter plus d'intérêt à la question** :

« *Le dépister je pense, j'essayerai un peu plus maintenant.* » (M6)

« *Je ne me suis jamais posé la question, mais j'aimerais bien savoir, ça m'intéresse.* » (M3)

Discussion

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1. FORCES

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant l'exposition aux écrans des enfants de tous âges.

Pour cela, des entretiens semi-dirigés ont été préférés à la conduite de focus group afin d'éviter l'effet de halo, qui aurait par exemple pu exister avec l'influence du discours des médecins parents sur les médecins non parents. L'intérêt était de laisser chaque médecin interrogé s'exprimer le plus librement possible (28).

L'échantillonnage a été conduit en variabilité maximale. La variété des caractéristiques des médecins interrogés a alors permis de s'intéresser à la diversité des représentations.

Le choix de s'intéresser aux enfants de tous âges a permis aux médecins interrogés d'avoir une vision globale de leurs représentations sans s'interroger sur une tranche d'âge particulière et permettant ainsi une parole plus libre et une meilleure fluidité du discours.

Toutes les retranscriptions ont été réalisées au maximum deux jours après chaque entretien, pour éviter tout biais de mémorisation.

L'analyse thématique a été réalisée indépendamment par deux chercheurs, avant confrontation des analyses, permettant ainsi une triangulation des données, limitant le biais d'interprétation. La validité interne de l'étude s'en est vue renforcée.

1.2. LIMITES

Il s'agissait de la première étude qualitative réalisée par le chercheur, dont les a priori sur le sujet de l'étude ont pu limiter l'objectivité des propos et des questions de relance dans un premier temps, et potentiellement influencer la réponse des médecins interrogés.

L'adaptation du canevas d'entretien ainsi que l'expérience acquise après les premiers entretiens ont permis de limiter en partie ce biais d'investigation.

De plus, les médecins qui ont accepté de participer à l'étude pouvaient être plus intéressés par le sujet que d'autres, certaines représentations n'ont donc peut-être pas été mises en lumière.

Trois entretiens ont été réalisés en visiophonie en raison du contexte de pandémie à covid-19, ce qui a limité la qualité de communication et donc la collecte de données, notamment non verbales.

La durée de certains entretiens a parfois été raccourcie en raison de contraintes professionnelles ou personnelles des médecins interrogés. En conséquence, l'exploration des représentations des médecins en question a pu être insuffisante.

2. MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS

2.1. LES ENFANTS ET LES ECRANS : le contexte et les déterminants bien appréhendés par les médecins

Les médecins considéraient les écrans comme omniprésents et atteignant de plus en plus les enfants, ce qui correspond aux données actuelles.

En effet, les enfants sont **exposés de plus en plus jeunes** aux écrans, y compris les nouveaux médias. Ainsi d'après la cohorte Elfe, 28% des moins de 2 ans jouent avec un ordinateur ou une tablette au moins une fois par semaine (4) et, d'après l'AFPA, la proportion atteint les 47% chez les moins de 3 ans concernant l'usage régulier des écrans interactifs type tablettes et smartphones (29). De même, en 2018, 144 pédiatres ambulatoires français membres de l'AFPA ont constaté, via un questionnaire rempli avec les parents, que les enfants de moins de 12 ans sont trop souvent devant un écran, et y sont souvent laissés seuls devant des programmes inadaptés à l'âge (30).

L'âge du 1^{er} smartphone est de 9.9 ans (31).

L'**augmentation importante de leur usage** est également retrouvée. Ainsi, en 2017, les 1-6 ans passent en moyenne 4h37 sur internet par semaine, soit 2h17 de plus qu'en 2012 et 55 minutes de plus qu'en 2015 (32). La même cinétique est retrouvée à toutes les tranches d'âge et concernant l'usage de tous les types d'écrans.

Le **rôle des parents** dans l'initiation et l'entretien de cette exposition a été beaucoup mis en avant, ainsi que la notion de **mimétisme**. Les enfants ayant des parents consommant beaucoup les écrans ont eux-mêmes une utilisation plus importante que les autres (33). Un

contexte de **précarité familiale** peut rendre difficile l'éducation à l'usage des écrans, en termes de régulation d'exposition et de contenu (19).

L'**école** a également été citée comme déterminant majeur de l'exposition aux écrans chez les enfants, ce qui est corrélé par *le plan numérique* de l'Education nationale. Est envisagée et en cours d'étude l'inclusion au sein des établissements scolaire d'objets connectés pour l'éducation physique et sportive, de réalité augmentée pour des travaux pratiques ou encore d'assistants vocaux pour l'apprentissage des langues (34).

2.2. LES EFFETS DES ECRANS : entre données de la science et a priori

Les médecins interrogés ont évoqué de nombreux effets que pourraient engendrer l'exposition aux écrans chez les enfants, selon de nombreuses variables. **Cette question des effets sur l'enfant a tenu une place importante dans le discours des médecins interrogés.** En effet, il s'agit là de ce qui fait le lien entre cette thématique d'exposition aux écrans et son intérêt de l'inclure dans la pratique du médecin généraliste.

Au niveau **psychomoteur**, les troubles du langage chez les jeunes enfants ont été retrouvés dans une étude cas-témoins réalisée en soins primaires auprès de patients recrutés en cabinet d'orthophonie et de médecine générale. Il apparaît que les enfants exposés passivement et seuls aux écrans le matin ont six fois plus de risque de développer des troubles primaires du langage (35). Il en est de même pour les enfants exposés longuement (10). Une étude allemande retrouve également un effet délétère d'une exposition à la télévision longue et quotidienne sur la créativité des enfants de 5 à 6 ans (36) (Annexe 4). A contrario, l'usage des écrans interactifs type tablettes tactiles est associé à une meilleure motricité fine (6-7) sans effet délétère sur les étapes de développement (6).

Au niveau **ophtalmologique**, la prévalence de la myopie est en augmentation, surtout chez les enfants (37). Les facteurs environnementaux sont mis en cause, dont l'usage des écrans, sans qu'il n'y ait de preuve solide. Cependant, une étude récente met en avant des dégâts cellulaires de la lumière bleue au niveau rétinien (38).

Concernant le **sommeil**, de très nombreuses études ont été réalisées. Une revue de littérature conclut à un retard d'endormissement et un temps de sommeil moindre en cas d'utilisation prolongée de tous types d'écrans (39). De la même façon, une deuxième revue de littérature conclut à une qualité de sommeil amoindrie en cas de présence d'écrans dans la chambre des enfants de tous âges (40).

Par ailleurs, le temps passé à utiliser un écran est corrélé à un **déficit d'attention** et un état d'agitation, pouvant avoir un effet négatif sur les performances scolaires (41). Cependant, un support électronique peut favoriser l'implication des enfants par rapport à un support papier, à contenu identique. C'est le cas des livres électroniques (42). Cela peut expliquer en partie l'essor des écrans dans le milieu scolaire, mais peut rester contre-intuitif pour les médecins interrogés, qui ont souvent exclusivement utilisé des supports papier pour leurs propres études.

Récemment, la 11ème version de la Classification internationale des maladies (CIM) a introduit le « **trouble du jeu vidéo** » défini comme une perte de contrôle sur le jeu avec une priorité accordée au jeu, au point de délaisser les activités familiales, sociales, éducatives et professionnelles pendant au moins 12 mois (43). Cette définition rejoint donc la sphère des addictions comportementales. Une revue de littérature récente retrouve une prévalence de ce trouble de 4.7% au niveau international, surtout chez les adolescents (44). Cependant, en dehors du cas particulier des jeux vidéo, l'addiction comportementale aux écrans n'est pas reconnue. Les médecins interrogés ont évoqué les éventuelles réactions de colère au retrait de l'écran ou l'effet de captage d'attention chez certains enfants, leur faisant penser à un phénomène addictif. Cependant, ces effets ne répondent pas à la définition médicale de l'addiction, comme l'ont récemment précisé l'Académie des sciences, l'Académie de médecine et l'Académie des technologies (19).

Sur le plan **social**, les écrans peuvent être un refuge en cas de mal-être, particulièrement chez l'adolescent, au travers des jeux vidéo et des réseaux sociaux. Dans ce contexte, leur durée d'utilisation, via l'absence d'interaction sociale positive, peut mener à un isolement, des symptômes dépressifs (45) ou un comportement violent (46). Au contraire, une utilisation raisonnée pour entretenir des liens sociaux a un effet positif sur le bien-être des enfants (8) (45). Par ailleurs, le contenu est primordial. En effet, un contenu inadapté à l'âge de l'enfant peut mener à un repli sur soi, un sentiment d'insécurité (47), une augmentation de l'impulsivité, de l'agressivité physique ou verbale, des troubles du sommeil, des cauchemars (48).

L'UNICEF, quant à elle, évoque la *théorie du remplacement* en confirmant que les écrans peuvent **détourner l'enfant d'autres activités**, notamment physiques. Cependant, il est précisé que certains enfants très sédentaires et très exposés aux écrans auraient probablement d'autres activités sédentaires en l'absence de ceux-ci. La sédentarité aurait donc chez certains une origine intrinsèque plutôt qu'extrinsèque et liée aux écrans (49), bien

que beaucoup d'études retrouvent une association entre temps d'écran et **surpoids** de l'enfant, synthétisées dans une revue systématique récente (50).

Par ailleurs, il n'existe d'après les études **aucun lien** entre surexposition aux écrans et survenue de **troubles du spectre autistique**, comme la précisé l'AFPA (51) et la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses récents travaux sur le sujet (52). De même, l'usage des écrans n'entraîne pas de crises d'**épilepsie**, hormis chez les enfants souffrant d'épilepsie réflexe de type photosensible, qui reste rare et dont les crises se produisent dans des conditions très particulières (53). D'après l'AFPA, la propagation de croyances vis-à-vis de l'autisme et de l'épilepsie vient de la diffusion de messages d'alerte par certains médecins à travers des vidéos ou des blogs, parfois même relayés dans des articles publiés, sans aucun fondement scientifique (51). Ceci peut expliquer en partie la croyance d'une association entre usage des écrans et trouble du spectre autistique et/ou épilepsie chez certains médecins interrogés.

2.3. LA CONSTRUCTION DES REPRESENTATIONS : Une riche complexité

Les quelques discordances retrouvées au niveau des effets des écrans par rapport aux données scientifiques illustrent la diversité des origines des représentations des médecins. En effet, ils intégraient la **littérature scientifique**, ainsi que leurs **expériences** des registres personnel et professionnel, qui étaient plus ou moins juxtaposées ou intriquées. Ils rapportaient une **incertitude** quant aux données factuelles scientifiques concernant la thématique des écrans chez les enfants.

Ceci rejoint la littérature, qui précise que chaque décision clinique se déroule de manière pragmatique, du fait de la complexité de chaque situation. Ainsi, au-delà des connaissances théoriques, la prise en compte de l'expérience des intervenants, de leurs valeurs ainsi que du contexte de l'échange permet d'orienter la conduite des médecins malgré l'incertitude (54). Les convictions individuelles et subjectives engendrent donc des pratiques de soins différentes d'un soignant à l'autre. Chaque soignant prend en compte « ce qu'il est », avec un savoir-être et un savoir-faire qui se travaillent par un apprentissage solitaire de la relation de soin (55).

Il s'agit là d'une notion centrale puisqu'elle se trouve exacerbée dans les situations d'absence de consensus scientifique telle que l'exposition aux écrans chez les enfants. Ainsi, la question des écrans dans le suivi de médecine générale laisse place à une incertitude plus

marquée sur la juste conduite à tenir, ce qui peut mener les médecins à se référer à un champ plus personnel pour leur raisonnement.

2.4. LA PRATIQUE ACTUELLE DE LA PREVENTION : Une présence en demi-teinte

Les médecins interrogés accordaient globalement **peu de place à la prévention autour de l'usage des écrans** chez leurs jeunes patients. Ils ne pratiquaient pas le dépistage systématique d'un éventuel usage délétère des écrans. Parfois, le dépistage était ciblé selon des signes ou symptômes d'appel, qui étaient majoritairement les troubles du sommeil, le surpoids, et les troubles du comportement. Un des principaux freins à cette pratique était le manque de temps. Si le sujet était évoqué, les conseils portaient majoritairement sur une diminution de la durée d'exposition. Toutes ces données rejoignent celle de l'étude quantitative de Poulain J, qui a exploré les pratiques de 105 médecins généralistes concernant l'exposition à la télévision et aux vidéos (56).

Cependant, des éléments nouveaux ont été mis en lumière. Ainsi, **malgré une certaine méconnaissance des recommandations existantes, les médecins interrogés en ont évoqué les principaux points**, retrouvés dans un rapport récent du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) (57) : en plus de prodiguer des conseils sur la limitation de la durée d'exposition, ils proposaient de respecter des zones sans écrans, en particulier pendant les repas, et d'accompagner les enfants à leur usage pour en maîtriser le contenu par l'interaction avec leurs parents, sans diabolisation.

L'interdiction des écrans leur semblait également illusoire et délétère, ce qui rejoint une étude canadienne (33) dont les résultats montrent que l'utilisation des écrans comme récompense ou leur privation comme punition tendrait à renforcer leur attrait auprès des enfants, avec de surcroît une augmentation du temps consacré à leur usage.

2.5. LES ECRANS DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE : Une influence certaine

Au niveau de la pratique quotidienne des médecins interrogés, **les écrans influençaient la communication avec leurs patients**, y compris les enfants.

Beaucoup voyait un **effet délétère** de leur présence en consultation sur l'aspect relationnel, l'écran faisant écran entre les intervenants. Cela pouvait induire un état de stress

chez le médecin, qui se sentait parfois mis à distance, avec un effet négatif direct sur la relation de soin. Le parallèle peut être fait avec une revue de littérature suisse retrouvant une diminution des interactions entre le patient et son médecin en raison de l'essor de l'informatisation des cabinets médicaux. Ainsi, le temps passé par le médecin à regarder l'ordinateur est inversement corrélé à la satisfaction du patient concernant la prise en compte de ses émotions (58).

Cependant, l'utilisation d'outils numériques dans un but pédagogique reste **pratique et facilitateur**, en raison de leur immédiateté pour échanger autour d'une interrogation (59).

L'effet précédemment décrit sur l'interaction médecin-patient était d'ailleurs atténué si le patient avait également accès à l'écran ou si le médecin échangeait des informations avec le patient grâce à son ordinateur (58). Cet aspect bénéfique sur la relation a aussi été évoqué par certains médecins interrogés qui envisageaient l'outil numérique comme un moyen de transmettre des informations et d'échanger avec leurs jeunes patients, habitués à ces technologies. L'utilisation de l'écran leur semblait également bénéfique pour l'accès à la téléconsultation, avec une attractivité de ce nouveau dispositif auprès des jeunes patients, surtout les adolescents.

3. PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

3.1. UN PARADOXE MAIS DES PISTES

Malgré un sentiment unanime de manquer d'éléments théoriques concernant les éventuels effets néfastes de l'usage jugé excessif des écrans par les enfants, les médecins ont rapporté une grande majorité des effets de leur usage actuellement décrits dans la littérature. De même, ils ont évoqué les points principaux des recommandations existantes. **Paradoxalement, leur pratique** de prévention vis-à-vis de cette thématique **était peu développée**.

Or, **les médecins interrogés étaient prêts à jouer un rôle central**. Ce rôle était justifié par la place inhérente au médecin généraliste dans la pratique de la médecine préventive, du fait de sa sollicitation en premier recours par les familles et sa place d'intermédiaire universel entre les enfants et les parents (25). Une autre justification de leur rôle était leur vision d'une balance bénéfice-risque jugée défavorable quant aux expositions importantes aux écrans, avec une incitation à avoir une attitude préventive à ce sujet par principe de précaution.

Au-delà de justifier leur rôle, ils ont évoqué de **nombreuses pistes pour la prévention** des effets néfastes des écrans dans la population pédiatrique.

Un dépistage précoce leur semblait indispensable, avec une idée d'intégrer des questions autour des écrans de manière plus ou moins systématique au cours des consultations de suivi des enfants et adolescents. La médecine générale, par la régularité du suivi, leur semblait propice à ce dépistage. Au lieu du dépistage ciblé qui consiste à s'intéresser au sujet des écrans en cas de signes ou symptômes compatibles avec un usage néfaste de ceux-ci, une idée pourrait être d'aborder en systématique les effets délétères les mieux décrits comme les troubles du sommeil ou de l'attention. Ceci pourrait permettre d'ouvrir le dialogue avec les familles sur un motif qui n'était pas forcément celui de consultation. Cette pratique pourrait être aidée par la prise en charge intégrale récente des vingt consultations de suivi pédiatrique de 0 à 16 ans par l'Assurance Maladie (60). En effet, cette prise en charge peut inciter les parents à réaliser correctement le suivi médical de leurs enfants, notamment les populations précaires qui sont également à risque d'un usage néfaste des écrans. Cela offrirait un temps dédié aux médecins généralistes et permettrait de rejoindre le besoin de régularité dans l'accompagnement rapporté.

L'utilisation d'outils comme des messages courts et clairs, via le dialogue en consultation ou l'installation d'affiches en salle d'attente pourrait être proposée pour leur caractère impactant. Pour aider les médecins, des messages de ce type et des affiches sont déjà disponibles et téléchargeables sur le site de l'AFPA (exemple : Annexe 2 et 3). Chez les adolescents, la généralisation de la pratique du BITS test pourrait permettre de mettre en lumière facilement un effet délétère des écrans concernant la situation spécifique des brimades via les réseaux sociaux (Annexe 5). Ce test est validé dans la population des 13-18 ans et en médecine générale (61). Il permet de dépister une situation de mal-être via plusieurs questions simples, pouvant s'intégrer facilement au discours. Son caractère peu chronophage permettrait ici de répondre à la problématique de temps rapportée par les médecins. Un autre outil intéressant pourrait être la diffusion de ces divers documents par le biais des courriels ou des logiciels métier. L'accès à cette documentation serait alors facilité et leur diffusion plus importante, ce qui permettrait une sensibilisation de l'ensemble des médecins à la thématique des écrans.

Par ailleurs, en dehors du médecin généraliste, de nombreux acteurs pouvaient avoir un rôle selon les médecins interrogés. L'école était le plus cité d'entre eux, encore une fois par sa proximité avec l'enfant. Des campagnes de sensibilisation à l'école ainsi que la médecine scolaire étaient selon eux des ressources importantes dans le domaine préventif. Une méta-

analyse a d'ailleurs montré l'efficacité d'actions de prévention à l'école dans la réduction de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans (62). Un élargissement de ces campagnes scolaires ainsi que l'intégration de questions spécifiques à l'usage des écrans à intégrer aux visites obligatoires en médecine scolaire pourraient être à envisager. Dans cette optique, un travail analogue à cette étude pourrait être réalisé dans le milieu de la médecine scolaire pour étudier les perceptions des professionnels concernant l'usage des écrans des élèves.

L'accent a été mis sur l'intérêt de fonctionner en équipe, avec les autres professionnels de santé, avec le milieu scolaire, et avec les parents. Dans cet ordre d'idée, un fonctionnement en réseau pourrait être intéressant. Un modèle local à la Région Bourgogne-Franche-Comté pourrait être le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique RéPPOP-BFC. Il s'agit d'un réseau ville-hôpital financé par l'Etat et l'Assurance Maladie, spécialisé dans la thématique de l'obésité chez l'enfant, qui organise la coordination des soins sur le territoire. Il propose des formations aux professionnels de santé et leur mise en relation. Il organise divers ateliers auprès des familles, toujours dans une démarche d'éducation thérapeutique. L'exposition aux écrans est d'ailleurs un thème qui est abordé (Annexe 6). Au point de vue financier, il propose également une aide à la prise en charge des consultations auprès de psychologues qui ne sont pas habituellement remboursés par l'Assurance Maladie (63).

La multiplication de campagnes de sensibilisation à plus grande échelle leur semblait aussi intéressante, avec une proposition de messages via les médias eux-mêmes, qui existent déjà mais restent peu présents. Ceci pourrait être intéressant dans le sens où l'efficacité d'une campagne de sensibilisation est renforcée si cette dernière est répétée (64). Un des médecins proposait de passer par une loi, or une proposition de loi a été faite récemment afin d'utiliser les emballages des produits liés aux écrans pour sensibiliser des éventuels effets néfastes sur les jeunes enfants (65). Celle-ci propose également que toutes publicités pour ces produits soient associées à un message à caractère sanitaire.

3.3. LIMITES ENVISAGEES

La **charge de travail** des médecins généralistes reste un frein à la pratique de la prévention autour de l'usage des écrans. Les pistes envisagées dans le dépistage systématique sont contrebalancées par ce sentiment d'avoir déjà beaucoup de points à aborder dans ce type de consultation chez l'enfant, en sachant qu'une consultation chez un médecin généraliste en France dure en moyenne 16 minutes, et que le retard sur le planning des consultations entraîne un état de stress chez les médecins (66-67). Il semble donc

important d'établir des objectifs réalisables et d'optimiser la balance entre intervention efficace et durée dédiée.

Un **sentiment d'une efficacité présupposée faible de leur intervention** était très marqué, surtout auprès des adolescents et des familles précaires, qu'ils jugeaient peu accessibles à la prévention autour des écrans. Une action sur le sujet était ainsi estimée coûteuse en disponibilité mentale, pour un résultat escompté faible voire inexistant, bien que ces populations soient les plus à risque d'un usage nocif des écrans. On peut toutefois supposer que le développement de la formation continue sur cette thématique et la démarche éducative à adopter pourrait être bénéfique en ce sens.

De manière plus générale, chez tous les patients, l'usage des écrans étant omniprésent et ancré dans les habitudes de vie, l'intervention du médecin dans cette thématique peut être **perçue comme une immixtion dans leur vie familiale**, avec un risque pour eux de se sentir jugés négativement (19). Malgré la place privilégiée du médecin généraliste grâce au suivi sur le long terme en tant que médecin de famille, trouver l'attitude adéquate pour intervenir sans altérer la relation de soin et la confiance reste délicat. Cela peut se travailler lors de groupes de partage entre pairs ou de groupes de parole parents-soignants, par exemple.

Enfin, le frein majeur rapporté était une **ambivalence entre la vie personnelle du médecin et sa pratique professionnelle**. Son rapport personnel avec les écrans, son mode éducatif avec ses propres enfants en reflet avec ses propres convictions étaient autant de critères subjectifs difficiles à mettre à distance. Cette situation pouvait mener à un conflit interne entre l'avis du médecin et celui du même individu, mais cette fois dans son statut de parent. Le parallèle peut être fait avec la prévention autour du tabagisme qui est moins réalisée par les médecins généralistes fumeurs (68). Cette ambivalence a été accentuée par la période de confinement liée à l'épidémie de covid-19, pendant laquelle les médecins interrogés concédaient l'intérêt des écrans pour leur caractère d'occupation des enfants. Une étude canadienne retrouve à ce sujet que les activités auxquelles se consacraient le plus les jeunes de 10 à 17 ans étaient celles réalisées par le biais d'écrans, au détriment des activités telles que la marche, la lecture, le dessin ou la musique (69). Il suffit alors de rappeler que ces mouvements intrinsèques à chaque individu ne dénaturent pas son statut de médecin mais que l'acceptation de leur existence enrichit leur jugement.

3.4 VERS UNE AMELIORATION DES PRATIQUES ?

Il semble faire consensus que l'afflux d'écrans chez les enfants est une évolution naturelle de la société actuelle, mais avec des effets potentiellement néfastes, justifiant le principe de précaution.

Malgré une pratique encore peu développée, les médecins généralistes interrogés étaient pour la grande majorité bien sensibilisés sur les effets des écrans chez les enfants et semblaient prêt à jouer le rôle de prévention inhérent à leur profession. Les pistes envisagées pour la réalisation courante de cette prévention étaient intéressantes et les freins à la pratique n'étaient pas rédhibitoires.

Une des grandes forces de la médecine générale est la chronicité du suivi des familles. Dans ce contexte, la surveillance routinière impose au médecin une justesse dans son approche. Pour celle-ci, une solide connaissance de ses propres représentations et celles de ses interlocuteurs joue un rôle primordial, afin de préserver une bonne relation de soin. Celle-ci est d'autant plus précieuse qu'elle est un facteur clé dans la prise en charge de toutes les autres problématiques prioritaires de l'enfant en médecine générale. Dans cette optique, il semble de mise de bien réguler la présence des écrans lors des consultations au cabinet médical et d'adopter une pédagogie avec empathie dans les recommandations faites aux familles.

Dans une optique d'amélioration des pratiques, une approche multi-axée semblerait être un début de réponse. Elle pourrait se faire par le biais d'un dépistage systématique, d'un réseau interdisciplinaire dédié et d'une éducation thérapeutique individualisée.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR M JEAN BOURDIAU

CONCLUSIONS

L'observation de l'exposition aux écrans chez les enfants lors de la dernière décennie a permis de noter un tournant générationnel asseyant une omniprésence inévitable des écrans et une abondance de leur consommation chez les enfants de tous âges. Ce constat contraste avec la recommandation la plus largement diffusée en France des « 3-6-9-12 ».

Cette étude qualitative a permis d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans. Une opinion majoritairement négative sur les effets des écrans a été rapportée, de même qu'une faible inclusion de cette thématique dans leur pratique quotidienne. Cela pouvait s'expliquer par une forte ambivalence sur le juste positionnement à adopter et un faible sentiment d'auto-efficacité. Le tout était nuancé par une conviction marquée de la légitimité de leur place de médecin généraliste dans la prévention qui concerne l'usage des écrans chez les enfants, dans le cadre d'un principe de précaution.

De nombreuses pistes d'intervention ont émergé du dialogue avec les médecins interrogés. Il semble ainsi important de multiplier et répéter les sources d'actions préventives tout en veillant à accompagner les acteurs de cette démarche pour les préserver. L'alliance thérapeutique est au cœur de ce processus. La recherche d'une réponse adaptée et individualisée aux besoins de l'enfant et de sa famille est complémentaire d'actions de plus large envergure de promotion de la santé. Cette réponse est aidée par leur statut de médecin de famille, qui permet la rencontre de leurs propres représentations avec celles de leurs patients dans une relation de confiance et de proximité.

Les médecins généralistes ont donc les clés en main pour parvenir à adopter une médecine préventive efficace auprès des enfants et leurs familles concernant la thématique des écrans.

Le Président du jury,



Dr V. Huët

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 17 Août 2020
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

Bibliographie

1. CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel. L'équipement audiovisuel des foyers aux 3e et 4e trimestres 2019, [Internet]. [cité 16 juin 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-3e-et-4e-trimestres-2019-TV-et-pour-l-annee-2019-radio>
2. Médiamétrie. L'audience de la télévision en 2018, [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.mediametrie.fr/fr/laudience-de-la-television-en-2018>
3. Cristia A, Seidl A. Parental Reports on Touch Screen Use in Early Childhood. PLoS ONE. 2015;10(6):e0128338.
4. Gassama M, Bernard J, Dargent-Molina P, Charles M-A. Activités physiques et usage des écrans à l'âge de 2 ans chez les enfants de la cohorte Elfe. :24. Déc 2018
5. Generations defined: 50 years of change over 5 generations [Internet]. McCrindle. 2012 [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://mccrindle.com.au/insights/blog/generations-defined-50-years-change-5-generations-resource/>
6. Bedford R, Saez de Urabain IR, Cheung CHM, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Toddlers' fine motor milestone achievement is associated with early touchscreen scrolling. Front. Psychol. 2016
7. Marsh J, Plowman L, Yamada-Rice D, Bishop JC, Lahmar J, Scott F et al. Exploring Play and Creativity in Pre-schoolers' Use of Apps: Final Project Report. Sheffield: TAP (Technology and Play); 2015
8. Przybylski AK, Weinstein N. Large-Scale Test of the Goldilocks Hypothesis: Quantifying the Relations Between Digital-Screen Use and the Mental Well-Being of Adolescents. Psychological Science. 2017;28 :204-15.
9. I. Braithwaite, A.W. Stewart, R.J. Hancox, R. Beasley, R. Murphy, E.A. Mitchell. The worldwide association between television viewing and obesity in children and adolescents. PloS One. 2013;8(9):e74263

10. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *J Pediatr.* oct 2007;151(4):364-8.
11. Gronfier C, Inserm U846. Chronobiologie, les 24 heures chrono de l'organisme. Lyon, Décembre 2013. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/chronobiologie>
12. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, Lefebvre DL, Azad MB, Moraes TJ, et al. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. *PLOS ONE.* 17 avr 2019;14(4):e0213995.
13. American Academy of Pediatrics. Council on communications and media. Media and young minds. *Pediatrics.* 2016;138(5)
14. pédiatrie S canadienne de. Les médias numériques : la promotion d'une saine utilisation des écrans chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/les-medias-numeriques>
15. Australian Government. Department of Health. Inactivity and screen time [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/gug-indig-hb~inactivity>
16. Tisseron S. 3-6-9-12: apprivoiser les écrans et grandir. Toulouse: Éd. Érès; 2013.
17. Duflo S. L'enfant et les écrans: entre addiction et temps volé. *Medecine & Enfance.* Septembre 2016; p 194-198.
18. Bach J-F, Houdé O, Léna P, Tisseron S, Postaire É, Bernard-Delorme A, et al. L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des sciences. Paris: le Pommier; 2013.
19. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques », Académie des sciences, Académie de médecine, Académie des technologies, 9 avril 2019.

20. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthet-Derrien M-S, Bidet-Emeriau M, Blocquaux S, et al. L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. *Perfect En Pédiatrie*. mars 2018;1(1):19-24.
21. Ministère des solidarités et de la santé. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-santé-de-l-enfant>
22. Charles L. Exposition précoce des enfants aux écrans : opinions de parents et prévention. Dijon, France; 2018.
23. Pipard T, Benedini E. 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. Lyon, France; 2014.
24. Chaleil S. Représentations et vécu des parents sur l'utilisation d'écrans type tablettes et smartphones par leurs enfants entre 6 et 12 ans. Montpellier, France; 2018.
25. Les référentiels métiers [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/cabinet-carriere/referentiels-metiers>
26. Franc LV, Rosman P-F. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. DREES, 2007
27. Frappé P. Choisir la stratégie d'échantillonnage en recherche qualitative. Dans : *Initiation à la recherche*. 2^e éd. Global Media Santé/CNGE production; 2018. 224p
28. Frappé P. Etudes par entretiens individuels. Dans : *Initiation à la recherche*. 2^e éd. Global Media Santé/CNGE production; 2018. 224p
29. Assathiany R. Le pédiatre, le jeune enfant et les écrans: enquête AFPA. Colloque de Pédiatrie. Les enfants et les écrans, Groupe de Pédiatrie Générale. Paris; 31 mars 2016. Résumé d'enquête « les enfants et les écrans »

30. Assathiany R, Guery E, Caron FM, et al. Children and screens : A survey by French pediatricians. Arch Pédiatr. Fév 2018;25(2):84-8.
31. Médiamétrie - Etude réalisée en ligne en septembre 2019 auprès de 2 087 parents d'enfants âgés de moins de 15 ans pour le compte de l'Observatoire de la Parentalité & de l'Education Numérique et de l'UNAF
32. Ipsos. Junior Connect' 2017 : les jeunes ont toujours une vie derrière les écrans ! [Internet]. Ipsos. 2017 [cité 03 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ipipsossos.com/fr-fr/junior-connect-2017-les-jeunes-ont-toujours-une-vie-derriere-les-ecrans>
33. Tang L, Darlington G, Ma DWL, Haines J, on behalf of the Guelph Family Health Study. Mothers' and fathers' media parenting practices associated with young children's screen-time: a cross-sectional study. BMC Obesity. 3 déc 2018;5(1):37.
34. Le Plan numérique pour l'éducation [Internet]. L'école change avec le numérique. [cité 01 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/le-numerique-au-service-de-l-ecole-de-la-confiance-3212>
35. Collet M, Gagnière B, Rousseau C, Chapron A, Fiquet L, Certain C. Case–control study found that primary language disorders were associated with screen exposure. Acta Paediatr. juin 2019;108(6):1103 9.
36. P. Winterstein, R.J. Jungwirth. Media usage and passive smoking in preschool children: risk factors for cognitive development? Kinderkrankenschwester. juill 2015;34(7):266-72.
37. B.A. Holden, T.R. Fricke, D.A. Wilson, M. Jong, K.S. Naidoo, Padmaja Sankaridurg, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. Ophthalmology. 1 mai 2016;123(5):1036-42.
38. Ratnayake K, Payton JL, Lakmal OH, Karunarathne A. Blue light excited retinal intercepts cellular signaling. Scientific Report. déc 2018;8(1)
39. 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.

40. Carter B, Rees P, Hale L, Bhattacharjee D, Paradkar MS. Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 déc 2016;170(12):1202-8.
41. Harle B, Deschamps E, Bonod L, Duflo S. Usage intensif des écrans et performances scolaires. *La revue de la santé scolaire et universitaire.* Mars 2016; 7(38): p 11-14.
42. Strouse GA, Ganea PA (2017) Parent–toddler behavior and language differ when reading electronic and print picture books. *Frontiers in Psychology* 16 May. www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00677/full (accessed 31 August 2018)
43. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/fr/>
44. Wendy Feng W, Ramo DE, Chan SR, Bourgeois JA. Internet gaming disorder: trends in prevalence 1998–2016. *Addict Behav.* 2017;75:17-24
45. Paulus MP, Squeglia LM, Bagot K, Jacobus J, Kuplicki R, Breslin FJ, et al. Screen media activity and brain structure in youth: Evidence for diverse structural correlation networks from the ABCD study. *NeuroImage.* janv 2019;185:140-53.
46. Prescott AT, Sargent JD, Hull JG. Metaanalysis of the relationship between violent video game play and physical aggression over time. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2 oct 2018;115(40):9882-8.
47. MURRAY J.P., « TV violence: research and controversy », in PECORA N. et al. (sous la direction de), *Children and Television*, LEA, 2007, pp. 183, 193-194 et passim.
48. Council on Communications and Media. Policy Statement—Media Violence. *American Academy of Pediatrics.* 2009;
49. UNICEF. The state of the world’s children 2017: children in a digital world. New York (NY): United Nations Children’s Fund; 2017
50. Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents : a systematic review of reviews. *BMJ.* 2019;9(1):e023191

51. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. Ecrans et autisme chez le jeune enfant [cité 01 juin 2020]. Disponible sur : <https://afpa.org/content/uploads/2017/06/ecran-et-autisme-FMC.pdf>
52. Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent
53. Epilepsie et écrans - Crises épileptiques photo-induites : à retenir [Internet]. Neurologies. 2015 [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://neurologies.fr/epilepsie-et-ecrans-crises-epileptiques-photo-induites-a-retenir/>
54. Farmer Y, Bouthillier M-È, Roigt D. La prise de décision en éthique clinique: Perspectives micro, méso et macro. PUQ; 2013. 208 p.
55. Vega, A. & Soum-Poulayet, F. Entre rationalité scientifique et croyances individuelles : stratégies d'adaptation des soignants à la maladie grave. *Anthropologie et Sociétés*, 2010;34 (3) : 229–248.
56. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
57. HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 déc [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
58. Lanier C, Sommer J, Junod Perron N. L'ordinateur en consultation : peut-on rester centré sur le patient ? *Rev Med Suisse*. 2015; 11:1054-1059
59. DECELLE-BISSERY M. Réflexion sur l'utilisation des outils numériques comme outil de dialogue pédagogique. *TraAM*, 2012.
60. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>

61. Binder P, Heintz A-L, Haller DM, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Interv Psychiatry*. 2019;1–7.
62. Wahi G, Parkin PC, Beyene J, Uleryk EM, Birken CS. Effectiveness of Interventions Aimed at Reducing Screen Time in Children: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 nov 2011;165(11):979-86.
63. Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Franche-Comté | Réppop Franche Comté [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.reppop-bfc.com/>
64. Gordon R, McDermott L, *et al.* [The effectiveness of social marketing interventions for health improvement : What's the evidence?](#), *Public Health*, décembre 2006, 1133-1139.
65. Proposition de loi n°706 [Internet]. Senat. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l18-131/l18-131.html>
66. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A *et al.* International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7 (10)
67. Sofia Chaabane. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. *Médecine humaine et pathologie*. 2018.
68. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G *et al.* Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2006; 23(5):426-29.
69. Angus Reid Institute. Kids & COVID-19: Canadian children are done with school from home, fear falling behind, and miss their friends. Angus Reid Institute. Published May 11, 2020. Disponible sur : <http://angusreid.org/covid19-kids-opening-schools/>

ANNEXES

	Génération silencieuse	Baby Boomers	Génération X	Génération Y ou génération "pourquoi/Why"	Génération Z ou nouvelle génération silencieuse	Génération ALPHA ou Génération Verre
Naissance	Avant 1945	1945 – 1959	1960 - 1979	1980 - 1999	2000 - 2010	Après 2010 (- 2025)
Environnement vécu	Né entre la grande dépression et la deuxième guerre mondiale	Guerre froide, Conquête spatiale, télévision	Chute du mur de Berlin, SIDA, ordinateur (PC)	11 septembre, guerre en Irak	Guerre Afghanistan, Tsunami, réchauffement climatique, Printemps arabes, changements climatiques	Changements climatiques, réseaux sociaux
Aspirations	Propriété (achat résidence principale)	Sécurité de l'emploi	Equilibre vie privée / vie professionnelle	Liberté et flexibilité	Sécurité et stabilité	"Qu'est-ce que l'humain?" *
Produit symbole	 Automobile	 Télévision	 Ordinateur personnel	 Smartphone et tablette	 Réalité virtuelle, Objets connectés	 Robots, Intelligence Artificielle
Attitude vis-à-vis du travail	Un travail pour la vie	Organisationnel (la carrière définie par l'employeur)	Carrière en "portfolio", loyaux à leurs métiers (et non l'employeur)	Entrepreneurs digitaux. Travaillent "avec" leur employeur et non "pour"	Carrières multitâches, devraient évoluer dans différentes structures et créations d'entreprises	<i>Pas d'information à ce jour (mai 2019)</i>
Attitude vis-à-vis des technologies	Largement désengagée	Early adopters, adaptation à la technologie	Migrants numériques	Nés avec l'arrivée numérique (digital native)	Totalement dépendant du numérique (Technoholics)	+ d'interactions avec le virtuel que le monde physique
Média de communication	 Lettre formelle	 Téléphone	 Email et SMS	 SMS et réseaux sociaux	 Communication corporelle	 Voix, Pensée (?)
Préférence de communication	 Face à face	 Idéalement face à face, mais téléphone ou email si nécessaire	 Email ou SMS	 Outils connectés et mobile	 Facetime, Skype, Snap	 Assistants vocaux, Interface Homme Machine (IHM)
Préférence de communication pour des décisions stratégiques	Réunion face à face	Idéalement réunion face à face, mais évoluant vers des réunions dématérialisées	Réunions dématérialisées, mais en face à face si possible	Face à face (sans pour autant être au format "réunion")	Solution de groupe dématérialisée (digitally crowd-sourced)	"Plus autonomes, ils créeront certainement leur propre pédagogie"
Part de la population active en % (2019)	Inf. à 1%	Environ 15%	Environ 40%	Environ 45%	Sup. à 1%	0%

Données : sociologie (Wikipedia, classification de William Strauss et Neil Howe) - PEW Research Center Report 2009 - Managing the Clash of Veterans, Boomers, Xers, and Millennials in Your Workplace, New York, N.Y.: American Management Association, 2000 - recoupement interne Inflexia - Mise à jour mai 2019
 Etude "Generations defined: 50 years of change over 5 generations" McCrindle 2012. Tableau de synthèse recoupé par Inflexia. La «génération alpha», de l'invention du chercheur en sciences sociales australien Mark McCrindle.
 * Selon Remy Cuzghes, à l'Institut Ipsos, dirige des études sur l'évolution des valeurs, des modes de vie et de consommation dans les sociétés contemporaines.

Annexe 1 : Usages et attitudes des générations

Génération et usages : Attitudes des générations face aux évolutions de communication [Internet]. Inflexia. [cité le 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.inflexia-marketing.com/generations-et-usages/>

Apprivoiser les écrans et grandir

3 - 6 - 9 - 12



Avant 3 ans

*L'enfant
a besoin
de construire
ses repères
spatiaux et
temporels*



De 3 à 6 ans

*L'enfant a besoin
de découvrir
toutes ses
possibilités
sensorielles
et manuelles*



De 6 à 9 ans

*L'enfant
a besoin
de découvrir
les règles
du jeu social*



De 9 à 12 ans

*L'enfant
a besoin
d'explorer
la complexité
du monde*



Après 12 ans

*L'enfant
commence
à s'affranchir
des repères
familiaux*

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
les repères « 3-6-9-12 »
comme une façon de
répondre aux questions
les plus pressantes
des parents et
des pédagogues. ”
Serge Tisseron
www.sergetisseron.com

Le Pédiatre le pédiatre n° 263 - 2014/4 - Association Française de Pédiatrie Ambulatoire.



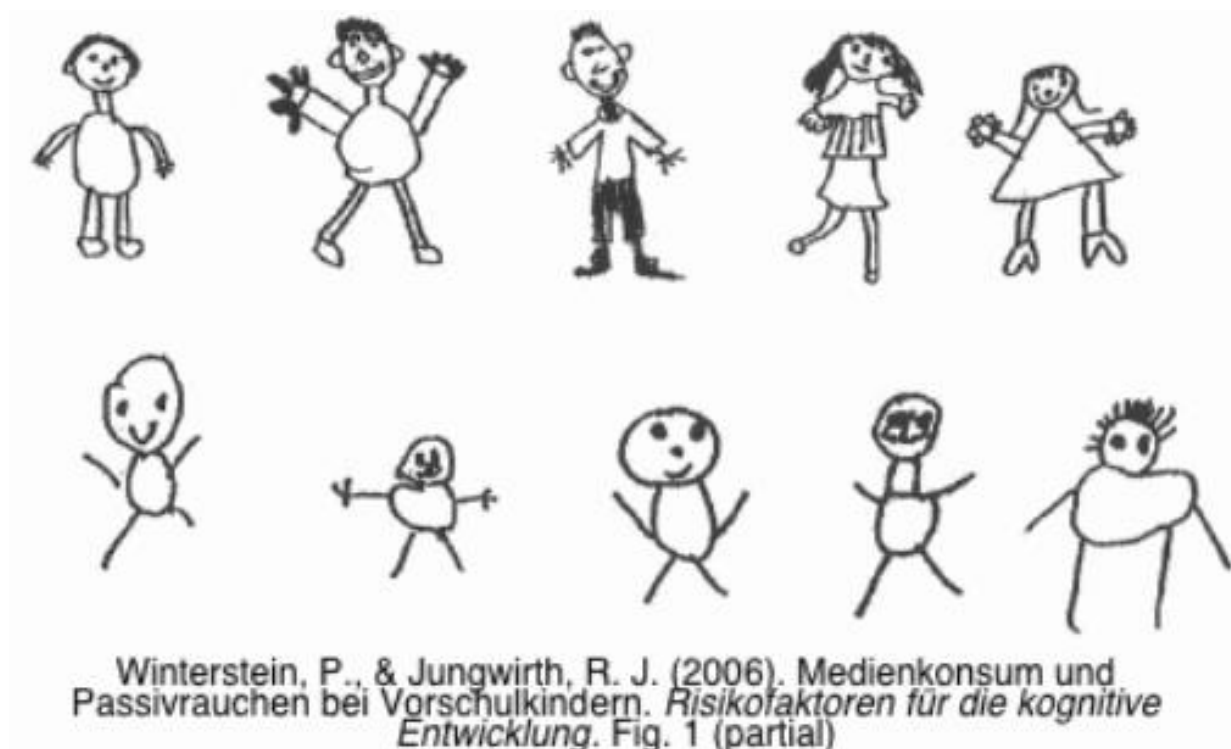
Annexe 2 : Apprivoiser les écrans et grandir - La règle des 3-6-9-12 ans

Apprivoiser les écrans et grandir - La règle des 3-6-9-12 ans [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://afpa.org/outil/affiche-regle-3-6-9-12-ans/>



Annexe 3 : 4 temps sans écrans

Danger des écrans : 4 temps sans écrans = 4 pas pour mieux avancer - AFPA [Internet]. [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: <https://afpa.org/outil/4-temps-ecrans-4-mieux-avancer/>



Annexe 4 : Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à la télévision moins d'une heure (ligne supérieure), et plus de trois heures (ligne inférieure)

P. Winterstein, R.J. Jungwirth. Media usage and passive smoking in preschool children: risk factors for cognitive development? *Kinderkrankenschwester*. juill 2015;34(7):266-72.

BITS		
Bullying	= harcèlement	As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ?
		... et en dehors de l'école ?
Insomnia	= troubles du sommeil	As-tu souvent des troubles du sommeil ?
		... fais-tu fréquemment des cauchemars ?
Tobacco	= tabagisme	Consommes-tu du tabac ?
		... quotidiennement ?
Stress	= stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ?
		... par les deux ?

Annexe 5 : BITS-TEST

Médecin-ado [En ligne]. Un test fondamental : le BITS TEST [cité le 10 juin 2020]. Disponible sur : <http://www.medecin-ado.org/index.php/comment-reperer/un-test-fondamental>

Un sommeil perturbé par les sonneries induit une mauvaise qualité de sommeil. *micro-réveils fréquents*

Utilisation du téléphone la nuit

SALIMA - maman Inès 10 ans

« Mon enfant était en échec scolaire, fatigué en cours... jusqu'à ce que je me rende compte qu'il discutait avec ses amis à plusieurs reprises dans la nuit »

? Quelle place accordent les jeunes aux écrans la nuit? Dorment-ils vraiment?



J'ai le droit en tant que parent d'interdire l'utilisation d'écran la nuit



Je peux responsabiliser mon enfant: « Pour ton sommeil, avant d'aller dormir tu déposes ton portable sur la table du salon »

Le faire décrocher des écrans

Si la plupart des adolescents ont une consommation raisonnable des écrans, près d'un jeune sur huit aurait un usage problématique vis-à-vis des écrans. On parle de pratique excessive, voire addictive, au-delà de 5 heures d'écran par jour.

RACHEL - maman de Sam

« Il ne vient jamais à table, il me dit « attends j'ai presque fini ma partie »

? Pourquoi les règles familiales établies (horaire des repas, hygiène) ne fonctionnent plus?



J'anticipe, je définis un temps initialement, puis je lui rappelle 10 à 15 min avant la fin de ce temps



« Tu as le droit de jouer jusqu'au repas à 19h15, ne relance pas une partie car on mange dans 15 min »

Pour toutes informations complémentaires des professionnels de santé peuvent vous aider

SITE DIJON	RéPPOP-BFC	SITE BESANCON
Le Diapason, 2 place des savoirs 21035 DIJON CEDEX Tel : 09 86 73 44 90 - Fax 09 81 40 96 84		CHRU St-Jacques - 2, place St-Jacques 25030 BESANCON CEDEX Tel. 03 81 21 90 02 - Fax 03 81 21 90 06
www.reppop-bfc.com		

RéPPOP BFC
Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Bourgogne Franche-Comté

Vous pouvez l'aider à changer ses habitudes autour des écrans

Vos enfants, les écrans et vous ?



Comment engager la discussion de manière positive pour le bien de chacun

Écrans seul

L'exposition aux contenus inappropriés peut provoquer chez les enfants des troubles qui ne sont pas toujours visibles : cauchemars, angoisses, difficultés à s'endormir...

ISABELLE - maman de Nolann 7 ans

« Mon enfant ne voulait pas aller dormir car il faisait beaucoup de cauchemars »

? Comment trouvez-vous le sommeil de votre enfant ?



Les normes CSA www.csa.fr et PEGI peg1.info/fr peuvent m'aider à me repérer



« Montre moi et explique moi à quoi tu joues »

« Tu regardes quoi comme série en ce moment? »

Suis-je attentif aux contenus des jeux et des écrans qu'il utilise?



Les écrans nous rendent sédentaires

Le temps passé devant les écrans a un impact à long terme sur la santé de mon enfant. L'excès de poids en est l'un des principaux marqueurs. Il provoque également des retards de développement : langage, motricité, socialisation.

ELIAS - papa de Bassem 11ans, Hady 8 ans, Yara 7 ans et Issam 2 1/2 ans

« Lorsque j'allume la TV tout devient plus calme à la maison, mais finalement je me rends compte qu'avec tous ces écrans, ils ne veulent plus bouger lorsque j'ai du temps à leur consacrer »



Est-ce que c'est rassurant de savoir que mes enfants sont devant les écrans plutôt qu'à l'extérieur ?



Je prévois des temps en famille consacrés à des activités physiques durant la semaine, cela permet d'instaurer des habitudes qui les éloignent des écrans

« Qu'est ce que tu as envie de faire comme activités ou sorties cette semaine? »



« Je te propose que chaque samedi on aille à la piscine ensemble »

Écrans ensemble

PIERRE - papa d'Axel 13 ans

« Depuis que nous faisons une soirée film dans la semaine, j'ai l'impression que le courant passe mieux avec Axel »



Aimeriez-vous avoir plus de complicité avec vos enfants?



Je lui propose un programme qui est adapté et qui convient à tous



« Je te propose de regarder un film sympa, avec moi, ce soir »



Trop d'importance aux écrans

Le fait d'attacher une importance démesurée aux jeux vidéo/réseaux sociaux, diminue les relations familiales. Exemple: mange très vite pour retourner sur sa partie de jeux vidéo qui est en pause

LILIA - maman de Damla 15 ans

« Je voulais lui faire plaisir en prenant un abonnement de vidéo à la demande qui finalement a coupé toute communication dans la famille »



Que pensez-vous de la communication dans votre famille ?



« Si je t'achète un abonnement en VOD, tu as le droit de l'utiliser 1h30 par jour sinon je l'arrêterai »



Je réfléchis en amont de l'achat d'un abonnement Vidéo à la Demande (VOD) /Écran téléphone, tablette, console qui va nécessairement rendre mon enfant plus sédentaire. Comment, je peux lui faire plaisir autrement ? Et j'établis un contrat

Annexe 6 : Flyers d'informations du RéPPOP-BFC

RéPPOP-BFC [En ligne]. Vos enfants, les écrans et vous ? [cité le 14 août 2019]. Disponible sur : <https://www.reppop-bfc.com/uploads/fichespratiques/81675deb138c98bae4efc85a290d7532.pdf>

TITRE DE LA THESE : Représentations des médecins généralistes concernant l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans

AUTEUR : Jean BOURDIAU

RESUME :

Contexte. Le développement croissant des écrans dans notre quotidien nous interroge sur leurs effets sur notre santé. Il n'existe actuellement aucun consensus sur les modalités de prévention à cette exposition chez les enfants et adolescents.

Objectif. Explorer les représentations des médecins généralistes concernant l'exposition aux écrans chez les enfants.

Méthode. Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultats. Douze médecins généralistes ont été interrogés. Leurs représentations s'appuyaient sur leurs connaissances théoriques et leurs expériences personnelles et professionnelles. Pour eux, l'exposition aux écrans chez les enfants relevait d'une surexposition dont les effets rapportés, au niveau biomédical et socioculturel, étaient majoritairement négatifs. Malgré cette opinion, cette thématique était peu intégrée dans leur pratique. Cette ambivalence à ce sujet était renforcée par des interférences provenant de leur parcours personnel.

Discussion. Bien que les médecins interrogés étaient partagés entre confiance et résignation, de nombreuses pistes d'amélioration des pratiques ont été envisagées. Ils étaient prêts à jouer un rôle central de prévention dans cette thématique, motivés par la notion de principe de précaution et de balance bénéfice-risque.

Conclusion. Les médecins généralistes ont les clés en main pour adopter une médecine préventive efficace auprès des enfants et leurs familles concernant la thématique des écrans.

MOTS-CLES : écrans, enfants, médecine générale.