

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Johann POULAIN

Né le 05/04/1985 à Cholet

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 soutenue à Rennes
le 6 Février 2017**

devant le jury composé de :

Pr. Patrick PLADYS

PU-PH Chef de service de pédiatrie au CHU de
Rennes/ Président du jury

Dr. Dominique TRIPODI

Dr en médecine du travail Chef de service au
CHU de Nantes/ *directeur de thèse*

Pr. Patrick JEGO

PU-PH Chef de service de médecine interne au
CHU de Rennes/ examinateur

Dr. Olivier DAMERON

MCU-PH en informatique au CHU de Rennes/
examinateur

Dr. Emeline EYZOP

Dr en psychiatrie et addictologie au CHU de
Nantes/ *examinateur*



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Johann POULAIN

Né le 05/04/1985 à Cholet

**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 soutenue à Rennes
le 6 Février 2017**

devant le jury composé de :

Pr. Patrick PLADYS

PU-PH Chef de service de pédiatrie au CHU de
Rennes/ Président du jury

Dr. Dominique TRIPODI

Dr en médecine du travail Chef de service au CHU
de Nantes/ *directeur de thèse*

Pr. Patrick JEGO

PU-PH Chef de service de médecine interne au
CHU de Rennes/ examinateur

Dr. Olivier DAMERON

MCU-PH en informatique au CHU de Rennes/
examinateur

Dr. Emeline EYZOP

Dr en psychiatrie et addictologie au CHU de
Nantes/ *examinateur*

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie

DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie, biologie du vieillissement; Addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale

JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; Addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; Addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric Professeur associé des universités de MG	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail

PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise Professeur, associé des universités de MG	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique;
WATIER Eric	Brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS	
ALLORY Emmanuel	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire

LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric maître de conférence associé de	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

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

À Monsieur le Professeur Patrick PLADYS,

Professeur de pédiatrie à l'Université Rennes-1, chef de service

Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Patrick JEGO,

Professeur de médecine interne à l'Université Rennes-1, chef de service

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

À Monsieur Olivier DAMERON,

Maître de conférences en informatique, à l'Université Rennes-1

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

À Monsieur le Docteur Dominique TRIPODI,

Docteur en médecine du travail à l'Université de Nantes, chef de service, directeur de thèse

Pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, pour votre disponibilité et vos conseils.

À Madame le Docteur Emeline EYZOP,

Docteur en Psychiatrie à l'Université de Nantes

Pour avoir accepté de relire mon travail, pour votre implication et vos conseils. Merci de participer à mon jury de thèse.

A tous les médecins,

A mes anciens maîtres de stages, Dr Bertrand Morin, Dr Philippe Le Boucher et Dr Jean-Jacques Le Drevo, à coté de vous, j'ai beaucoup appris.

A tous les médecins qui m'ont appris comment exercer, à tous ceux qui auront participé à mon travail, soyez assurés de mes sincères remerciements.

Aux médecins que je remplace, Dr Jean-Max Ramette qui aura été le premier à me confier sa patientèle et aux Dr Denis Guebels, Dr Christine Rabiller, Dr Etienne Julien, Dr Christine Lebel, Dr Karine et Sébastien Penard, j'apprécie travailler avec vous.

A tous les patients qui ont croisé ma route et qui la croiseront, pour leur singularité, c'est aussi grâce à vous.

À Felser,

Merci pour ton soutien, ton aide, ton amitié. Tu auras été mon compagnon de route jusqu'à la fin. J'espère que nos débriefs quasi quotidiens se poursuivront encore longtemps.

À Simon,

C'est avec toi que j'ai découvert la médecine. Après, j'ai marché en suivant tes pas.

À tous mes anciens colocs et amis de l'internat

Pierre et Guillaume, les futurs Mesmer

Clémence, Agathe, Bérengère, Thomas, Amélie et Florie

Pour tous ces moments agréables partagés à Saint-Avé, à Rennes, c'est toujours un plaisir de vous retrouver.

À tous ces amis que j'ai rencontrés grâce à la médecine

Jay, Nikos, Sebastien Dreams, Dric, Fre, Falex, Tatara, Guiser, du Glasgow 3 à nos marches en Corse, en Grèce, en Crète, en Italie, à la course à pied et au marathon, aux Sea Wolf, et à tous ces moments de franche rigolade.

A tous mes amis du choletais

Raph et Karine, AD et Caro, Yves et Sarah, Brebs et Charlotte, Alex et Milou, Slif et Sarah, Fogenight et Cécé, Banbanch et Caro, Simon et Anne-Claire, Strouph, Théo, Seb, Elodie et Guillaume, Jean et Marine, Aurore et Ranger.

Que de souvenirs avec vous ! Le lycée, la découverte de la vie étudiante, celle du Japon, du parapente, les semaines de vacances au lycée, SMCH, « Blérots mais pas trop » et tant d'autres moments inoubliables.

A mes proches, pour votre soutien sans faille.

À mes parents,

Merci pour votre soutien permanent depuis la première année.

Vous aurez été une source d'inspiration et de motivation.

À Chipa,

Merci pour ton aide. Merci aussi d'être qui tu es. Je suis heureux d'avoir partagé tous ces moments avec toi et je sais que tant d'autres sont encore à venir.

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Raisons de non participation à l'étude.....	26
Figure 2 : Médecins effectuant une prévention de l'exposition à la télévision chez l'enfant et l'adolescent.....	27
Figure 3 : Situations cliniques au cours desquelles les médecins abordent le sujet de la télévision.....	28
Figure 4 : Recommandations pratiques proposées par les médecins généralistes aux enfants et adolescents concernant la télévision.....	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population.....	25
Tableau 2 : Freins à une meilleure prévention de l'exposition télévisuelle.....	28
Tableau 3 : Situations cliniques conduisant à la modification des pratiques.....	30
Tableau 4 : Caractéristiques des médecins parlant spontanément de la télévision aux enfants.....	31
Tableau 5 : Caractéristiques des médecins parlant souvent de la télévision aux enfants.....	31
Tableau 6 : Evocation de la télévision dans des situations cliniques spécifiques, selon le sexe des médecins.....	32
Tableau 7 : Evocation de la télévision dans des situations cliniques spécifiques, selon l'âge des médecins.....	33
Tableau 8 : Evocation de la télévision dans des situations cliniques spécifiques, selon le nombre de consultations réalisées par les médecins.....	33

RÉSUMÉ

Introduction : Les écrans sont apparus au XX^{ème} siècle. De tous, la télévision est celui qui est le plus regardé et qui concerne l'ensemble de la population. Son exposition, initiée par les parents, dès le plus jeune âge, peut avoir des conséquences sur la santé. Nous avons réalisé une étude d'état des lieux des pratiques dans les cabinets de soins primaires.

Méthode : Une étude a été menée via un questionnaire anonyme auprès des médecins généralistes, choisis par tirage au sort et acceptant l'étude, en Vendée, de Mai à Octobre 2015.

Résultats : 105 médecins ont accepté de participer. Ils étaient 17 % à parler souvent de la télévision aux enfants et 25 % à le faire spontanément. Les femmes en parlaient plus souvent que les hommes ($p=0,003$). Les situations cliniques, devant lesquelles les médecins en parlaient le plus, étaient les troubles du sommeil, le surpoids et les troubles du comportement. Les limites à une meilleure prévention dans ce domaine évoquées par les médecins étaient le manque de temps, le manque d'outils de prévention et l'absence de formation. La principale recommandation des médecins était de définir une limite de durée d'exposition. Concernant l'équipement de la salle d'attente, 4 % possédaient des affiches ou dépliants sur le sujet, 20 % en avaient connaissance et 81 % souhaitaient en recevoir. 75 % des médecins se disaient prêts à modifier leurs pratiques, à en parler spontanément ou à l'occasion de symptômes.

Conclusion : Les résultats de cette étude sont significatifs d'un manque en matière de prévention et peuvent être considérés comme un signal d'alarme. Cependant les médecins semblent prêts à modifier leurs pratiques. La féminisation et le rajeunissement de la population de médecins peuvent être des éléments favorisant cette prévention, tout comme l'émergence de nombreuses recommandations. Cette étude appelle à d'autres travaux à l'échelle nationale ou auprès des pédiatres. De même, il serait intéressant de se pencher sur les nouveaux supports numériques.

ABSTRACT

Introduction : The television and the screens appeared in the twentieth century. The television is the screen which is the most watched and all the population is exposed to it. This media exposure from very early ages initiated by parents may have consequences for human health. It appeared necessary to review the present state of the medical practice.

Method : A study was led in Vendée from May to December 2015 among general practitioners. An anonymous questionnaire was submitted to 105 doctors interviewed by drawing lots.

Results : 17 % of doctors often spoke about television to children and 25 % could speak about it spontaneously. Women would speak about it more often than men ($p < 0,003$). Sleeping disorders, overweight, behavioural problems were the main clinical cases that made doctors talk about it. The limits to a better prevention in this field given by doctors were a lack of time, of prevention tools and the absence of training. The main recommendation of doctors was to define a limit to the duration of this exposure. Regarding the equipment of the waiting room, 4 % had posters or leaflets about this topic, 20 % knew about it and 81 % wished to receive some. 75 % of them said they were ready to modify their practice, to talk about it spontaneously or in case of symptoms.

Conclusion : The results of this study show a lack of prevention and can be considered as an alarm. However doctors seem to change their practice. The feminization and the fact that the population of doctors is getting younger may favour the prevention as well as the emergence of numerous recommendations. This study should lead to other works on a national scale or with paediatricians. Furthermore, it would be interesting to study the new digital supports.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	12
Liste des illustrations.....	13
Résumé.....	14
Abstract.....	15
Introduction.....	17
Méthode.....	22
1. Population/échantillon.....	22
2. Critère de jugement/outils/mesures.....	22
2.1. Première partie du questionnaire : données sociodémographiques.....	23
2.2. Deuxième partie du questionnaire : pratiques cliniques.....	23
3. Statistiques.....	24
Résultats.....	25
1. Données générales.....	25
2. Etats des lieux.....	26
3. Analyse en sous-groupes.....	30
3.1. Selon le sexe du praticien.....	31
3.2. Selon l'âge des praticiens.....	32
3.3. Selon le nombre de consultations par jour.....	33
Discussion.....	34
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	40
Annexes.....	44
Annexe 1 Questionnaire proposé aux médecins généralistes de Vendée.....	45
Annexe 2 Document transmis aux médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.....	49
Annexe 3 Fiche d'informations destinée aux patients.....	53
Annexe 4 Score de Goodman.....	55

INTRODUCTION

Le vingtième siècle a vu l'apparition puis l'essor des écrans avec l'émergence des postes de télévision, des ordinateurs et plus récemment des smartphones et tablettes tactiles. Ces écrans permettent désormais l'accès à Internet et à la télévision en ligne. Selon une étude de l'INSEE de 2010, la télévision est l'écran le plus regardé (1), raison pour laquelle son usage pose question.

La télévision est un média apparu à la fin des années 1940 qui s'est largement démocratisé au cours des années 1960-1970. Ce moyen de communication a pris une telle ampleur, qu'actuellement, 98,3% des ménages français possèdent au moins un poste de télévision chez eux (2), 50,3% en possèdent au moins deux et 15% au moins trois (3). Au premier trimestre 2015, les foyers français sont équipés en moyenne de 6,4 écrans par domicile, autant de surfaces permettant l'accès aux vidéos (4). La télévision est toujours le média le plus consulté devant la presse et la radio (4). Ces nouveaux écrans sont autant de nouveaux accès aux vidéos en ligne, prolongement de la télévision.

La télévision est un média audiovisuel qui oblige le spectateur à focaliser son attention sur une très petite surface lumineuse, en mouvement, et qui oblige à faire abstraction du vaste reste du monde. Face à l'écran allumé, le téléspectateur est inactif, c'est à dire qu'il n'a pas d'interactions physiques avec l'objet, ce qui n'est évidemment pas le cas lors de la lecture, de l'écriture ou de toute autre activité comme le jeu, le sport voire même l'utilisation de l'ordinateur ou d'une console de jeux vidéo. Au cours de toutes ces activités, il existe une interaction avec l'objet utilisé ce qui n'est pas le cas avec la télévision. Malgré l'essor des nouveaux supports numériques (ordinateurs, smartphones, tablettes tactiles), la consommation télévisuelle est stable depuis le début des années 2000, évaluée à 3h40 par jour en moyenne pour les spectateurs de plus de 15 ans en 2014 (5, 6).

Toute la population est concernée par l'exposition à la télévision y compris les enfants. Soixante pour cent des nourrissons de moins de 1 an y sont déjà exposés, en moyenne 1 heure par jour. À deux ans, 90% y sont exposés pour une durée moyenne d'1h40 et à 3 ans, 90% des enfants y sont exposés pour une durée moyenne de plus de deux heures (7, 8). Les enfants entre 4 et 14 ans restent en moyenne 2h08 devant la télévision quotidiennement, chiffre légèrement en baisse depuis 2011, cependant la durée d'exposition reste élevée (9).

L'exposition des enfants à la télévision est initiée par les parents (10). Ce fait apparaît d'autant plus important que la consommation télévisuelle dans l'enfance est à l'origine de la consommation télévisuelle à l'adolescence, elle-même en relation avec l'exposition à l'âge adulte (11). De plus, la moitié des foyers abritant des 8-18 ans autorise un accès télévisuel libre à leurs enfants, sans limite de durée (12) et 40 % des foyers français sont soumis à

l'omniprésence télévisuelle définie par une télévision presque toujours allumée, indépendamment du fait que quelqu'un la regarde ou non (13).

Possible source d'informations, de culture et divertissement, lorsqu'elle est adaptée et bien encadrée, l'exposition télévisuelle chez l'enfant peut également générer des effets néfastes selon de nombreuses études. La nature du média télévision est à l'origine de ces effets, cependant, pour certains d'entre eux, le contenu du programme visionné est également en cause. Il est important de noter que même les programmes télévisuels dits éducatifs sont au mieux inutiles, et, au pire délétères sur l'évolution de l'enfant selon certaines études (14).

L'omniprésence de l'écran engendre une sur-stimulation et une sur-sollicitation de l'enfant, interrogeant sa capacité à gérer le vide par la suite.

De plus, seul, il ne peut bénéficier d'un équivalent de la fonction de pare-excitation de sa figure d'attachement, décrite aussi lors des interactions précoces et supposée l'en protéger. Selon l'INSEE, une grande partie du temps passé devant l'écran se fait seul. Le co-visionnage avec un parent est rare, moins de 20 % à tout âge (15). Les enfants ayant accès libre à la télévision ne peuvent, devant le flux incessant d'images, fixer d'eux-mêmes des limites de durée décentes. Aucun contrôle parental ne peut être exercé (16). Comme le souligne la campagne actuelle du CSA, le programme doit être adapté à l'âge et les expositions doivent être de courte durée et espacées (16). L'enfant peut être exposé à des contenus parfois inadaptés, involontairement ou non, s'il connaît cette signalétique. L'enfant devient une cible naïve exposée à des informations pour lesquelles il n'est pas en mesure de distinguer le vrai du faux. La télévision montre un monde éloigné de la réalité objective, un monde irréel influençant fortement la perception du monde réel. L'enfant est également soumis à une violence médiatique. La violence audiovisuelle affecte les attitudes, valeurs et comportements des spectateurs selon trois types d'effets : augmentation de l'agressivité et des conduites agressives, désensibilisation à la violence des images et accroissement du sentiment de peur et d'insécurité (17).

Le poste diminue les interactions sociales que ce soit en société ou dans le cercle familial, dans leur quantité mais probablement aussi dans leur qualité. Un enfant n'ayant pas fait suffisamment l'expérience de relations sociales peut se retrouver en difficulté dans ce domaine plus tard. Il a ainsi été démontré qu'un temps important passé devant la télévision était associé à un attachement aux parents plus faible (18).

L'exposition à la télévision altère le langage et diminue le temps consacré au travail scolaire et, par là même, les performances scolaires (19).

Elle augmente aussi le risque de troubles attentionnels et donc implique des difficultés d'apprentissage et de mémorisation (20). Ces troubles multiplient par 4 le risque d'échec

scolaire. La télévision perturbe également l'activité spontanée de l'enfant de moins de 3 ans, les conséquences sont une évolution peu favorable du Q.I (21).

On pourrait aussi imaginer qu'une exposition intensive à la télévision affecte les capacités motrices de l'enfant, notamment dans la motricité fine, via l'absence, ou le manque de jeux de construction, d'activités créatives

Devant la télévision, la dépense énergétique est égale à la dépense énergétique de repos. En d'autres termes, on ne dépense pas plus d'énergie que dans les simples conditions de veille, soit 1 MET (*Metabolic Equivalent Task*). Le simple fait de s'habiller, de faire la vaisselle ou de jouer d'un instrument de musique multiplie par deux cette dépense énergétique équivalente à 2 MET. La marche, elle, multiplie la dépense énergétique par trois. La télévision est ainsi un facteur de sédentarité (22) dont l'exposition importante est associée à de moins bonnes performances cardiorespiratoires (23). Elle est aussi associée à un risque de surpoids (24). Il a également été retrouvé que l'exposition télévisuelle augmente le risque du tabagisme actif précoce et important chez l'adolescent (25).

La télévision expose également à l'initiation, au développement et au maintien des conduites d'alcoolisation chez les spectateurs (26).

À l'adolescence et pendant l'enfance a fortiori, le cerveau n'est pas mature. Cette immaturité se traduit, entre autres, par une impulsivité accrue (cortex frontal ; maturation postéro-antérieure) avec des expérimentations, notamment de substances psycho-actives.

Autre fait notable : plus un jeune regarde la télévision, plus il perd précocement sa virginité. Or, la précocité du premier rapport augmente la probabilité de grossesse, de carences contraceptives, de relations multiples et d'infections sexuellement transmissibles (27).

La durée de sommeil est inversement proportionnelle au temps passé devant l'écran (28). Cet effet est lié à la nature-même du média télévision mais aussi en partie, à la lumière bleue. Celle-ci diminue la sécrétion de mélatonine et perturbe le cycle circadien (29).

Or, le manque chronique de sommeil infléchit les performances intellectuelles et scolaires de manière significative (30).

Il est observé des troubles visuels précoces en rapport avec une exposition à l'écran. Effectivement, il existe une relation entre exposition aux écrans et myopie précoce (31). Là encore, la lumière bleue est incriminée (32)

L'utilisation des écrans, a changé dans une certaine manière notre rapport au monde. Celui-ci devient moins direct, à travers cette interface créant un détachement du monde réel. De plus, les informations sont diffusées ou disponibles directement et les faits d'actualité sont exposés désormais aussi vite qu'ils apparaissent. Le téléspectateur, happé par la télévision, n'a pas l'idée de l'éteindre. Il ne peut observer aucune pause dans le flux incessant des images, ce qui ne permet aucun recul.

L'influence de la télévision sur la santé se fait de manière imperceptible. Effectivement toute la population est exposée à celle-ci, ainsi qu'au visionnage de vidéos *via* Internet et autres nouveaux supports numériques. Or, l'exposition de l'ensemble de la population à ce phénomène tend à minimiser son impact sur la santé comme tout facteur de risque réparti uniformément dans la population générale. Par ailleurs, les effets de la télévision sur la santé ne sont pas immédiats, aussi sont-ils plus difficilement identifiables.

Il est légitime de se demander si la présence de ces nouveaux médias a des conséquences sur notre manière de vivre.

Face aux conséquences néfastes de l'exposition aux écrans des enfants, de nombreuses recommandations ont été proposées. Le médecin psychiatre, Serge Tisseron, a émis la règle des « 3-6-9-12 » (33), relayée par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA).

Cette règle est la suivante :

- Pas d'écran avant 3 ans.
- Pas de consoles de jeux-vidéos avant 6 ans.
- Pas d'internet avant 9 ans et accompagné jusqu'à l'entrée au collège.
- Pas d'internet seul avant 12 ans et sous réserve d'un contrôle parental.

Le docteur en Neurosciences et directeur de recherche à l'INSERM, Michel Desmurget, propose d'autres recommandations (5). Il propose l'évitement strict de la télévision, contre-indique la présence d'un téléviseur dans la chambre à coucher, surtout dans celle d'un enfant ou d'un adolescent. Il conseille aux parents de proscrire l'exposition audiovisuelle avant 6 ans. Il propose de limiter à 3-4 heures, le temps hebdomadaire pour les élèves de primaire ou de collège. Il préconise, par ailleurs, à cet âge, d'interdire de manger devant la télévision ou de la regarder le soir avant de dormir ou encore le matin, avant l'école. Il existe d'autres recommandations internationales comme celles proposées par l'American Academy of Pediatrics (AAP) (34). Ils préconisent d'interdire la télévision aux moins de 2 ans que ce soit une exposition directe ou d'arrière plan. De même, ils s'opposent à ce que les enfants aient la télévision dans leur chambre. En cas d'exposition, ils informent de la nécessité d'avertir les parents des dangers qu'ils font encourir à leurs enfants. Ils encouragent aussi la réalisation d'autres activités comme le jeu libre qui favorise davantage le développement cérébral.

La Société Canadienne de Pédiatrie abonde dans le même sens et encourage à limiter à moins de deux heures par jour l'exposition des enfants de 5 à 17 ans (35).

De façon générale, toutes celles-ci proposent une diminution de l'exposition aux écrans en particulier chez les plus jeunes.

Il paraît judicieux qu'une prévention de sensibilisation soit faite auprès des adultes mais également des enfants, adultes de demain.

De mon expérience personnelle, j'ai pu observer que peu de médecins généralistes étaient sensibilisés à la question de l'exposition à la télévision.

Le but de ce travail était, dans un premier temps, de faire un état des lieux des pratiques, en cabinet de soins primaires dans le département de Vendée. Nous nous attendions à mettre en évidence des manques quant à l'information proposée par les médecins généralistes sur ce sujet.

Les résultats de ce travail permettront d'établir des objectifs pédagogiques ciblés pour l'enseignement dans le cadre de FMC, d'EPU et de cours à la faculté.

Dans un deuxième temps, comme objectif secondaire, nous avons cherché à observer une éventuelle différence de pratiques entre les différentes populations de médecins.

MÉTHODE

Une étude quantitative (épidémiologique descriptive) a été menée en Vendée de Mai à Octobre 2015, proposant aux médecins généralistes d'évaluer leurs pratiques en matière de prévention de l'exposition à la télévision chez les enfants et adolescents (0 à 18 ans).

1. Population / Échantillon

Cette étude s'est portée sur la population des médecins généralistes exerçant en Vendée.

Elle se base sur un échantillon construit de la manière suivante :

Après avoir effectué un tirage au sort, il a été attribué un numéro à chaque médecin généraliste de Vendée, via le site www.dcode.fr pour définir une liste aléatoire. L'ordre défini a été respecté jusqu'à l'obtention d'au moins 100 réponses au questionnaire. Le tirage au sort a été réalisé via Internet sur le site www.dcode.fr le 10/05/2015.

Ont été inclus les médecins généralistes qui ont pu être contactés et qui ont donné leur accord pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion ont été définis comme tels : pas de prise de contact après quatre appels téléphoniques, pas de réponses après prise de contact et trois mails envoyés.

Après le recueil des données, j'ai transmis une fiche aux médecins interrogés, participant à l'étude, pour leur proposer une information sur le sujet (Annexe 2).

2. Critères de jugement / Outils / Mesures

Un questionnaire (Annexe 1) a été soumis aux médecins par voie électronique ou téléphonique selon leur choix.

Cherchant à évaluer les connaissances et pratiques des médecins généralistes sur le sujet, il a été effectué des recherches sur la télévision en vue d'un questionnaire déjà existant. En utilisant les bases de données de Pubmed, CisMef, SUDOC et la BDSP, aucun questionnaire traitant du sujet n'a été retrouvé pour évaluer les pratiques des médecins généralistes. Ainsi a été défini un questionnaire de novo, soumis à Madame Emmanuelle Bataille, statisticienne au CHU de Nantes qui, après relecture, a validé le questionnaire en avril 2015.

Celui-ci se présente en deux parties.

2.1.Première partie du questionnaire : données sociodémographiques

Elle concerne des données générales afin de définir les caractéristiques démographiques de la population étudiée.

Ont été recueillis :

- le sexe
- l'âge
- le milieu d'exercice
- le nombre de consultations par jour

Nous avons comparé les médecins selon leurs âges, en les divisant en deux catégories : les plus et les moins de 50 ans. En effet, la télévision s'est démocratisée dans les années 1960-1970. 1965 (année médiane de cette période) est l'année de naissance des médecins de 50 ans. Ainsi les médecins de moins de 50 ans ont, dès la naissance, toujours vécu avec l'omniprésence de la télévision dans leur environnement. Nous ferons l'hypothèse que les jeunes se montreront plus sensibles à la question.

Par ailleurs, nous tâcherons d'observer une éventuelle différence entre les médecins effectuant plus ou moins de 25 consultations par jour. Le nombre d'actes réalisé par jour par les médecins a-t-il une incidence sur la prévention en matière d'exposition à la télévision ?

De même, existe-t-il une différence selon le sexe des médecins ?

2.2.Deuxième partie du questionnaire : pratique clinique

Elle s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes.

Ces questions ont été définies en fonction des conséquences sur la santé de l'exposition à la télévision et en fonction d'avis d'experts comme les Dr Tisseron et Dr Desmurget.

Dans un premier temps, il s'agit d'une évaluation générale des pratiques des médecins, à savoir si oui ou non ils effectuent de la prévention, à quelle fréquence, et s'ils en font spontanément. Sont aussi évaluées leurs connaissances avec des questions plus spécifiques sur le mode de consommation de la télévision.

Dans un second temps, il a été répertorié différents symptômes pouvant être des conséquences de l'exposition à la télévision, résultats de recherches bibliographiques. Pour ces recherches, ont été utilisées les mêmes bases de données (à savoir Pubmed, CisMef, BDSP) avec comme principaux mots clefs « télévision », « enfance » ou « adolescence » et

comme mots clefs secondaires, les différentes conséquences observées sur la santé (dyssomnie, surpoids, troubles du comportement, troubles déficitaires de l'attention et du comportement, troubles du développement psychomoteur,...).

Dans le questionnaire proposé aux médecins, il est évalué leur réactivité face à ces symptômes pouvant être favorisés par l'exposition à la télévision. Ensuite, sont recherchés les principaux freins au manque de prévention dans ce domaine ainsi que l'utilisation des principaux outils mis à disposition (affiches, dépliants, ...). En fin de questionnaire, il est recherché une volonté de changement de pratiques concernant la problématique audiovisuelle.

3. Statistiques

Le recueil des données a été effectué de Mai à Décembre 2015.

L'analyse statistique a été effectuée en collaboration avec le PHU 11 SANTÉ PUBLIQUE SANTÉ TRAVAIL et notamment avec Madame Brigitte Keriven, pour l'apport biostatistique.

Le traitement des données a été effectué avec sa collaboration.

L'analyse descriptive a été effectuée en pourcentage. Pour la comparaison des différentes populations, l'analyse statistique a été réalisée avec les logiciels Microsoft Excel™ et le site internet www.biostatgv.com. Les variables quantitatives ont été comparées en utilisant un Chi 2 de Pearson, la significativité statistique était définie par une valeur de $p < 0,05$. Pour les analyses statistiques en sous-groupes, nous avons considéré 2 types de réponses, « non » regroupant les réponses « non » et « parfois » et « oui » regroupant les réponses « souvent » et « toujours ».

RÉSULTATS

1. Données générales

Il a été soumis 325 questionnaires et 106 réponses ont été recueillies et analysées. Le taux de participation était de 32 %. Les caractéristiques des praticiens ayant participé ont été détaillées dans le tableau 1. Les raisons de la non-participation à l'étude sont représentées figure 1.

Caractéristiques		n	%
Sexe	Hommes	63	59
	Femmes	43	41
Âge	< 50 ans	50	47
	≥ 50 ans	56	53
Milieu d'exercice	Rural	41	39
	Semi-rural	43	40
	Urbain	22	21
Nombre de consultations par jour	≤ 25	46	43
	> 25	60	57

Tableau I : Caractéristiques de la population

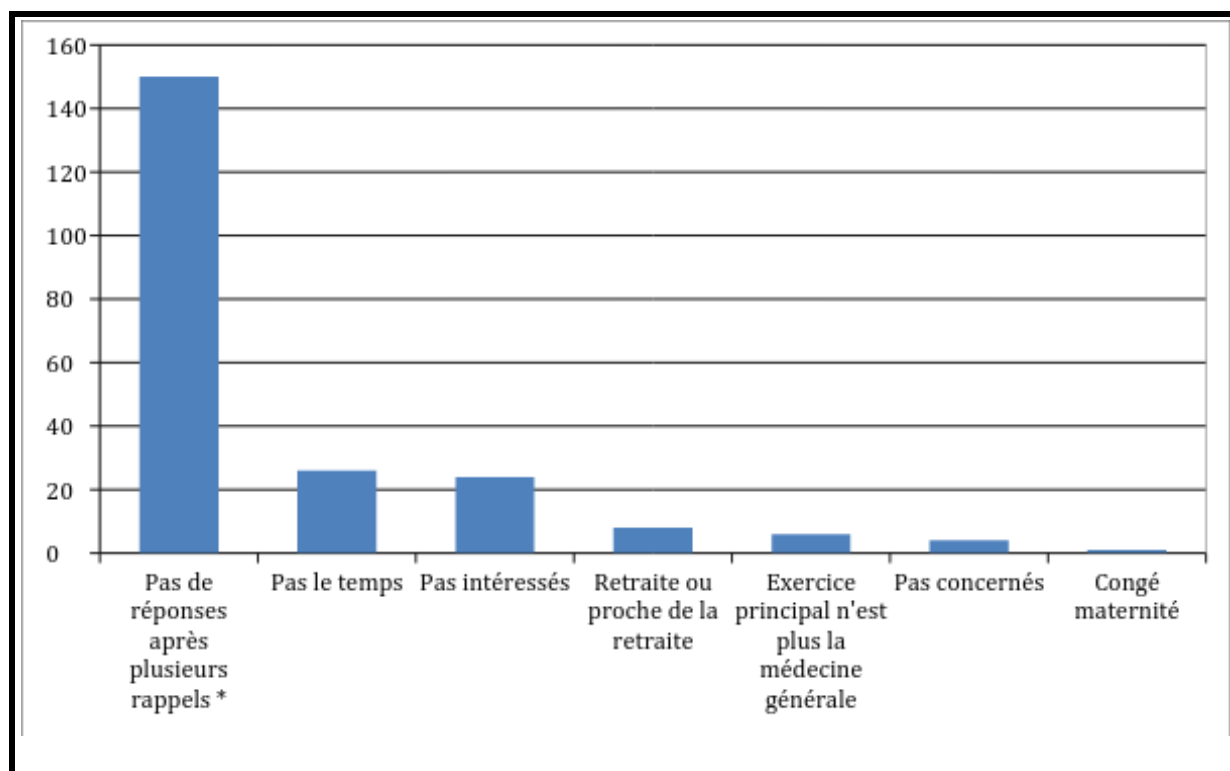


Figure 1 : Raisons de non-participation à l'étude

2. État des lieux des pratiques

La prévention de l'exposition à la télévision chez les enfants était effectuée : rarement par 63 % et souvent par 17% d'entre eux. Ils étaient 20% à ne pas faire de prévention dans ce domaine (Figure 2). Ils étaient 25 % à aborder spontanément le sujet de l'exposition à la télévision lors de consultations avec leurs patients, enfants et adolescents.

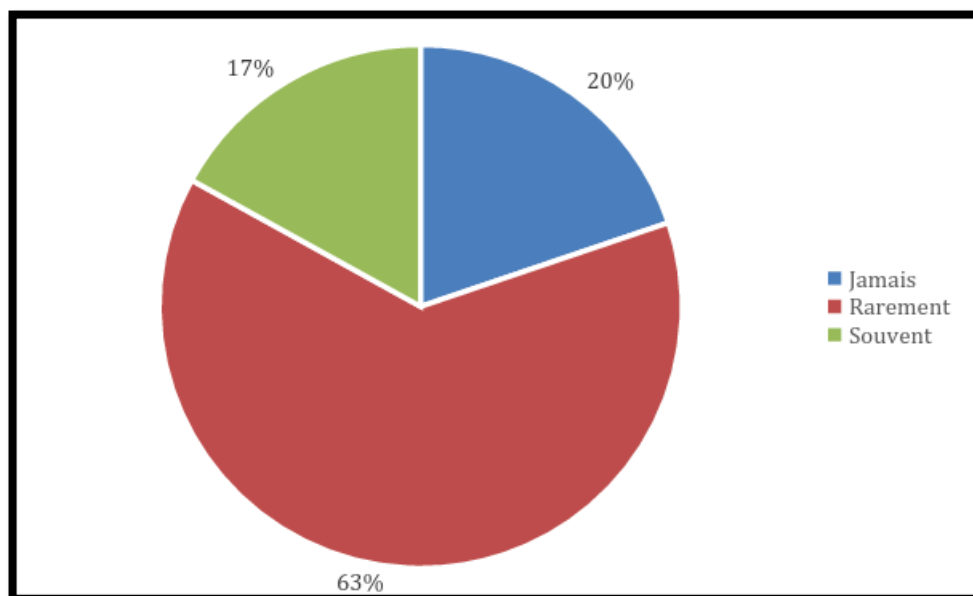


Figure 2 : Médecins effectuant une prévention de l'exposition à la télévision chez l'enfant et l'adolescent

La figure 3 représente les situations cliniques dans lesquelles les praticiens abordaient le problème de l'exposition télévisuelle. Il apparaissait que ces derniers interrogeaient principalement en cas de troubles du sommeil pour 72 %, de surpoids pour 59 %, de troubles du comportement pour 45 % et de troubles de concentration pour 38 %. Ils étaient 18 à aborder le sujet dans d'autres circonstances en particulier lors d'une consultation de suivi ou encore à la demande des parents, en présence de mauvais résultats scolaires, de conflits familiaux, devant une pratique de jeux vidéo, de problème ostéo-articulaire, d'une incapacité à éteindre l'écran en consultation ou d'une absence d'activité physique.

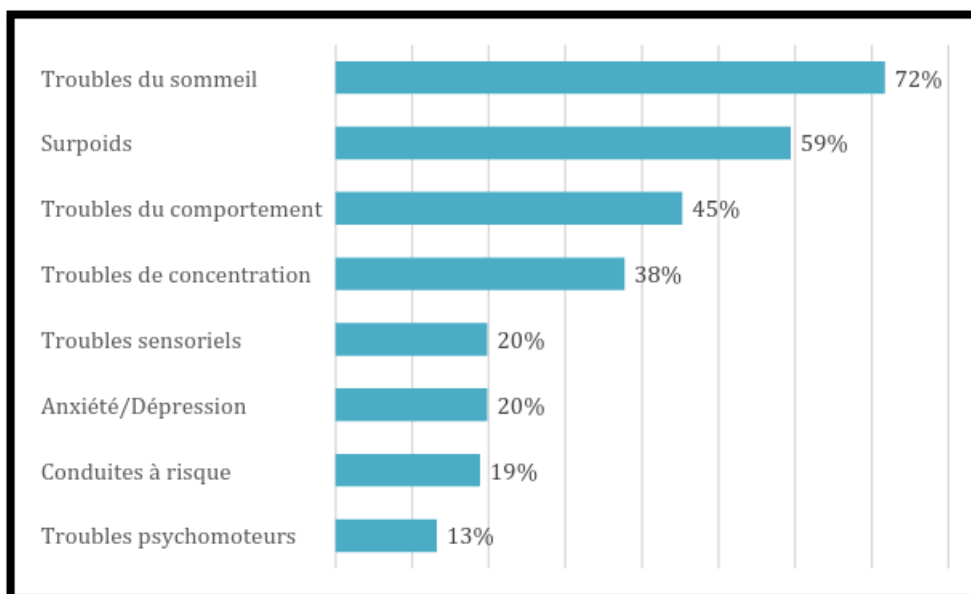


Figure 3 : Situations cliniques au cours desquelles les médecins abordent le sujet de la télévision

Les principaux freins à une meilleure prévention de l'exposition télévisuelle sont représentés dans le tableau 2. Le manque de temps était évoqué par 48 % des praticiens devant le manque de connaissance, par 35 %, le manque d'outil de prévention, par 35 %, et l'absence de formation, par 32 %.

	N	%
Manque d'outil de prévention	37	35
Manque de temps	51	48
Manque de connaissance	37	35
Médiatisation insuffisante	26	25
Absence de formation	34	32
Absence d'intérêt	4	4
Nécessité d'un substrat matériel	12	11

Tableau 2 : Freins à une meilleure prévention de l'exposition télévisuelle

Parmi les autres réponses citées, ne figurant pas dans le tableau, on note un combat perdu d'avance car l'image est reine et omniprésente (3), prévenir de la télévision n'apparaîtrait

pas comme un acte de prévention (2), le respect de la pudeur du patient et de son mode de vie sont mentionnés (2), le médecin n'y pense pas (2), un problème d'éducation des parents (3), un manque de travail coopératif avec l'éducation infantile (1).

En ce qui concerne la prévention complémentaire, dans les cabinets de médecine générale, ils étaient 4 % des médecins à avoir des affiches ou dépliants d'information sur les recommandations à l'égard de la télévision dans leur salle d'attente.

Il a été retrouvé que 20 % des médecins avaient connaissance.

Et, finalement, ils étaient 81 % des médecins interrogés à souhaiter en recevoir.

La figure 4 met en évidence les recommandations pratiques proposées par les médecins généralistes aux enfants et aux adolescents concernant la télévision. Quand les médecins parlent de la télévision en consultation, il apparaît qu'ils sont 67 % à préconiser une limite d'exposition, 53 % à interroger les enfants sur la présence d'une télévision dans leurs chambres, 39% à interroger sur la prise des repas devant la télévision.

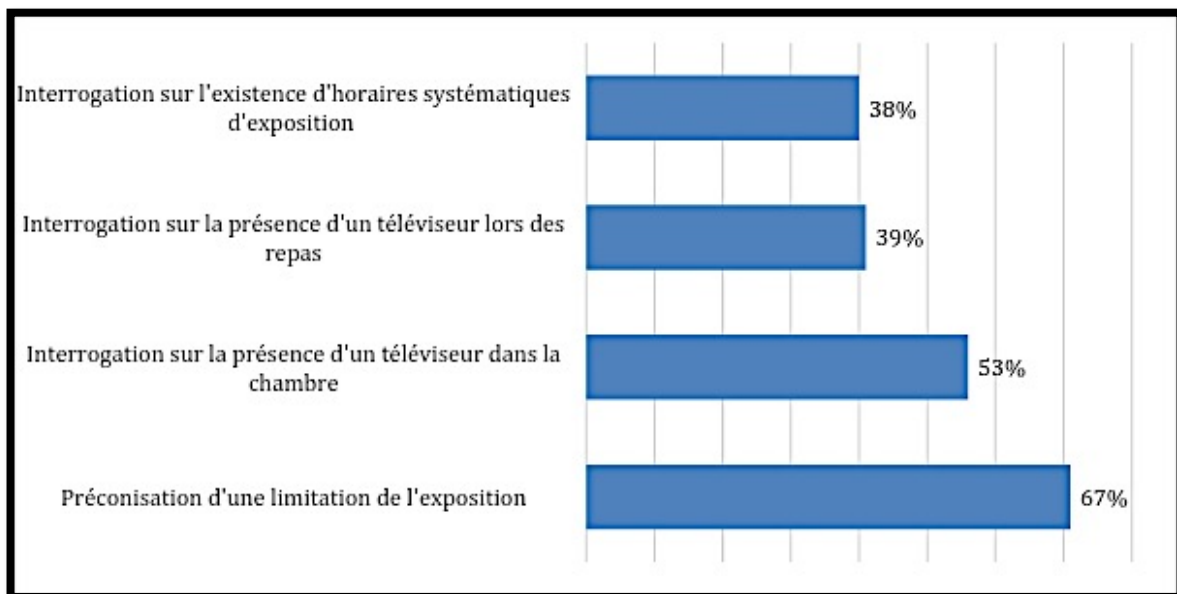


Figure 4 : Recommandations pratiques proposées par les médecins généralistes aux enfants et aux adolescents concernant la télévision

Concernant les modifications de pratique, il a été mis en évidence que 75 % des médecins souhaitaient modifier leurs pratiques. 44 % se disaient prêts à en parler spontanément. Pour les autres, 31 % se voyaient prêts à en parler à l'occasion de situations cliniques. Ces données apparaissent dans le tableau 3. Parmi les situations cliniques les plus citées, sont

signalés les troubles du comportement (42 %), les difficultés scolaires (30 %), les troubles du sommeil (30 %), le surpoids (27 %) et les troubles psychiatriques (24 %).

Vingt six médecins ne souhaitaient pas modifier leurs pratiques. Parmi eux, 27 % disaient déjà parler spontanément de la télévision et imposer des limites de consommation par jour. 23 % de ces médecins disaient, par ailleurs, ne pas effectuer de prévention et ne pas en parler spontanément.

	N	%
Surpoids	9	27
Troubles du sommeil	10	30
Troubles du comportement	14	42
Troubles de l'attention/concentration	5	15
Troubles sensoriels	2	6
Troubles psychomoteurs	1	3
Conduites à risque	2	6
Troubles psychiatriques	8	24
Difficultés scolaires	10	30
Conflits parents-enfant	1	3
Addictions	3	9
Après information sur les nuisances	1	3
Devant l'ensemble des situations précédemment décrites	6	18

Tableau 3 : Situations cliniques conduisant à une modification des pratiques

3. Analyse en sous-groupes

Après analyse des différentes classes de population, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sous-groupes que ce soit selon l'âge, le sexe ou le nombre d'actes par jour en ce qui concerne le fait d'aborder spontanément la consommation télévisuelle des enfants (Tableau 4).

		n	%	P
Âge	< 50 ans	13	26	0,9
	≥ 50 ans	14	25	
Nombre de consultations par jour	≤ 25	11	24	0,75
	> 25	16	27	
Sexe	Homme	14	22	0,35
	Femme	13	30	

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins parlant spontanément de la télévision aux enfants

L'âge et le nombre d'actes par jour ne semblent pas influencer la prévention dans le domaine. Par contre, les femmes médecins parlent de manière statistiquement significative plus de la télévision aux enfants, que leurs confrères masculins (Tableau 5).

		n	%	P
Âge	< 50 ans	9	18	0,79
	≥ 50 ans	9	16	
Nombre de consultations par jour	≤ 25	7	15	0,67
	> 25	11	18	
Sexe	Homme	5	7,9	0,003
	Femme	13	30	

Tableau 5 : Caractéristiques des médecins parlant souvent de la télévision aux enfants

3.1. Selon le sexe du praticien

Il a été représenté les situations cliniques au cours desquelles les médecins généralistes évoquaient la télévision, selon leur sexe, dans le tableau 6. Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative devant les divers symptômes évoqués entre les hommes et les femmes sauf en ce qui concerne les troubles du sommeil pour lesquels les femmes en parlent plus que leurs confrères hommes.

	Hommes		Femmes		P
	N	%	n	%	
Surpoids	33	52	30	70	0,07
Troubles du sommeil	40	63	36	84	0,02
Troubles du comportement	26	41	22	51	0,31
Troubles de l'attention-concentration	24	38	16	37	0,93
Troubles sensoriels	8	13	13	30	0,03
Troubles psychomoteurs	8	13	6	14	0,85
Conduites à risque (tabac, alcool, ...)	12	19	8	19	0,95
Troubles psychiatriques	10	16	11	26	0,22

Tableau 6 : Evocation de la télévision devant des situations cliniques spécifiques, selon le sexe des médecins

3.2. Selon l'âge du praticien

Il a été représenté les situations cliniques au cours desquelles les médecins généralistes évoquaient la télévision, selon l'âge des médecins dans le tableau 7. Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative en fonction de l'âge sauf en ce qui concerne les troubles du sommeil pour lesquels les jeunes médecins (< 50 ans) parlent plus que leurs confrères plus âgés de la télévision et ce, de manière significative.

	< 50 ans		≥ 50 ans		P
	n	%	n	%	
Surpoids	30	50	33	50	0,91
Troubles du sommeil	41	68	35	53	0,03
Troubles du comportement	24	40	24	36	0,59
Troubles de l'attention-concentration	19	32	22	33	0,89
Troubles sensoriels	10	17	10	15	0,78
Troubles psychomoteurs	7	12	7	11	0,82
Conduites à risque (tabac, alcool...)	9	15	11	17	0,83
Troubles psychiatriques	12	20	9	14	0,31

Tableau 7 : Evocation de la télévision devant des situations cliniques spécifiques, selon l'âge des médecins

3.3. Selon le nombre de consultations réalisées par jour

Il a été représenté les situations cliniques au cours desquelles les médecins généralistes évoquaient la télévision, selon le nombre de consultations réalisées par jour, dans le tableau 8. Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les deux groupes

Nombre de consultations par jour	≤ 25		> 25		P
	N	%	n	%	
Surpoids	28	61	35	58	0,79
Troubles du sommeil	33	72	48	80	0,32
Troubles du comportement	22	48	27	45	0,77
Troubles de l'attention-concentration	15	33	28	47	0,14
Troubles sensoriels	9	20	14	23	0,22
Troubles psychomoteurs	3	7	11	18	0,07
Conduites à risque (tabac, alcool, ...)	9	20	10	17	0,70
Troubles psychiatriques	9	20	12	20	0,95

Tableau 8 : Évocation de la télévision devant des situations cliniques spécifiques, selon le nombre de consultations réalisées par jour

DISCUSSION

La télévision est un problème de santé publique encore trop méconnu par les médecins. Les résultats de l'étude ont mis en évidence que les médecins généralistes font peu de prévention de l'exposition à la télévision chez les enfants. Ils n'étaient que 25 % à parler spontanément de la télévision à leurs jeunes interlocuteurs et 17 % à le faire souvent. La présence de troubles du sommeil ou d'un surpoids étaient les principales situations dans lesquelles les médecins abordaient le sujet de l'exposition à la télévision.

Ils étaient 72 % à en parler en présence de troubles du sommeil ce qui était encourageant, le sommeil étant un élément fondamental pour le développement de l'enfant et de l'adolescent. Les troubles du sommeil sont en augmentation chez les adolescents (36) avec une diminution du temps de sommeil total de 50 minutes en 25 ans (37). Il a été observé que les adolescents possédant la télévision, un ordinateur ou un smartphone se couchaient plus tard (38) réduisant leur temps de sommeil. Il a, de plus, été montré que la télévision était nocive pour le sommeil de l'enfant (28). Le déficit de sommeil peut avoir des répercussions majeures avec des difficultés d'apprentissage, de mémoire, une irritabilité ou encore des troubles de l'humeur ou du comportement. La diminution de l'exposition télévisuelle augmente la durée de sommeil (39) et améliore les apprentissages de l'enfant.

Le médecin généraliste a, de ce fait, un rôle important à jouer dans le dépistage de l'exposition à la télévision et, de manière plus générale aux écrans devant des troubles du sommeil afin d'émettre des conseils.

Les médecins généralistes étaient 49% à parler de la télévision aux enfants en surpoids. Ce chiffre apparaît nettement insuffisant au vu de la relation surpoids et télévision. En effet, la prévalence du surpoids chez les enfants est en augmentation, passant de 4,2 % à 6,7 % de 1990 à 2010 et ce parallèlement à l'augmentation de l'exposition aux écrans (40). En France, 18 % des enfants de 3 à 17 ans sont maintenant en surpoids (41). Or, il existe une association entre l'exposition à la télévision et le surpoids. La HAS a d'ailleurs préconisé de limiter le temps devant les écrans afin de réduire l'IMC chez l'enfant et l'adolescent en surpoids (42). Il incombe au médecin généraliste de relayer ces informations afin de prévenir au mieux les conséquences néfastes de l'obésité.

Moins d'un médecin sur deux parle de la télévision devant les autres symptômes recensés ayant un lien avec la télévision. Face aux troubles du comportement, ils sont 45 % à y penser, 38 % pour les troubles de l'attention/concentration, 20 % pour les troubles sensoriels comme la myopie ou les troubles d'audition, 20 % devant des troubles psychiatriques, 18 % devant des conduites à risque et seulement 13 % devant des troubles du développement psychomoteur.

Au vu des conséquences sur la santé de la télévision, ces chiffres sont alarmants, surtout en ce qui concerne le développement psychomoteur de l'enfant. Il faut rappeler que la télévision perturbe l'activité spontanée du nourrisson (17).

Les principaux freins à une meilleure prévention évoqués sont le manque de temps (48 % l'évoquent). Pourtant, le temps moyen de consultation en médecine générale en France est de 14,5 minutes (43) alors qu'en Allemagne et en Espagne, il est seulement de 8 minutes et de 9 minutes au Royaume-Uni. Certes, la durée de la consultation ne laisse pas toujours le temps au médecin d'effectuer de la prévention cependant, vis à vis de ses confrères étrangers, il possède tout de même plus de temps. L'absence de temps évoqué par les médecins apparaît être une excuse étant donné que même ceux effectuant moins d'actes par jour considèrent ne pas avoir de temps. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes, ceux effectuant plus de 25 actes par jour et ceux en effectuant moins de 25.

Ensuite, le manque de connaissance (35 % des médecins) est cité ainsi que l'absence d'outil de prévention (35 % des médecins) et l'absence de formation (32 %). Au vu de ces réponses, peut-être faudrait-il introduire dans le cursus de médecine générale une place plus importante pour la prévention. La télévision devrait être reconnue comme problème de santé publique et, à ce titre, avoir une place aussi importante dans le discours de prévention que la cigarette, l'alcool ou la sédentarité. Il pourrait être proposé aux internes ou au cours de la formation médicale continue, une information claire sur les dangers de la télévision.

Quant au manque d'un outil de prévention, il faudrait pouvoir en proposer un au vu de la demande : ce que je propose en annexe 3, outil à disposition des parents et des enfants.

Ils n'étaient que 20 % à avoir connaissance de l'existence d'affiches ou dépliants d'information sur les recommandations à l'égard de la télévision et 4 % à en posséder dans leur salle d'attente ou dans leur cabinet. Après en avoir été informés, une grande majorité de médecins souhaiteraient en recevoir (81 %). Au vu du grand nombre de médecins intéressés, il serait bon de rendre plus accessibles ces documents et qu'ils soient diffusés plus largement. Les cabinets de médecine générale devraient être mieux équipés afin de relayer l'information auprès du grand public par un autre moyen que celui seul du médecin. Une campagne de prévention de grande envergure devrait être menée et relayée dans les différents médias pour limiter l'accès à la télévision.

Dans cette optique, il serait bon que des nouveaux logos soient affichés à la télévision pour décourager l'exposition des nourrissons et des jeunes enfants. Des spots publicitaires devraient faire cas de la problématique des écrans.

À l'école et dans toutes les professions susceptibles de transmettre des informations au grand public, il faudrait assurer une formation ainsi qu'au personnel de la petite enfance : aides maternelles, auxiliaires de puériculture et puéricultrices. Les médecins pourraient, à ce sujet, assurer des interventions ponctuelles.

De même, il serait envisageable de consacrer des heures dans les écoles pour décortiquer les images proposées par la télévision et développer dès le plus jeune âge un certain recul afin d'éduquer le regard des enfants pour ne plus être seulement passifs devant la télévision et de stimuler l'esprit critique.

Le monde paramédical, les éducateurs, les instituteurs pourraient peut-être recevoir une information dans le but de promouvoir la prévention dans ce domaine, par l'intermédiaire des médecins scolaires.

Quand les médecins interviennent auprès de leurs patients, la limitation d'exposition à la télévision était la plus évoquée (67 %) devant la possession d'une télévision dans la chambre d'enfant (53 %) puis la question des repas devant la télévision (39 %) et enfin la question des horaires systématiques d'exposition à la télévision (38 %). Or elles sont toutes aussi importantes parce que la télévision s'insinue dans la vie quotidienne de façon pernicieuse.

Effectivement, le fait qu'un enfant ait la télévision dans sa chambre n'est pas anodin puisque cela altère son sommeil dans sa qualité et dans sa quantité. Il est prouvé qu'un enfant qui a la télévision dans sa chambre a des nuits plus courtes, se couche plus tard, a une qualité de sommeil altérée et une fatigue diurne plus importante (44, 45). Or, de nombreux enfants possèdent un écran de télévision dans leur chambre, 41 % des 13-14 ans et 25 % des 6-8 ans (46).

De même, manger devant la télévision devrait être proscrit chez les enfants et adolescents étant donné que cela s'accompagne d'une suralimentation et d'une alimentation moins saine (47, 48). De plus, le repas suivant sera également plus précoce et plus copieux (49, 50) car prendre un repas devant la télévision efface le souvenir du dernier repas (51). C'est pourquoi une fiche d'information officielle sur l'exposition télévisuelle s'avère nécessaire pour les médecins.

L'analyse en sous groupes a mis en évidence que les femmes faisaient plus de prévention concernant l'exposition à la télévision que leurs confrères masculins de manière statistiquement significative. Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement

significative entre les médecins que ce soit, selon l'âge, le sexe ou le nombre d'actes effectués par jour, dans le fait de parler spontanément de la télévision aux enfants. Il a également été retrouvé que les médecins de moins de 50 ans parlaient plus de la télévision aux enfants face aux troubles du sommeil que leurs confrères de 50 ans et plus.

Ces résultats peuvent peut-être s'expliquer par la maternité et par la place souvent plus importante de la femme dans l'éducation des enfants.

L'évolution de la démographie médicale et la féminisation de la profession peuvent, de ce fait, être des éléments favorisant l'amélioration de la prévention dans ce domaine.

Dans l'objectif de santé, il apparaîtrait judicieux non seulement de proposer une information générale aux médecins sur la télévision au cours de leurs études à la faculté mais aussi lors de la formation médicale continue. Il serait intéressant d'y expliquer les conséquences sur la santé de la télévision et d'apprendre à en dépister un usage excessif avant l'apparition de symptômes car quand ceux-ci sont apparus, il est déjà presque trop tard. De ce fait, après le recueil des données, j'ai transmis une fiche aux médecins interrogés pour leur proposer une information sur le sujet (Annexe 2).

La télévision devrait être intégrée à la prévention primaire lors de l'enseignement à la faculté de médecine, au même titre que l'évaluation des troubles psychomoteurs chez le nourrisson comme le tabac, l'alcool et la sexualité à l'adolescence.

En médecine générale, le dépistage prend une dimension de plus en plus grande. En ce sens, peut-être, faudrait-il intégrer l'exposition à la télévision et aux écrans aux cours de psychiatrie au même titre que les addictions.

L'existence d'une addiction aux nouvelles techniques d'information et de communication, ou cyberaddiction, fait d'ailleurs débat. Cette cyberaddiction relèverait d'une addiction aux ordinateurs, tablettes, smartphones et télévision, en tant que moyen d'information et communication mais aussi de divertissement (jeux vidéos, jeux de hasard et d'argent). Le champ des addictions comportementales reste en construction. Seul, le jeu d'argent pathologique est pour l'instant reconnu en tant que tel (DSM 5). Toutefois, les autres addictions comportementales officieuses le sont sous le regard des critères diagnostiques de Goodman (Annexe4), ce qui n'est pas encore établi pour la télévision.

Créer un item de pédiatrie serait une autre idée concernant l'entourage de l'enfant afin d'évaluer par exemple son sommeil, ses interactions sociales, son activité physique, ses loisirs et sa consommation d'écrans et de télévision. Il s'agirait d'intégrer un questionnaire sur le mode de vie en matière de santé.

À l'avenir, peut-être faudrait-il intégrer au carnet de santé, une page d'information sur les écrans au même titre que celle sur l'alimentation du nourrisson en proposant des règles simples comme celle proposée par le Dr TISSERON avec la règle des « 3-6-9-12 ans ». Peut-être pourrait-il être créé des courbes copiées sur celles de croissance pour évaluer la consommation d'écrans afin d'expliquer aux enfants, à l'aide d'un outil simple, quand leur consommation est excessive dans le but d'y remédier.

Par ailleurs, les consultations obligatoires du nourrisson et notamment les certificats de santé des 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois, pourraient être l'occasion de proposer une information simple et claire sur les risques de la télévision. Il pourrait être inclus, à ces certificats, une question sur la consommation d'écrans. Il serait intéressant d'évaluer déjà la consommation d'écrans et le rapport à ceux-ci ce dans l'objectif de prévenir d'éventuelles complications.

Chez les enfants plus âgés et les adolescents, les certificats de sport sont autant d'occasion d'aborder le sujet des écrans, de même que l'on propose un dépistage des troubles de la statique ou une évaluation de la consommation du tabac et de d'alcool, le médecin généraliste pourrait ainsi proposer un conseil minimal de réduction comme il peut le proposer vis à vis du tabac.

Ces informations pourraient justifier une proposition de fiche d'information à destination des patients présentée en Annexe3.

Il s'agit d'un sujet d'actualité. En effet les écrans sont devenus des objets du quotidien. Il est intéressant d'avoir une première étude de pratique des médecins généralistes sur le sujet.

Cette étude est un premier pas qui ouvre la porte à d'autres travaux afin d'améliorer les connaissances, les pratiques et la prévention dans ce domaine.

Comme toute première étude sur le sujet, il s'agit d'un questionnaire *de novo*. On observe un biais de sélection puisque les médecins répondants sont les médecins les plus intéressés.

Dans un questionnaire d'opinion, il existe un biais de désirabilité sociale si bien que l'on peut imaginer que les médecins en parlent peut-être moins encore.

De la même manière, devant un premier travail, les comparaisons avec la littérature déjà existante sont compliquées puisque rien n'existe encore sur le sujet.

CONCLUSION

Peu nombreux, sont les médecins à évoquer la télévision, auprès des enfants et adolescents, que ce soit spontanément ou à l'occasion de symptômes spécifiques, favorisés par la télévision. Ce travail révèle des chiffres inquiétants quand on voit la place que télévision et vidéos ont pris dans la société. Il s'agit d'un signal d'alarme. Cependant, il faut ajouter que beaucoup de médecins sont prêts à modifier leurs pratiques.

Comme les jeunes en parlent plus ainsi que les femmes, il est probable que la prévention va s'améliorer avec le temps, avec la féminisation de la profession et le rajeunissement de la population de médecins.

De plus, de nombreuses recommandations émergent pour limiter l'exposition à la télévision des enfants : ce qui peut laisser penser que la prévention dans ce domaine est en essor.

En outre, cette étude ouvre des portes à d'autres travaux, afin d'améliorer la prévention dans ce domaine. Effectivement, il serait intéressant de voir si, en pédiatrie ou en PMI, les médecins sont plus informés.

De même, limitée à la Vendée, cette recherche pourrait être étendue à l'échelle nationale.

Il pourrait aussi être discuté d'évaluer l'ensemble des nouveaux supports numériques (tablettes, smartphones, ordinateurs). Ce sont autant d'écrans proposant toujours de nouvelles images sans filtres, qui ont tendance à se développer et qui touchent d'autres tranches d'âge.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 FELLA Nabli , RICROCH Layla. Plus souvent seul devant son écran/ INSEE. Disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1437
- 2 « Équipement des ménages en biens durables selon le type de ménage», insee.fr, enquête SRCV-SILC 2012, accès 10 février 2015, http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon05155.
- 3 Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. Adolescents/jeunes adultes et médias : Le séquençage des pratiques médias des 13-24 ans. Disponible sur : www.csa.fr/content/download/51801/.../Synthèse%20jeunes%20et%20médias%20.pdf
- 4 Médiamétrie – Home Devices –T1 2015 - Cette moyenne comprend TV, ordinateur, téléphone mobile, console, tablette tactile et baladeur vidéo. Disponible sur : <http://www.audiencelemag.com/?article=81>
- 5 DESMURGET M., TV Lobotomie : la vérité scientifique sur les effets de la télévision. Ed Max Milo, Paris 2011.
- 6 Médiamétrie - Médiamat - Janvier-Novembre 2014. Pourquoi regarde t-on plus ou moins la télévision ? Disponible sur : <http://www.audiencelemag.com/?article=76>
- 7 RIDEOUT V. et al., « The media family : electronic media in the live of infants, toddlers, preschoolers and their parents », The Kaiser Family Foundation, mai 2006, Disponible sur : <http://www.kff.org/entmedia/upload/7500.pdf>, pp. 4, 11, 14, 23.
- 8 CERTAIN L.K. et al., « Prevalence, correlates, and trajectory of television viewing among infants and toddlers », Pediatrics, n°109, 2002, p.634 et passim.
- 9 Conseil supérieur de l'audiovisuel. Les programmes jeunesse. Les usages de la télévision par nos enfants. Disponible sur : <http://www.csa.fr/csajeunesse/Espace-jeunesse/Les-conseils-du-CSA/Les-programmes-jeunesse>
- 10 ZIMMERMAN F.J. et al., « Children's television viewing and cognitive outcomes : a longitudinal analysis of national data », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°159, 2005, p.619 et passim.
- 11 LANDHUIS C.E. et al., « Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from a prospective longitudinal study », pediatrics, n°120, 2005, p.619 et passim.
- 12 ROBERTS D.F. et al., « Media in the home : the fifth annual survey of parents and children », The Annenberg Policy Center, Survey Series n°7, 2000, Disponible sur : http://www.annenbergpublicpolicycenter.org/Downloads/Media_and_Developong_Child/mediasurvey/survey7.pdf.
- 13 VANDEWATER E.A. et al., « When the television is always on :heavy television exposure and young children's development », Am. Behav. Sci., n°48, 2005, p.562 et passim.
- 14 KRCMAR M. et al., « Can toddlers learn vocabulary from television? An experimental approach », Media Psychol., n°10, 2007, p.41 et passim.
- 15 ROBERTS D.F. et al., « Kids and media : the new millenium », The Kaiser Family Foundation, novembre 1999, Disponible sur : <http://www.kff.org/entmedia/upload/Kids-Media-The-New-Millenium-Report.pdf>.

- 16 Conseil supérieur de l'audiovisuel. Les programmes jeunesse. Pourquoi et comment sensibiliser les enfants à la signalétique jeunesse ? Disponible sur : <http://www.csa.fr/csajeunesse/Espace-jeunesse/Les-conseils-du-CSA/Le-controle-parental>
- 17 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.
- 18 RICHARDS R. et al., « Adolescent screen time and attachment to parents and peers. », Arch Pediatr Adolesc Med. 2010 Mar;164(3):258-62.
- 19 CHRISTAKIS D.A. et al., « Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°163, 2009, p.554 et passim.
- 20 JOHNSON J.G. et al., « Extensive television viewing and the development of attention and learning difficulties during adolescence », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°161, 2007, p.480 et passim.
- 21 CHRISTAKIS D.A. et al., « Effect of block play on language acquisition and attention in toddlers: a pilot randomized controlled trial », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°161, 2007, p.967 et passim.
- 22 EDELSON L.R. et al., « Screen-based sedentary behavior and associations with functional strength in 6-15 year-old children in the United States. », BMC Public Health. 2016 Feb 4;16:116.
- 23 AGUILAR M.M. et al., « Screen time impairs the relationship between physical fitness and academic attainment in children. », J Pediatr (Rio J). 2015 Jul-Aug;91(4):339-45
- 24 MORGENSTERN M. et al., « Relation between socioeconomic status and body mass index: evidence of an indirect path via television use », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°163, 2009, p. 731 et passim.
- 25 GIDWANI P.P. et al., « Television viewing and initiation of smoking among youth », Pediatrics, n°110, 2002, p.505 et passim.
- 26 THOMPSON K.M. et al., « Depiction of alcohol, tobacco, and other substances in G-rated animated feature films », Pediatrics, n°107, 2001, p. 1369 et passim.
- 27 KIRBY D. et al., « Sexual risk and protective factors », Education Training Research Associates and The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy Report, novembre 2007, Disponible sur : http://www.thenationalcampaign.org/ea2007/protective_factors_FULL.pdf.
- 28 CAIN N. et al., « Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: a review », Sleep Med., n°11, 2010, p. 735 et passim.
- 29 Bleu en lumière. Quels sont les effets de l'exposition à la lumière bleue sur la santé? Disponible sur : <http://www.bleuenlumiere.com/#quels-sont-les-effets-de-lexposition-la-lumiere-bleue-sur-la-sant->
- 30 CARSKADON M. Sleep's effects on cognition and learning in adolescence Prog Brain Res 2011 ; 190 : 137-143
- 31 YOU Q.S., Factors associated with myopia in school children in China: the Beijing childhood eye study.
- 32 TOSINI G., et al., 2016 Molecular vision. Effects of blue light on the circadian system and eye physiology.
- 33 Site internet de Serge Tisseron, Disponible sur : www.sergetisseron.com/blog.

- 34 ZIMMERMAN J.F. et al., Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years
- 35 Société canadienne de pédiatrie. L'activité physique et les comportements sédentaires chez les enfants et les adolescents. Un guide pour les médecins. Disponible sur : http://www.cps.ca/uploads/active/AKHK_Guide_Medecins.pdf
- 36 BECK F., et al., « Les troubles du sommeil en population générale, évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés », *Med Sci (Paris)* 2009 ; 25 : 201–206
- 37 Institut National de prévention et d'Éducation pour la santé (page consultée le 08/09/2016). Les adolescents se couchent trop tard, Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/041-sommeil-ados.asp>
- 38 FALBE J. et al., « Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. », *Pediatrics*. 2015 Feb;135(2):e367-75. doi: 10.1542/peds.2014-2306. Epub 2015 Jan 5.
- 39 ASAOKA S. et al., « Does television viewing cause delayed and/or irregular sleep-wake patterns? », *Sleep Biol. Rhythms*, n°5, 2007, p. 23 et passim.
- 40 Prévalence surpoids obésité de l'enfant de 1990 à 2010, Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf
- 41 Programme National Nutrition Santé. (page consultée le 05/09/16) Surpoids et obésité-Chiffres clés, [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/anthropometrie-1.pdf>
- 42 Haute Autorité de Santé .(page consultée le 08/09/2016). Ralentir la courbe de progression de l'IMC, Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_algo_obesite_enfant_adolescent_approches_et_moyens_therapeutiques.pdf
- 43 CHAMBONNET J.Y., et al., How long are consultations in French general practice? *Eur J Gen Pract* 2000;6:88- 92.
- 44 EGGERMONT S. et al., « Nodding off or switching off? The use of popular media as a sleep aid in secondary-school children », *J. Paediatr. Child Health*, n°42, 2006, p. 428 et passim.
- 45 SHOCHAT T. et al., « Sleep patterns, electronic media exposure, and daytime sleep related behaviors among Israeli adolescents », *Acta Paediatr.*, 2010.
- 46 « Kids' Attitudes 2005. Où vont les préados ? », Ipsos, 2005, Disponible sur : <http://www.ispsos.fr/CanalIpsos/articles/images/1627/diporama.htm>.
- 47 BELLISLE F. et al., « Non food-related environmental stimuli induce increased meal intake in healthy women : comparison of television viewing versus listening to a record story in laboratory settings », *Appetite*, n°43, 2004, P. 175 et passim.
- 48 HETHERINGTON M.M. et al., « Situational effects on meal intake : a comparison of eating alone and eating with others », *Physiol. Behav.*, n°88, 2006, p. 498 et passim.
- 49 STROEBELE N. et al., « Television viewing is associated with an increase in meal frequency in humans », *Appetite*, n°42, 2004, p. 111 et passim.

50 HIGGS S. et al., « Television watching during lunch increases afternoon snack intake of young women », *Appetite*, n°52, 2009, p. 39 et passim.

51 HIGGS S., « Cognitive influences on food intake : the effects of manipulating memory for recent eating », *Physiol. Behav.*, n°94, 2008, p. 734 et passim.

ANNEXES

**Annexe 1 : Questionnaire proposé aux médecins généralistes de
Vendée**

Questionnaire d'évaluation des pratiques des médecins généralistes de Vendée concernant l'exposition des enfants et adolescents (0 à 18 ans) à la télévision et aux vidéos via les nouveaux supports numériques.

I) Données générales :

1. Sexe
Femme
homme
2. Age
3. Dans quel secteur travaillez-vous :
rural
urbain
semi-rural
4. Nombre d'années d'exercice :
.....
5. Nombre d'actes par jour :
1-15
16-20
21-25
26-30
Plus de 30

II) Evaluation des pratiques :

6. Estimez-vous faire de la prévention quant à la télévision chez l'enfant ?
Oui, souvent
Oui mais rarement
non
7. Parlez- vous spontanément de la télévision aux enfants ?
oui
non
8. Pour chacun de ces items, parlez-vous de la télévision aux enfants ? (cochez votre réponse)

	Surpoids/Obésité	Troubles du sommeil	Troubles du comportement (ex : agressivité)	Troubles de l'attention-concentration	Troubles sensoriels (ex : Myopie)
Jamais					
Parfois					
Souvent					
Toujours					

	Troubles du développement psychomoteur	Conduites à risque : tabac, alcool, drogues, sexe	Troubles psychiatriques: Angoisse/Dépression
Jamais			
Parfois			
Souvent			
Toujours			

9. En parlez-vous dans d'autres cas ? Si oui, lesquels ? :

.....

10. En pratique, qui est votre interlocuteur ?

- Parents
- Enfants
- Les deux

11. Quels sont les freins, selon vous, à une meilleure prévention dans ce domaine ?

- Manque d'outil de prévention
- Manque de temps
- Manque de connaissance
- Médiatisation insuffisante
- Pas de formation
- Pas d'intérêt
- Nécessité d'un substrat matériel
- Autres ?

.....
.....

12. Avez-vous des affiches ou des dépliants dans votre salle d'attente pour informer des recommandations en ce qui concerne l'exposition aux écrans ?

Oui

Non

13. Savez-vous qu'il en existe ?

Oui

Non

14. Et si vous n'en avez pas, seriez-vous demandeur d'en recevoir ?

Oui

Non

15. En pratique préconisez-vous des limites de consommation par jour ?

Oui

Non

16. Interrogez-vous les parents afin de savoir si des télévisions sont présentes dans les chambres des enfants ?

Oui

Non

17. Interrogez-vous les parents à propos de la prise des repas devant la télévision ?

Oui

Non

18. Demandez-vous aux parents s'il existe des horaires systématiques pour l'exposition à la télévision/vidéo ?

Oui

Non

19. Allez-vous modifier vos pratiques ?

Oui

Non

20. Si oui, à quelle occasion parlerez-vous de la télévision et des écrans à vos jeunes patients ?

Merci de votre participation

**Annexe 2 : Document d'information transmis aux médecins
généralistes ayant répondu au questionnaire**

Information délivrée sur l'exposition à la télévision chez les enfants.

I. Quelques données :

98,3% des ménages français sont équipés d'au moins un poste de télévision(1).

Toute la population est concernée par l'exposition à la télévision y compris les enfants. Soixante pour cent des nourrissons de moins de 1 an y sont déjà exposés, en moyenne 1 heure par jour. Et avec l'âge, la durée d'exposition ne fait qu'augmenter jusqu'à 3H40 par jour pour les plus de 15 ans. (2)

La télévision est initiée par les parents (3), fait d'autant plus important que la consommation télévisuelle dans l'enfance est à l'origine de la consommation télévisuelle à l'adolescence, elle même en relation avec l'exposition à l'âge adulte. (4)

Le contenu télévisuel fait parler faisant l'objet de nombreuses recommandations mais la nature même du média interroge moins (2) de même que la durée d'exposition.

II. Quelles conséquences pour la santé ?

Langage et fonctions cognitives altérées

La télévision altère le langage (5) et diminue le temps consacré au travail scolaire et, par la même, diminue les performances scolaires.

Troubles de l'attention et de la concentration

L'exposition audiovisuelle augmente le risque de troubles attentionnels, et par là, augmente le risque d'échec scolaire. (6)

La télévision perturbe le développement psychomoteur de l'enfant de moins de trois ans, en modifiant son activité spontanée. Ce changement entraîne des conséquences délétères sur le QI. (7)

Toutes les études ont montré que les programmes dits éducatifs sont au mieux inutiles, et, au pire délétères pour les enfants. (8)

Perturbation du lien social

Le poste diminue les interactions sociales que ce soit en société ou en famille. (9)

Violence

Les trois conséquences principales de l'exposition audiovisuelle sont : une augmentation de l'agressivité et des conduites agressives, une désensibilisation à la violence des images et un accroissement du sentiment de peur et d'insécurité. (10)

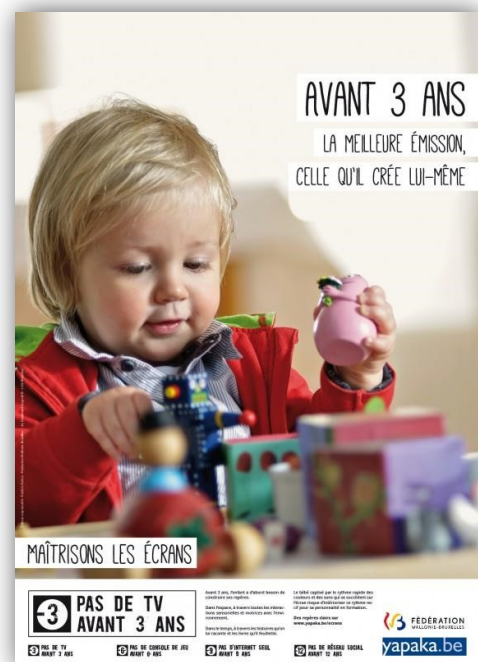
Surpoids

Plus un individu regarde la télévision, plus il a de risques d'être en surpoids (11).

Tabac /Alcool

Plus un individu regarde la télévision, plus il a de risques de fumer (12), de fumer beaucoup et précocement.

Il en est de même pour l'alcool (13).



Sommeil

La durée de sommeil est inversement proportionnelle au temps passé devant l'écran (14). Or, le manque chronique de sommeil infléchit les performances intellectuelles de manière significative.

Troubles sensoriels

On observe également des troubles visuels précoces en rapport avec une exposition à l'écran. Effectivement, il existe une relation entre exposition aux écrans et myopie précoce (15).

III. Des propositions :

a) Le médecin psychiatre Serge Tisseron propose la règle des « 3-6-9-12 » (16), relayée par l'AFPA pour prévenir de l'exposition aux écrans.

- 🕒 **Pas d'écran avant 3 ans.**
- 🕒 **Pas de consoles de jeux-vidéos avant 6 ans.**
- 🕒 **Pas d'internet avant 9 ans et, accompagné jusqu'à l'entrée au collège.**
- 🕒 **Pas d'internet seul avant 12 ans et sous réserve d'un contrôle parental.**

b) Le docteur en Neurosciences et directeur de recherche à l'INSERM, Michel Desmurget, est plus alarmiste et propose d'autres recommandations (2).



Si la télévision est présente à la maison, elle ne devrait **jamais se trouver dans la chambre à coucher**, surtout chez un enfant ou un adolescent.

Avant 6 ans, toute exposition audiovisuelle devrait être proscrite par les parents que ce soit une exposition de premier ou d'arrière-plan.

Chez les écoliers de primaires et du collège, le temps hebdomadaire devrait être maintenu en dessous de 3 à 4 heures. Aussi, les programmes visionnés devraient être dépourvus de contenus sanitaires à risque.

Les enfants et adolescents ne devraient **jamais manger devant la télévision ou la regarder le soir avant de dormir ou encore le matin, avant l'école.**

1. « Équipement des ménages en biens durables selon le type de ménage », insee.fr, enquête SRCV-SILC 2012, disponible sur internet : http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon05155.

2. DESMURGET M., TV Lobotomie : la vérité scientifique sur les effets de la télévision. Ed Max Milo, Paris 2011.

3. ZIMMERMAN F.J. et al., « Children's television viewing and cognitive outcomes : a longitudinal analysis of national data », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°159, 2005, p.619 et passim.

4. LANDHUIS C.E. et al., « Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from a prospective longitudinal study », pediatrics, n°120, 2005, p.619 et passim.

5. CHRISTAKIS D.A. et al., « Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°163, 2009, p.554 et passim.

6. JOHNSON J.G. et al., « Extensive television viewing and the development of attention and learning difficulties during adolescence », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°161, 2007, p.480 et passim.
7. CHRISTAKIS D.A. et al., « Effect of block play on language acquisition and attention in toddlers: a pilot randomized controlled trial », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°161, 2007, p.967 et passim.
8. KRCMAR M. et al., « Can toddlers learn vocabulary from television? An experimental approach », Media Psychol., n°10, 2007, p.41 et passim.
9. RICHARDS R. et al., « Adolescent screen time and attachment to parents and peers. », Arch Pediatr Adolesc Med. 2010 Mar;164(3):258-62.
10. 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.
11. MORGENSTERN M. et al., « Relation between socioeconomic status and body mass index: evidence of an indirect path via television use », Arch. Pediatr. Adolesc. Med., n°163, 2009, p. 731 et passim.
12. GIDWANI P.P. et al., « Television viewing and initiation of smoking among youth », Pediatrics, n°110, 2002, p.505 et passim.
13. THOMPSON K.M. et al., « Depiction of alcohol, tobacco, and other substances in G-rated animated feature films », Pediatrics, n°107, 2001, p. 1369 et passim.
14. CAIN N. et al., « Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: a review », Sleep Med., n°11, 2010, p. 735 et passim.
15. YOU Q.S., Factors associated with myopia in school children in China: the Beijing childhood eye study.
16. Blog de Serge Tisseron, accès 10 décembre 2014, www.sergetisseron.com/blog.

Sources images :

p 50 : Maîtrisons les écrans : La campagne 3-6-9-12 donne des repères : www.yapaka.be

p 51 : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, affiche de la campagne La télévision n'est pas toujours un jeu d'enfant : www.csa.fr

p 52 : Apprivoiser les écrans et grandir 3-6-9-12 : www.editions-eres.com

3 - 6 - 9 - 12

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

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

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

À tout âge : limitons les écrans, choisissons les programmes, invitons l'enfant à parler de ce qu'il a vu ou fait, encourageons ses créations.

ères

Annexe3 : Fiche d'informations destinée aux patients

La télévision et les enfants

Fiche d'informations à l'usage des parents et enfants

Les conséquences sur la santé

- Favorise le surpoids
- Augmente les troubles du sommeil
- Augmente les troubles du comportement
- Est à l'origine de troubles sensoriels comme la myopie
- Crée des troubles du développement psychomoteur et des troubles du langage chez le nourrisson
- Majore des troubles anxieux ou dépressifs

Quelques recommandations pour un bon usage de la télévision

- Pas d'écrans avant 3 ans et si possible avant 6 ans
- Limiter la durée d'exposition aux écrans à moins d'une heure par jour jusqu'à la fin du collège
- Limiter le nombre de postes de télévision par foyer
- Eviter d'allumer la télévision en permanence pour éviter l'exposition d'arrière plan
- Proscrire la présence de la télévision dans les chambres des enfants
- Eviter les horaires systématiques d'exposition à la télévision (avant ou après l'école)
- Eviter la télévision pendant les repas
- Lorsqu'elle est allumée, discuter du contenu
- Encourager les autres activités et les loisirs autres que les écrans

Annexe 4 : Score de Goodman

Quatre critères principaux (A, B, C, D):

A- impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement ;

B- tension croissante avant d'initier le comportement ;

C- plaisir ou soulagement au moment de l'action ;

D- sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;

E. Présence d'au moins **cinq des neuf critères secondaires suivants** :

★ préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci ;

★ engagement plus intense ou plus long que prévu dans ce comportement ;

★ efforts répétés pour réduire ou arrêter ;

★ temps considérable passé à réaliser ce comportement ;

★ réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement ;

★ l'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles ;

★ poursuite malgré les problèmes sociaux ;

★ tolérance marquée ;

★ agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre ou de réduire le comportement ;

F. Pendant plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période.

POULAIN, Johann.- 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.

56 feuilles., 12 illustrations., 4 graphiques., 8 tableaux. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2017 ; N° .

Résumé

Introduction : La télévision et les écrans sont apparus au XX^{ème} siècle. La télévision est l'écran le plus regardé et l'ensemble de la population y est exposé. Celle-ci, initiée par les parents, dès le plus jeune âge, peut avoir des conséquences sur la santé. Nous avons réalisé une étude d'état des lieux des pratiques dans les cabinets de soins primaires.

Méthode : Une étude a été menée via un questionnaire anonyme auprès des médecins généralistes, choisis par tirage au sort et acceptant l'étude, en Vendée, de Mai à Octobre 2015.

Résultats : 105 médecins ont accepté de participer à l'étude. Ils étaient 17 % des médecins à parler souvent de la télévision aux enfants et 25 % pouvaient en parler spontanément. Les femmes en parlaient plus souvent que les hommes ($p=0,003$). Les situations cliniques, devant lesquelles les médecins en parlaient le plus, étaient les troubles du sommeil, le surpoids et les troubles du comportement. Les limites à une meilleure prévention dans ce domaine invoquées par les médecins étaient le manque de temps, le manque d'outil de prévention et l'absence de formation. La principale recommandation des médecins était de définir une limite de durée d'exposition. Concernant l'équipement de la salle d'attente, 4 % possédaient des affiches ou dépliants sur le sujet, 20 % en avaient connaissance et 81 % souhaitaient en recevoir. 75 % des médecins se disaient prêts à modifier leurs pratiques, à en parler spontanément ou à l'occasion de symptômes.

Conclusion : Les résultats de cette étude sont significatifs d'un manque en matière de prévention et peuvent être considérés comme un signal d'alarme. Cependant les médecins semblent prêts à modifier leurs pratiques. La féminisation et le rajeunissement de la population de médecins peuvent être des éléments favorisant cette prévention, tout comme l'émergence de nombreuses recommandations. Cette étude appelle à d'autres travaux à l'échelle nationale ou auprès des pédiatres. De même, il serait intéressant de se pencher sur les nouveaux supports numériques.

Rubrique de classement : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE

Mots-clés : Télévision ; vidéos ; enfance ; pratiques des médecins généralistes ; prévention.

Mots-clés anglais MeSH : Television ; screen ; childhood ; prevention campaign.

Président : Monsieur le Professeur PATRICK PLADYS

JURY : Assesseurs : M. le Dr. DOMINIQUE TRIPODI (directeur de thèse)
M. le Pr. PATRICK JEGO
Mme le Dr. EYZOP EMELINE
M. le Dr. OLIVIER DAMERON