



HAL
open science

Comment les médecins généralistes abordent-ils les effets néfastes de l'exposition prolongée aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans : étude qualitative auprès des médecins généralistes Havrais

Priscilla Salenne

► To cite this version:

Priscilla Salenne. Comment les médecins généralistes abordent-ils les effets néfastes de l'exposition prolongée aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans : étude qualitative auprès des médecins généralistes Havrais. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02474543

HAL Id: dumas-02474543

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02474543>

Submitted on 11 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE SANTE ROUEN NORMANDIE

Année : 2019-2020

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (Diplôme d'état)

par
SALENNE Priscilla
Née le 26 février 1992 à Fécamp (76)

Présentée et Soutenue publiquement le 16 Janvier 2020

**COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES
ABORDENT-ILS LES EFFETS NEFASTES DE
L'EXPOSITION PROLONGEE AUX ECRANS
CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS :
Etude qualitative auprès des médecins généralistes
Havrais.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur HERMIL Jean Loup

Directrice de thèse : Madame le Docteur FAGOT GRIFFIN Elsa

Membre du Jury : Madame le Professeur APTER Gisèle
Madame le Docteur MAUVIARD Elisabeth
Monsieur le Docteur LEROUX Pascal

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur HERMIL,
Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Veillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Madame le Professeur APTER,

Vous avez gentiment accepté de faire partie du jury. Merci de l'attention que vous avez portée à mon travail.

Veillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur MAUVIARD,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté au sujet. Soyez assurée de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LEROUX,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury. Je vous remercie de l'intérêt et des actions déjà entreprises sur le sujet. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A toi Elsa,

Pour tes enseignements, tes encouragements, ta patience et tes conseils. Merci d'avoir bien voulu diriger ce travail et de m'avoir accompagné tout au long de l'étude. J'ai eu de la chance de t'avoir. Sans toi, ce travail n'aurait jamais vu le jour. Merci.

Et merci pour ton enseignement en stage, tu as contribué à mon choix de médecin généraliste en libéral au Havre.

A toi Justine,

Merci d'avoir accepté de faire ce travail avec moi. Notre entreprise s'est avérée fructueuse. J'espère que nous pourrons de nouveau travailler ensemble.

Merci à tous les médecins interrogés pour votre temps et votre disponibilité.

A mes co-internes qui ont partagé mes stages et à tous les médecins qui nous ont encadré.

Dans les bons moments comme dans les pires, vous avez toujours été là. Je vous en remercie.

A mes parents, mon frère, ma sœurs, JB et Camille, mamie et Alphonse.

Vous m'avez supporté et aidé depuis ma plus tendre enfance. Je vous remercie de votre soutien. Je n'en serais pas là sans vous. Je suis heureuse de vous avoir. Merci d'être présent.

A Abby et Léna, mes deux crapules aussi insupportables qu'adorables. Merci à toutes vos photos qui remplissent ma mémoire de téléphone. C'est toujours un bonheur de vous voir.

A mes amis, je ne peux tous vous citer car vous êtes trop nombreux. Sentez-vous visés tout simplement.

A tous ces moments inoubliables en votre compagnie. Merci d'être là et je vous retrouverai pour de nouveaux fous rires.

A ma belle-famille, vous m'avez intégré et vous avez su me mettre à l'aise. Merci.

Et surtout à Toi, mon Flopou. Je n'ai pas assez de vocabulaire pour écrire à quel point tu es important pour moi. Relecteur hors pair, tu m'as aidé tout au long de ce travail. Bientôt ce sera à ton tour et je serais heureuse de te soutenir. Tu as toujours su m'écouter, me réconforter et être là. Merci pour tes blagues à deux balles. Tu es le « plus » dans ma vie. Ces six ans passés à tes cotés n'ont été que du bonheur. J'ai hâte que nous poursuivions nos projets ensemble.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESSEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie

Mme Marie-Laure **WELTER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH** HCN Nutrition
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER** HCN Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Neurophysiologie
Mr Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition
Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie
Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET** HCN Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR** HCN Gastroentérologie
Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie
Mr Gaël **NICOLAS** UFR Génétique
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie
Mr David **WALLON** HCN Neurologie
Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CATANHEIRO	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Élisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	16
II. Les écrans : généralité et contexte	17
A. Quelques chiffres	17
B. Les effets d'une surexposition aux écrans chez les enfants	18
1. L'attention	18
2. Le langage	18
3. Le sommeil	18
4. Motricité et créativité	19
5. Comportements agressifs et violents	20
6. La réussite scolaire	20
7. L'obésité	20
8. Troubles visuels	21
9. La question de l'addiction	21
10. Autres dangers	21
11. Un phénomène qui n'est pas On-Off	21
C. Facteurs de risque	22
D. Les recommandations	22
E. La place du médecin généraliste et la prévention	23
1. La place du médecin généraliste	23
2. La prévention	24
F. Le territoire du Havre : la CODAH	24
III. Matériel et Méthode.....	25
A. Objectif de l'étude	25
B. Type d'étude.....	26
C. Choix de la méthode	26
D. Participant et méthode de recrutement	26
E. Déroulement des entretiens.....	26
F. Recueil de donnée	27
G. Accord de la CNIL	27
IV. Résultats.....	27
A. Déroulement des entretiens.....	27
B. Analyse des données	28
1. Caractéristiques des médecins interrogés	28
2. Analyse thématique des entretiens	30
a. Représentation	30
1. Définition des écrans	30
2. Opinions et idées reçues.....	30
3. Conséquences	31
4. Surexposition des patients	32
5. Rôle du médecin traitant	32

b. En pratique : aborder les écrans	33
1. Quand en parler ?	33
2. Comment en parler ?	35
3. Comment évaluer l'exposition aux écrans ?	35
4. Recommandation	37
c. Les différents facteurs influençant la prévention à la surexposition aux écrans	
1. Effets positifs	39
2. Médecin	40
3. La patientèle vu par le médecin	45
4. Formation	47
d. Pistes d'amélioration	48
1. Une prévention multiple, pluridisciplinaire et conjointe	48
1.1 Les différents acteurs	48
1.2 Conjointe et multiple	49
2. Développer la formation	50
3. Comment développer la prévention	51
3.1 Sensibiliser en tant que sujet de société	51
3.2 En parler plus en consultation	51
3.3 Devenir un automatisme	52
3.4 Développer le discours et suivre l'évolution de l'exposition	53
3.5 Développer des outils	54
4. Intérêt de l'entretien	55
V. Discussion et perspective envisageable	56
A. Synthèse des résultats	56
B. Force et limites de l'étude	57
C. Comparaison aux études de même niveau	59
D. Comparaison aux recommandations actuelles	60
E. Comparaison aux études françaises et internationales	60
F. Perspectives	61
G. Intérêt d'un travail à deux	62
VI. Conclusion.	62
VII. Bibliographie	63
VIII. Acronymes	67
IX. Annexes	68
Annexe 1 : Les effets bénéfiques des écrans d'après « Grandir avec les écrans » de Marinopoulos S. Bruxelles, 2017	69
Annexe 2 : L'affiche « 3-6-9-12 » de Serge Tisseron, 2008	70
Annexe 3 : Les « 4 pas » de Sabine Duflo, 2017.....	70
Annexe 4 : Guide d'entretien final	71
Annexe 5 : Tableau des données sociodémographiques	72
X. Serment d' Hippocrate	73
Résumé	74

« Il n'est pas réaliste de penser que nous puissions tenir nos enfants à l'écart de tous les écrans susceptibles de les bouleverser. Mais nous pouvons leur apprendre à naviguer parmi eux de façon à gérer le mieux possible leur impact ». Sabine Duflo, psychologue, 2017.

I. INTRODUCTION

Alors que l'exposition aux écrans n'est pas recommandée avant 3 ans, une enquête réalisée en 2016 auprès de 144 pédiatres français a montré que 47 % des enfants de moins de 3 ans utilisent des écrans interactifs comme des tablettes ou des smartphones (1), et ces chiffres augmentent chaque année (2).

Télévisions, consoles de jeu vidéo, smartphones, ordinateurs, ... A l'heure du tout numérique, les écrans ont pris une place considérable dans notre environnement familial et social. Le développement de nouveaux médias et le déploiement des applications numériques se sont produits à une vitesse extrêmement rapide et ce n'est pas terminé. La « génération Z » est issue de cette révolution technologique. Alors que la télévision a mis 22 ans pour être adoptée par tous les foyers, il n'a fallu que 2 ans pour Facebook.

Activité sans danger, occupation calmante, fond sonore, etc... Les écrans, et surtout la télévision, fonctionnent parfois en permanence. Pourtant, depuis une dizaine d'années maintenant, de nombreuses études alertent sur leurs dangers et montrent qu'une utilisation non adaptée ou trop importante peut engendrer des troubles dans le développement de l'enfant.

Les repères « 3-6-9-12 » imaginés en 2008 par Serge Tisseron, sont devenus maintenant obsolètes. Après l'Académie des Sciences et l'Académie Américaine de pédiatrie, la Société Française de Pédiatrie a également choisi de proposer des recommandations en mars 2018 ne pouvant plus occulter le sujet.

Aujourd'hui, les médecins généralistes et pédiatres ont un rôle essentiel dans la prévention. Ils peuvent donner des repères et livrer des conseils selon le type d'écran et en fonction de l'âge de l'enfant.

Quel médecin n'a pas vu un parent donner son téléphone à son nourrisson en salle d'attente afin de l'occuper ou de le calmer ? Il est devenu quasiment normal de voir un enfant avec un téléphone ou une tablette à la main. C'est devant ce constat que cette thèse m'est venue à l'esprit.

Pour comprendre l'importance du problème, quels troubles secondaires à la surexposition des écrans ont été mis en évidence ? Devant ce problème sociétal, quelle place a le médecin généraliste ? Comment aider les parents ? Quels conseils donner ? Comment le médecin peut-il prendre en charge les troubles secondaires à la surexposition aux écrans et surtout comment prévenir leur apparition ?

Quelles sont, actuellement, les pratiques et les freins en terme de prévention sur la surexposition aux écrans pour les médecins généralistes et quels outils leur manquent-ils pour promouvoir la prévention des écrans ?

Bien que des recommandations existent maintenant, leur diffusion auprès des médecins

généralistes en est encore à ses débuts.

Avec la collaboration de ma co-interne Justine Fontaine, nous avons choisi de nous intéresser toutes les deux à ce problème. Nous nous sommes penchées sur les pratiques actuelles des médecins généralistes en région Havraise et avons essayé de développer un outil afin de d'améliorer la prévention en terme de surexposition aux écrans. Ainsi la première partie commune à nos deux thèses a été écrite de manière conjointe.

II. Les écrans : Généralités et contexte

A. Quelques chiffres :

La consommation des écrans ne cesse d'augmenter. En effet, d'après le rapport Médiamat 2018, les enfants de plus de 4 ans passeraient 1h39 par jour devant la télévision (3). En ce qui concerne internet, les enfants entre un et six ans l'utiliseraient en moyenne 4h37 par semaine et ces consommations passeraient à 6h10 entre 7 et 12 ans (4). Si 4 jeunes sur 5 reconnaissent passer plus d'une heure par jour devant un écran, parmi eux, 1 sur 5 y passe plus de 6 heures par jour ...

Parallèlement au temps passé devant les écrans, c'est aussi leur diversité et leur quantité qui s'accroît permettant une offre accessible constamment. Ainsi, 73% des enfants entre 4-14 ans possèdent au moins un écran personnel (5), 75 % des 11-18 ans ont au moins 4 appareils connectés chez eux, et 50 % en ont plus de 7. (6)

De plus, la consommation des écrans commence dès les premiers jours : les moins de 3 ans passeraient en moyenne 30 minutes par jour devant des écrans interactifs, comme des tablettes ou des smartphones dont 93 % à la maison et 12 % en voiture. La moitié d'entre eux les utiliseraient sans présence d'un adulte (1).

En outre, si la plupart des enfants regardent des programmes pour leur âge, - Gulli restant la chaîne préférée des moins de 13 ans (2) - 37 % des moins de 3 ans et 17 % des plus de 3 ans visionneraient des programmes non adaptés comme le journal télévisé (61 % des moins de 3 ans et 70 % des plus de 3 ans). (1) Selon une autre étude, ce serait dans 80 % du temps des programmes « tout public » (7) et peu les émissions ciblées pour leur âge (8)(9). Bien que maintenant 62 % des familles soient équipées d'une tablette et 92 % d'un ordinateur, la télévision reste majoritairement regardée pas les moins de 6 ans. (4)

Pour finir, dernier chiffre alarmant : à l'heure actuelle, à l'école primaire, les enfants passent plus de temps devant les écrans qu'à écouter leur professeur à l'école : ils sont 900 heures par an à l'école et 1200 heures par an devant les écrans. (6)

B. Les effets d'une surexposition aux écrans chez les enfants

L'omniprésence des écrans dans notre quotidien ainsi que l'âge de début d'exposition de plus en plus avancé n'est pas sans conséquence chez les enfants.

De nombreuses études ont été réalisées sur les risques d'une telle exposition. On sait actuellement que la surexposition aux écrans affecte les différents champs du développement de l'enfant.

1. L'attention :

Afin de comprendre les effets des écrans sur les capacités attentionnelles des enfants, il faut distinguer deux types d'attention :

- L'attention volontaire qui fait intervenir de nombreux facteurs et nécessite un effort de la part de l'enfant pour se concentrer.
- L'attention involontaire qui est innée chez tous les mammifères et qui correspond à un système d'orientation de la vigilance vers un stimulus. L'enfant reçoit un stimulus visuel, auditif et son attention est immédiatement captée.

La télévision et les écrans en général épuisent l'attention involontaire au détriment de l'attention volontaire. C'est cette attention volontaire qui est nécessaire au travail scolaire notamment. (10), (11)

Ainsi, il paraît abusif de parler de difficulté attentionnelle sans prendre en compte le temps d'exposition aux écrans le matin d'avant d'aller à l'école. En effet, face à une exposition importante, l'enfant épuise ses ressources cognitives avant d'arriver à l'école. (10)

Si les écrans peuvent entraîner des troubles attentionnels chez les enfants d'âge scolaire, ils peuvent également perturber l'attention de l'enfant en bas âge. En effet, l'exposition passive à un écran comme la télévision allumée dans la même pièce que l'enfant, peut perturber son jeu et diminuer le temps de jeu. (12)

2. Le langage :

Pour apprendre à parler et enrichir son champ lexical, un enfant a besoin d'interagir avec les personnes de son entourage. Il est important que l'enfant donne du sens aux mots qu'il entend, qu'il les associe à des situations, à des gestes ou des expressions faciales.

Certains programmes se disent adaptés aux enfants de moins de 3 ans, or le fait de laisser un enfant seul devant un écran y compris devant ce type de programme appauvrit son champ lexical et peut conduire à des troubles du langage.

Plusieurs études mettent en évidence cet effet néfaste des écrans sur le langage :

- Entre 8 et 16 mois, chaque heure de vidéo par jour avec programmes se disant adaptés pour les enfants peut entraîner un appauvrissement du champ lexical de 10% (13)

Chez les enfants de 15 mois à 4 ans, 2 heures de télévision quotidienne aboutit à multiplier par 3 la probabilité de voir apparaître des retards de développement de langage. Avant 1 an, le risque est multiplié par 6. (10)

3. Le sommeil :

« 23 % des 11-14 ans et 40 % des 15 -18 ans reconnaissent rester parfois éveillés ou se réveiller pour aller sur Internet la nuit » (6)

Des effets néfastes sur le sommeil lié à une surexposition aux écrans sont décrits chez les enfants. Une surexposition, et notamment avant le coucher, diminue la qualité et la quantité de sommeil. (10)

Plusieurs études ont été réalisées :

- En 2008, des chercheurs australiens ont montré que l'endormissement devant la télévision réduisait la durée des nuits de 45 min. (10)
- Selon une étude londonienne publiée en 2017 réalisée auprès de parents d'enfants de 6 à 36 mois, l'utilisation d'écrans tactiles serait associée à une diminution du temps de sommeil. Dans cette étude chaque heure supplémentaire d'utilisation journalière était associée à une réduction de 15 minutes du temps de sommeil. (14)

Cette altération du sommeil s'explique principalement par les effets de la lumière bleue contenue dans les écrans. Cette lumière bleue, présente également dans la lumière du jour envoie un stimulus d'éveil et perturbe le cycle de la mélatonine. (15)

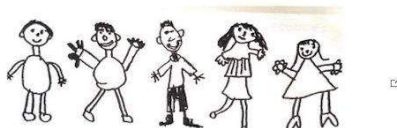
4. Motricité et créativité :

Entre 0 et 3 ans, l'enfant a besoin d'utiliser ses 5 sens pour développer sa motricité. La représentation en 3 dimensions notamment par le toucher des objets qui l'entourent est essentielle. (1)

Les écrans offrent une représentation en 2 dimensions et peuvent altérer le développement moteur de l'enfant si le temps passé devant les écrans remplace les activités motrices, exploratrices et interhumaines.

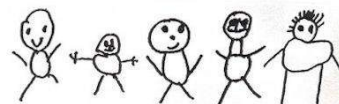
Une étude réalisée en 2006 par deux médecins allemands et reprise par l'INSERM montre la différence de dessins de bonhomme fait par des enfants de 5 à 6 ans selon la durée quotidienne d'exposition aux écrans. (16)

Voici les dessins d'enfants qui regardent la TV au maximum 60 minutes par jour:



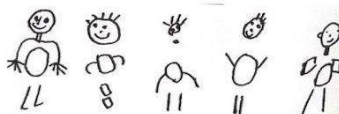
Dessins enfants TV moins de 60 minutes par jour © Peter Winterstein : Macht Fernseh dumm?

Voici les dessins d'enfants qui regardent la TV plus de 3h par jour:



Dessins enfants TV plus de 3 h par jour © Peter Winterstein : Macht Fernseh dumm?

Enfin voici les dessins d'enfants qu'on a laissés seuls regarder la TV et qui en ont subi des traumatismes importants



Dessins enfants seuls devant TV / traumatismes familiaux © Peter Winterstein : Macht Fernseh dumm?

Peter Winterstein: Macht Fernseh Dumm ?

5. Comportement agressif et violent

L'influence des images violentes sur le comportement des enfants est aujourd'hui bien connue.

En cas d'exposition répétée aux mêmes scènes violentes, il peut en résulter une diminution de la sensibilité à la souffrance d'autrui ainsi que des difficultés dans l'évaluation de ce que représente un comportement adapté. La réponse par la violence est alors valorisée. (17)

Cette exposition augmenterait le recours à l'agressivité verbale et physique par un phénomène d'acceptation de la violence, augmenterait la propension au passage à l'acte et favoriserait le repli sur soi. (10)

Chez les plus petits, il ne s'agirait pas de comportement d'imitation mais d'un sentiment d'insécurité psychologique et d'instabilité. Face à ces images traumatisantes, l'enfant ne peut pas prendre de recul et se positionne systématiquement dans un profil de victime ou d'agresseur. (18)

6. La réussite scolaire :

L'altération des performances scolaires résulte de plusieurs facteurs causés par une surexposition aux écrans tels que troubles de l'attention, troubles du langage, troubles du sommeil, baisse du temps consacré aux devoirs et effets sur le comportement et l'anxiété.

Une étude américaine ajustée selon le sexe et le niveau socioculturel des participants montre que chaque heure de télévision consommée quotidiennement à l'école primaire augmenterait de 43 % le risque de voir l'enfant sortir du système scolaire sans diplôme. (10)

De plus, un sondage réalisé auprès de 46 000 familles américaines ayant des enfants âgés de 5 à 17 ans, a montré que les résultats scolaires des enfants commenceraient à baisser à partir de 30 minutes d'écran par jour et chutent significativement au-delà de 2h d'exposition par jour. (19)

7. L'Obésité :

« 30 % des enfants de moins de 3 ans et 15 % des moins des 1 an prennent leur repas devant un écran. » (6)

L'obésité est l'une des conséquences de la surexposition aux écrans la plus étudiée chez les enfants. (20) Récemment, une étude canadienne a mis en évidence qu'au-delà de 2h d'exposition quotidienne, chaque heure passée devant les écrans à l'âge de 10 ans augmente le risque d'obésité : diminution de l'activité physique de 9%, augmentation de 10% du grignotage et augmentation de 5% de l'IMC. (21)

Enfin, une étude britannique met en évidence un lien entre exposition aux écrans et certains marqueurs de risque de diabète, nécessitant cependant des études randomisées complémentaires. (22)

8. Troubles visuels :

L'utilisation prolongée des écrans peut entraîner, chez l'adulte comme chez l'enfant, une sécheresse oculaire et une fatigue visuelle. Cela est lié au fait que face à un écran les clignements palpébraux sont moins fréquents.

Ces effets peuvent être accentués par le mauvais positionnement de l'écran (trop proche, trop haut ou trop bas) ou une trop forte luminosité de l'écran en lui-même. (15)

Si le lien entre exposition prolongée aux écrans et fatigue visuelle est établi, les conséquences sur la rétine et sur l'acuité visuelle ne sont pas encore bien connues chez l'Homme.

Néanmoins, une récente étude Irlandaise réalisée dans 37 écoles montre un lien significatif entre myopie et exposition à plus de 3 heures d'écran par jour. (23) Un baromètre réalisé par l'AsnaV en 2017, montre que les 16-24 ans - tranche d'âge la plus exposée aux écrans avec 3h de plus par jour en moyenne devant les écrans par rapport à la population générale - souffrent de plus en plus de fatigue visuelle et de troubles de l'acuité visuelle nécessitant le port de corrections comparativement au grand public. (15)

9. La question de l'addiction

La question d'une « addiction aux écrans » fait débat.

En effet, si l'on peut parler de pratique excessive, le terme d'addiction ne peut pas être employé chez les enfants. C'est ce que souligne l'Académie des Sciences car le système de contrôle des impulsions n'est mis en place qu'à l'âge adulte.

Après 18 ans, seules deux addictions comportementales sont reconnues par l'OMS : les troubles du jeu de hasard et d'argent et les troubles du jeu vidéo. Le terme addiction ne peut être utilisé qu'en cas de trouble sévère entraînant au moins 12 mois de déscolarisation ou d'abandon professionnel complet avec appauvrissement de la vie sociale. (24)

10. Autres dangers

- Perturbation des relations familiales : la surexposition aux écrans perturbe les relations au sein de la famille en diminuant les échanges et l'implication au sein du foyer. Plus l'enfant passe de temps devant les écrans et moins il est engagé dans les activités familiales. (18,19)
- Sexualité : l'académie des sciences mentionne le lien entre exposition répétée à des thématiques sexuelles dans les médias et initiation sexuelle plus précoce. Cependant, il n'y a pas d'étude montrant des conséquences durables à l'âge adulte. (17)
- Relations virtuelles : les réseaux sociaux et les jeux en ligne favorisent les échanges mais sont essentiellement des contacts virtuels et peuvent engendrer des dépressions, des replis sur soi, une baisse de l'estime de soi avec risque de passage à l'acte. (25)
- Comportement de consommation : les enfants sont la cible de publicités ce qui en fait des consommateurs précoces. (26, 27)

11. Un phénomène qui n'est pas On- Off

Bien sûr, nous sommes loin de dire que les écrans n'ont que des effets néfastes sur la santé.

Contrairement à l'alcool, le tabac ou les autres drogues, ils présentent certains avantages et avancées dont la société actuelle ne peut se défaire. Ils favorisent la mise en place de nouvelles habitudes mentales et relationnelles chez les enfants et les adolescents (28). C'est donc, non pas une interdiction totale, mais une utilisation raisonnée et adaptée qui est nécessaire et le médecin généraliste a une place de choix pour conseiller et orienter les parents. (10), (annexe 1)

C. Facteurs de risque :

Après plusieurs études nationales et internationales, les chercheurs ont retrouvé que le temps passé devant les écrans est corrélé à plusieurs facteurs de risque : (7,29,30,31)

- Un faible niveau économique
- L'isolement du parent
- Au faible niveau d'étude de la mère
- Le type de garde de l'enfant : grand parent, crèche, nourrice
- L'exposition importante aux écrans des parents

D. Les recommandations

Plusieurs recommandations ont été publiées sans grande efficacité. On note cependant qu'elles se sont adaptées à l'évolution croissante des écrans au domicile et dans l'environnement quotidien passant de l'interdiction à une meilleure gestion du temps passé et s'adaptant aux besoins des enfants en fonction de l'âge.

Les premières furent décrites par Desmurget dans son travail « TV lobotomie », mais trop radicales et difficilement applicables aujourd'hui. (8)

Serge Tisseron, l'un des pionniers en France sur le sujet, a développé en 2008 des balises autour des 4 étapes de la vie des enfants : l'admission en maternelle, l'entrée au CP, la maîtrise de la lecture et de l'écriture, et le passage au collège. D'où, la règle appelée « 3-6-9-12 » qui donne quelques conseils simples destinés à aider les familles pour trouver le juste équilibre.

Ces règles étant devenues difficiles à adopter, notamment dans les familles où les enfants sont de différents âges, et en décalage avec les évolutions technologiques. Une réédition en 2016 assouplit sa contribution et réoriente ses recommandations :

Avant 3 ans : Jouez, parlez, arrêtez la télé. De 3 à 6 ans : limitez les écrans, partagez-les, parlez-en en famille. De 6 à 9 ans : créez avec les écrans, expliquez-lui Internet. De 9 à 12 ans : Apprenez-lui à se protéger et à protéger ses échanges. Après 12 ans : l'enfant commence à s'affranchir des repères familiaux : Restez disponibles, il a encore besoin de vous ! (18) (Annexe 2)

En 2013, le rapport « l'enfant et les écrans » publié par l'Académie des Sciences (17) a dégagé plusieurs recommandations basées sur le bon sens et la prévention des risques.

L'Académie Américaine de Pédiatrie, se basant sur un rapport d'analyse de 49 publications, a proposé 4 séries de recommandations en 2016 : pour les pédiatres, pour les parents d'enfants de moins de 5 ans, pour l'industrie et pour la recherche (32), complétant les recommandations aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents.

L'AAP encourage les industriels à travailler avec des éducateurs, des psychologues ou des spécialistes du développement de l'enfant pour créer leurs programmes. Elle demande de cesser

le développement des productions en direction des enfants âgées de moins de 18 mois et dénonce les campagnes publicitaires ciblées pour les nourrissons et les jeunes enfants. Enfin l'AAP a développé le Familial Media Use plan : application pour gérer les écrans et guider les parents. (33)

La Société Française de Pédiatrie, s'appuyant sur les différentes recommandations nationales et internationales, a proposé en 2018 ses propres recommandations. Pour cela, la Société Française de Pédiatrie a effectué un état des lieux des consommations d'écrans par les jeunes enfants en France, le recensement des inquiétudes médicales face à leur mésusages mais aussi de leurs bénéfices. On note une volonté de simplification des recommandations existantes pour axer plutôt sur des messages clés que de limites de temps.

Elles ne sont donc pas basées sur le modèle de *Evidence Based Medecine* mais sur des avis publiés d'experts. (25)

5 messages clés ont été proposés :

- 1) Comprendre sans diaboliser les écrans
- 2) Des écrans dans les espaces de vie collectives mais pas dans les chambres
- 3) Des temps sans écrans (matin repas sommeil, etc.)
- 4) Oser et accompagner la parentalité pour les écrans
- 5) Prévenir l'isolement social

E. La place du médecin généraliste et la prévention autour des écrans

1. La place du médecin généraliste

Selon une étude réalisée en avril 2018 par la fondation APRIL, la connaissance du lien entre exposition prolongée aux écrans et santé est encore assez mal connue et appréhendée par les adultes. La moitié d'entre eux estiment que le temps passé sur leurs outils numériques n'a pas d'impact sur leur état de santé en général. Cependant, lorsqu'on s'intéresse aux familles avec enfant de moins de 15 ans, 62% reconnaissent qu'ils viennent perturber le climat au sein du foyer. Deux apports bénéfiques sont particulièrement mis en avant : le fait que le temps passé sur écran favorise les apprentissages et connaissances (77% d'impact positif) et la stimulation du cerveau (50%)

Promouvoir et informer peuvent être donc entrepris pour mieux faire connaître les conséquences du numérique sur notre santé. (34)

Le rapport de l'Académie des sciences, malgré des connaissances encore partielles reste très pertinent et complet et incite les médecins à prendre une place auprès des parents : « les médecins généralistes et les pédiatres peuvent jouer un rôle important dans cette prévention. Ils peuvent convaincre les parents d'écartier les enfants de moins de 3 ans des écrans. Ensuite, pour les enfants plus grands, ils peuvent les inviter à constituer chez eux une vidéothèque qui se substituera à des programmes de mauvaise qualité et permettra aussi à leurs enfants d'échapper à la publicité dont l'influence chez les plus jeunes est une forme de violence qui leur est faite ». (17)

L'AAP recommande aux pédiatres de s'intéresser à l'utilisation des écrans en famille, de conseiller un « Plan familial médias », d'informer les parents sur l'influence négative des écrans sur les jeunes enfants lorsqu'ils remplacent les stimulations/interactions sociales et familiales.

Parce que les médecins généralistes voient tous les enfants de 0 à 6 ans au moins une fois par an, du fait de leurs rôles importants de prévention et par la proximité avec les familles, le médecin généraliste est plus à même d'être écouté et a un rôle important à jouer dans l'information, le conseil et la prévention de la surexposition aux écrans.

Ainsi il est important pour chaque praticien de se préoccuper de nombre d'écrans au domicile, du temps d'exposition et de repérer quelques signes d'alertes :

- L'enfant réclame un écran le soir pour s'endormir
- Il préfère rester sur un écran plutôt que de communiquer lors de la visite de membres de sa famille ou de camarades
- Il réduit ses activités, notamment sportives
- Ses résultats scolaires sont en baisse

2. Prévention

Plusieurs mesures de prévention ont été développées par les organismes de santé publique. Ainsi à la maternelle, le « jeu des 3 figures », et en primaire « la main à la pâte » permettent aux enfants de se préparer au monde virtuel et à la publicité omniprésente sur les écrans.(35)(36)

Chaque année le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel organise deux campagnes de sensibilisation à la protection du jeune public : « campagne signalétique jeunesse » et la campagne sur la protection des enfants âgés de moins de 3 ans. Plusieurs campagnes relayées par différentes associations ont également lieu (37)(38)(Annexe 3)

F. Le territoire du Havre :

La Communauté de l'agglomération havraise (CODAH) regroupe 17 communes. Depuis le début de l'année 2019, la CODAH est devenue communauté urbaine en s'associant aux communautés de communes de Criquetôt l'Esneval et de Caux-Estuaire, prenant alors le nom « Le Havre Seine métropole ». Elle regroupe ainsi 54 communes et 269 321 habitants, soit 543 habitants par km².

A l'heure actuelle il y a 218 médecins généralistes sur le territoire soit 81 professionnels de santé pour 100 000 habitants (densité inférieure au niveau national de 89 médecins pour 100 000 habitants) Parmi eux, 56%, sont âgés de plus de 55 ans. On constate une baisse de la densité médicale de 14% depuis 2012 (contrairement au 7% du niveau régional). (39)

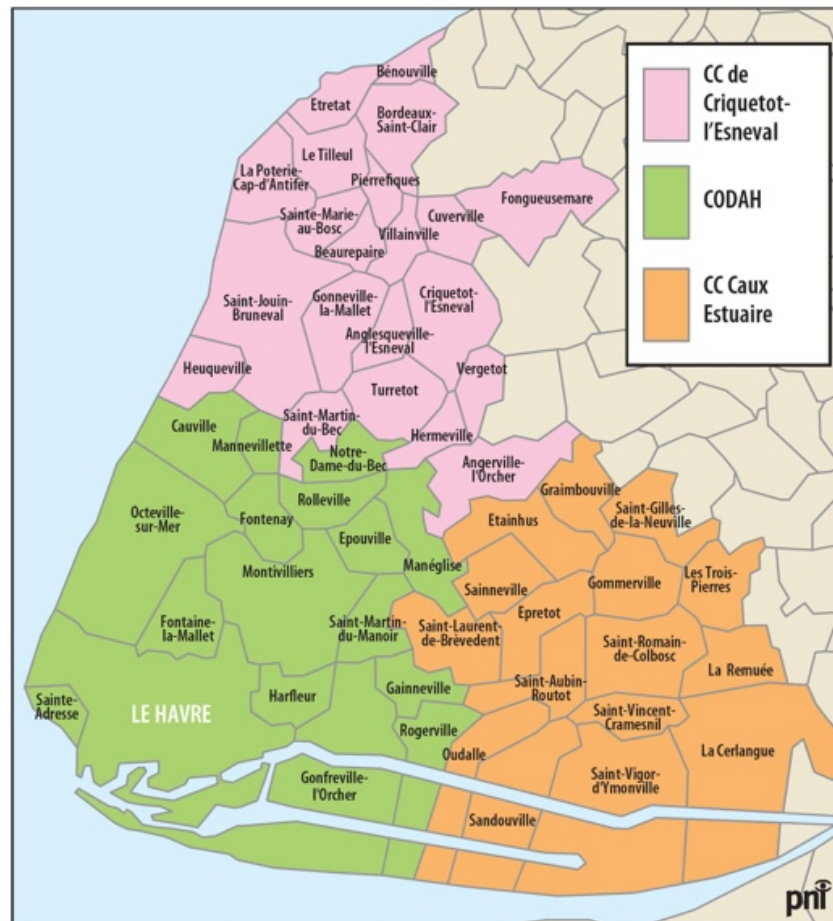
Enfin, 6.4% des personnes de plus de 16 ans inscrites au régime général n'ont pas de médecin traitant.

Les enfants représentent 8.3 % de la population en Normandie. Dans la Communauté urbaine, le taux de fécondité est à 2.05 enfants par femme. Ce taux est plus important qu'au niveau régional et national (respectivement 1.95 et 1.94).

11% des ménages recensés sur le territoire de la communauté urbaine sont des familles monoparentales (chiffre plus élevé que la moyenne régionale et nationale).

De plus, selon l'étude EnJEU Santé 2017-2018, en Seine-Maritime, plus de 7 élèves de classe de 6^{ème} sur 10 regardent plus de 2 heures d'écrans par jour. (40)

Pour finir, il est bon de noter qu'en 2018, la CODAH avait développé et mis en place des ateliers « santé-ville » sur la thématique des écrans au niveau des écoles et auprès des parents.



Territoire de la CODAH 2018

III. Matériel et méthode

A. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'appréhender comment les médecins généralistes abordent la thématique des écrans en s'intéressant aux pratiques et freins auxquels sont confrontés les médecins généralistes havrais.

Les objectifs secondaires sont de trouver des solutions pour améliorer la prévention des effets secondaires de la surexposition aux écrans pour les médecins généralistes.

B. Type d'étude :

Cette étude est une étude qualitative réalisée en territoire havrais auprès des médecins généralistes par des entretiens semi dirigés enregistrés et retranscrits.

C. Choix de la méthode :

Nous avons choisi la méthode qualitative afin d'être au plus près des médecins généralistes, leur permettant de pouvoir s'exprimer sur leur ressenti vis-à-vis de cette problématique et leur permettant de se poser des questions sur leur pratique et leurs connaissances en termes de prévention sur la thématique des écrans.

Les entretiens ont été rédigés à l'aide d'un guide de questions ouvertes. Ce guide d'entretien représentait un « fil conducteur » permettant de recentrer la discussion si elle s'éloignait du contexte. Il restait suffisamment souple pour leur permettre d'expliquer leurs connaissances et leurs avis librement. Le guide pourra ainsi évoluer au cours des entretiens.

J'ai choisi le territoire havrais pour éviter de me disperser géographiquement. Il me permettait de m'adresser à des médecins sur un territoire que je connaissais du fait de mes stages pendant l'internat. De plus, il était plus facile d'être disponible et présente sur une zone géographiquement restreinte pour réaliser les entretiens sur les temps libres des médecins généralistes.

D. Participants et méthode de recrutement

Les critères d'inclusions des médecins généralistes étaient : être médecin généraliste installé, pratiquer sur le territoire Havrais de la CODAH et avoir des enfants dans sa patientèle. Les médecins remplaçants et internes n'étaient pas inclus.

Les premiers médecins inscrits faisaient partie de mon réseau de connaissance, acquis au cours des études, ou de celui de ma directrice de thèse. Ensuite, chaque médecin généraliste a indiqué un ou plusieurs confrères possédant les caractéristiques sociodémographiques les plus opposées possibles sur le territoire havrais afin d'avoir un échantillon le plus varié possible et ainsi permettre d'obtenir des réponses très diversifiées. La sélection des médecins n'a pas été faite pour représenter fidèlement la population des médecins généralistes. Chaque groupe devait être représenté de façon à peu près proportionnelle. Ces critères ont été choisis pour représenter un large panel de pratique, de formation et de sensibilité.

Les médecins ont été contactés par téléphone pour fixer un rendez-vous. Ceux n'ayant pas répondu ont été remplacés, en suivant la même méthode de recherche.

La taille de l'échantillon n'a pas été programmée à l'avance mais dépendait de la saturation des données.

E. Déroulement des entretiens

Les médecins ont été rencontrés, à leur cabinet, pour des entretiens semi-directifs.

Au début de chaque entretien, les informations sur l'étude ont été rappelées à chaque médecin. Un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants au début de l'entretien autorisant l'entretien et l'analyse des données de façon anonyme.

Chaque entretien a été enregistré avec la fonction dictaphone de mon smartphone (Samsung Galaxy S7 ®).

La saturation des données obtenue permettait d'interrompre le recrutement de nouveaux patients.

F. Recueil des données

Les données enregistrées lors des entretiens étaient retranscrites mot à mot grâce au logiciel de traitement de texte Word ®.

Le codage et l'analyse de l'intégralité des données étaient effectués ensuite sur le logiciel Nvivo 12 ® consistant en une analyse thématique par un codage des verbatim (retranscription intégrale des propos annoncés par l'interviewé).

Chaque verbatim était analysé afin d'en dégager les idées exprimées.

La première analyse était réalisée entretien par entretien permettant de dégager les idées précises de chaque verbatim afin de les regrouper en thème et sous thème. Une deuxième analyse a été réalisée afin de classer au mieux les thèmes et les sous thèmes et ainsi donner du sens à la collecte de données.

G. Accord du CNIL

Après plusieurs échanges par mail, le CNIL a donné son accord sur la validité de l'étude et sur les caractères de protections des droits des médecins généralistes.

IV. RESULTATS

A. Déroulement des entretiens

14 praticiens ont été interrogés au total sur le territoire du Havre et les communes alentours.

La saturation des données a été obtenue au bout de 11 entretiens, les 2 entretiens suivants ont permis de retrouver de nouveaux sous-thèmes et compléter l'étude. Le dernier entretien n'a pas permis de dégager de nouvelles idées mais a permis de préciser quelques points.

Chaque médecin a essayé de me donner des correspondants ayant le moins de caractéristiques sociodémographiques en commun possibles.

Un médecin généraliste a refusé de participer à l'étude par manque de temps.

8 médecins n'ont pas été joignables malgré plusieurs appels ou mails de relance.

Les secrétaires ont été à la fois facteur facilitant pour permettre la prise de rendez-vous et à la fois un frein pour contacter les médecins généralistes.

Une première ébauche du guide d'entretien a permis de réaliser 3 entretiens.

Ces derniers ont permis de voir que les questions étaient trop fermées et ont fait émerger de nouvelles idées permettant la réalisation d'un guide enrichi de nouvelles questions. Le guide d'entretien a subi 6 reformulations pour répondre au mieux à la problématique, éviter d'orienter les questions, et permettre une discussion le plus large possible autour du thème des écrans. (Annexe 4)

Le guide d'entretien s'est déroulé selon un plan en 4 parties :

- 1 : caractéristiques sociodémographiques.
- 2 : représentations et connaissances actuelles sur les écrans
- 3 : pratiques et freins.
- 4 : moyens de développer la formation

Cependant, il restait souple et le but n'était pas de poser toutes les questions mais plutôt de réaliser une conversation et replacer les questions afin de réorienter la discussion et éviter les hors-sujets.

Les entretiens ont duré de 10 à 33 minutes avec une moyenne de 21 minutes 37 secondes. Un entretien n'a pas pu être enregistré dû à une mauvaise manipulation sur l'enregistreur de mon téléphone. Les données pour cette entretien reposent donc sur ma mémoire immédiate ainsi que sur un mail qui répond à mes questions du guide d'entretien.

B. Analyse des données

1. Caractéristiques des médecins interrogés

Sur 14 entretiens, il y a eu 10 femmes pour 4 hommes. La moyenne d'âge était de 42 ans.

8 entretiens se sont déroulés en zone semi-rurale aux alentours du Havre et 6 entretiens se sont déroulés en zone urbaine entre centre-ville (4 entretiens) et dans les quartiers du Havre (2 entretiens). Tous les médecins interrogés exerçaient en cabinet de groupe.

Le nombre d'enfants de moins de 6 ans par patientèle était subjectif selon l'estimation du médecin généraliste. Quelques médecins m'ont donné leurs relevés de Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP).

La consommation personnelle en dehors de l'activité professionnelle était, elle aussi, très subjective.

Elles ont été classées en 3 catégories : utilisation peu fréquente (+), utilisation moyenne (++), utilisation importante (+++). Un médecin a déclaré ne jamais regarder d'écran. (X)

Enfin, un médecin n'avait pas d'enfant et parmi ceux qui avaient un enfant, seuls 3 médecins avaient un enfant de moins de 6 ans.

Tableau : données sociodémographiques : (Annexe 5)

H = Homme

F = Femme

X aucun écran + = peu d'écran. ++ consommation moyenne. +++ beaucoup d'écrans

	<i>E1</i>	<i>E2</i>	<i>E3</i>	<i>E4</i>	<i>E5</i>	<i>E6</i>	<i>E7</i>	<i>E8</i>	<i>E9</i>	<i>E10</i>	<i>E11</i>	<i>E12</i>	<i>E13</i>	<i>E14</i>
Sexe	F	F	H	H	F	F	F	F	H	F	F	H	F	F
Age	35	57	51	59	57	42	30	30	32	34	32	39	50	36
Mode d'exercice	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e
Activités	Urbaine	Urbaine	Urbain	Semi-rurale	Semi-rurale	Urbaine	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Urbain	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale
Nb Enfants <6 par patientèle estimée	15%	15%	15%	15%	14%	25%	25%	20%	10%	20%	10%	10%	20%	5%
Consommation personnelle d'écran estimée	+++	+	+++	+++	X	++	++	++	+++	++	+	++++	++++	++
Enfants personnel < 6 ans	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non

2. Analyse thématique des entretiens

a. Représentations

1. Définitions des écrans

On constate que concernant la question de la définition de la surexposition aux écrans, les médecins généralistes évoquent tous une durée acceptable d'écrans :

« Des gamins qui passent plus de 3h par jour sur des écrans ; tablette, télé. » (E4)

« Pas plus que 30 min par jour. » (E5)

« Pour moi à >6 ans, sur l'examen des 6 ; s'il passe plus d'une heure par jour...ça ne me plaît pas. » (E6)

« Moi je garde 1 heure en tête ou un film. Je me dis que c'est différent de regarder un film que la télé pendant 2 h. Ça, c'est mon avis donc je me dis que 1h, c'est déjà pas mal. Enfin, c'est déjà beaucoup. » (E12)

Cependant, il est difficile de mettre une limite de durée d'exposition :

« Oui après c'est toujours la question de quand est-ce que c'est trop ? » (E10)

« Autant l'alcool, les drogues, le tabac, c'est 0-1. Autant les écrans, ce n'est pas 0-1. Il y a tout une partie de quantification qui semble déraisonner. » (E6)

« Moi les ados, mes gamins, ils parlent quand même de cotation... Enfin mes enfants qui sont bientôt ados parlent de « geek » « no life » et là, je me dis ... c'est quand même hallucinant ! » (E6)

Les médecins généralistes ont souligné l'importance de différencier les différents types d'écrans

« On ne dit pas de télévision mais l'ordinateur ... c'est autre chose, le téléphone c'est autre chose, la tablette c'est encore autre chose, et les jeux, encore autre chose.... (E2) »

Ainsi que d'adapter en fonction de l'âge :

« Bah je pense que ça dépend un peu de l'âge. J pense qu'avant 2-3 ans, bin quasiment pas d'écrans quoi et après voilà : les dessins animés... Nous, on limite à une demi-heure par jour le soir le temps de manger pour qu'ils passent leur petit moment avec Gulli. » (E8)

« Je pense qu'il faut les éviter avant 3 ans et une tablette après 3 ans mais avec une limitation de temps, encadrer, avec des programmes ciblés et il faut parler. » (E7)

Enfin, certains pensent plutôt à une notion d'équilibre qu'à une limite de durée d'exposition.

« Du moment où l'enfant n'est attiré que par des écrans, bin... ça pose problème quoi. » (E6)

2. Opinions et idées reçues

La place du médecin traitant dans la problématique varie selon sa conception du problème. Ainsi, certains se sentent concernés et « *lutte[nt] beaucoup dessus. (...) Ça m'interpelle et je me débrouille pour que ce soit éteint et qu'on passe à autre chose quoi. (...) J'ai toujours été un peu anti télévision.* » (E2)

A contrario, d'autres pensent que « *un écran, c'est un problème d'éducation, c'est un problème d'éducation point barre. Les gens qui me disent « Oh, mon enfant, il a un problème. Il faut qu'il aille dans un centre. Il faut qu'il voit un psy ... » Non ! Ça, c'est des conneries, c'est juste les parents. Il faut leur dire : « C'est votre éducation.* » » (E3)

Ou sont plus pondérés : « *l'écran en fait partie mais à mon avis c'est plus une optique d'hygiène de vie qui est plus importante à leur faire véhiculer.* (E10) ».

Enfin, on note que le fait d'avoir des enfants joue sur la représentation des écrans au quotidien : « *Et on s'en aperçoit nous-même, enfin les parents. Moi je m'en suis rendu compte avec ma fille et j'ai fait des efforts par rapport à ça.* » (E11)

« *Mais c'est plus la guerre et c'est pour ça que c'est compliqué. C'est qu'on a sorti le téléphone machin... C'est vrai qu'ils y jouent tout le temps et c'est vrai que c'est une relation avec les enfants qui est conflictuelle, qui est compliquée et qui est altérée. On est le flic à la maison, ce n'est pas un rôle agréable à avoir.* » (E12)

Pourtant, ils sont tous d'accords sur le fait que les écrans peuvent devenir un problème de santé et engendrer des conséquences.

3. Conséquences

Les principales conséquences citées sont :

des troubles des relations sociales et affectives, notamment un désintérêt pour le reste, un manque de curiosité et un risque de désocialisation.

« *Pour moi, c'est surtout l'inintérêt à quelque chose. Que ce soit en terme de socialisation ou chez les petits à ... des jeux quoi. (...) Y'a pas d'autres loisirs au final.* » (E6)

« *Ils se renferment un peu, ils ne s'ouvrent pas trop vers les autres, ils sont quand même dans leur petit monde.* » (E8)

- des troubles des apprentissages comme « *des troubles de l'attention, de mémoire, des acquisitions* » (E13), des « *trouble de la concentration.* » (E7)

« *On sait qu'il y a un retard de langage, d'attention d'éducation en général ...* » (E2)

« *Bin, c'est les performances à partir d'un certain nombre d'heure, ils sont moins bons à l'école.* » (E4)

« C'est surtout sur l'interaction sociale et le loisir de ..., le loisir..., et l'invention. 'Fin l'enfant, il aime jouer parce qu'il invente tout le temps. A partir du moment où l'enfant est devant un écran, il n'y a plus cette partie de rêve, de créativité, etc. etc. Donc, c'est toute cette partie-là, à mon avis qui est problématique. » (E6)

- des troubles psychiatriques tel que des troubles du comportement, des dépressions, un effet de dépendance.

« Il suffit qu'il voie un écran passer devant les yeux, ils sont hyper hypnotisés. » (E1)

« À chaque fois, il y a le téléphone et je vois bien, c'est impossible de l'enlever. Je le dis au parent, le parent essaie de l'enlever et l'enfant fait une comédie. On voit bien qu'ils sont forcément accros. » (E8)

« En termes d'effets néfaste : troubles du sommeil, troubles du comportement ...dépression. » (E10)

- des troubles somatiques comme des troubles du sommeil, de la vue ou un problème de surpoids-obésité.

« Et puis le soir, les lumières bleues, les LED, qui vont inhiber la synthèse de mélatonine. Et du coup les troubles du sommeil qui en découlent. » (E9)

« J'en parle surtout pour les ados quand il y a des troubles du sommeil, quand il y a de l'obésité aussi car ce sont souvent des enfants un peu sédentaires, je leur dis de bouger. » (E7)

« Après, y'a tous les problèmes de vue. » (E6)

4. Surexposition des patients

Quand on demande aux médecins généralistes leur point de vue sur l'exposition de leurs patients, ils ne savent pas dire exactement dans quelles proportions car ils ne posent pas la question mais ils estiment en grande majorité qu'il y a une surexposition de leurs patients aux écrans :

« Je ne le demande pas mais je pense que oui »

« Ola ! J pense que vraiment si je posais la question ... quasiment tous. » (E14)

« Non je n'ai pas tout ça, j pense : énormément. » (E12)

5. Rôle du médecin traitant

Nous avons vu que les médecins généralistes, même s'ils ne sont pas d'accord sur leur place vis-à-vis des écrans, sont d'accords pour dire que les écrans engendrent des conséquences et que leur patientèle est plutôt surexposée.

Pourtant même si la place du médecin généraliste n'est pas clairement définie, les médecins pensent qu'ils ont un rôle à jouer pour parler des écrans :

« Alors, ce n'est pas que notre rôle à nous mais oui forcément. Forcément parce que ça fait partie de la santé de nos patients de manière globale. » (E14)

« Non non, ça va être à nous de faire ça, de leur expliquer. Car c'est nous qui voyons les enfants, on les suit. Si y'a quelqu'un qui doit sensibiliser, ça doit être le médecin généraliste. » (E8)

Ainsi, du fait que les médecins ont un rôle éducatif, un rôle de science, un rôle de prévention et de sensibilisation, qu'ils sont plus écoutés et entendus, que leurs patients ont confiance en eux et qu'ils voient tous les enfants pour leur suivi ; le médecin généraliste a une place privilégiée dans la sensibilisation et la prévention autour des écrans :

« En tant que médecin généraliste, on a un acte de prévention. » (E13)

« On a un rôle d'information à donner. » (E7)

« Parce que les gens en général, s'il y a un côté médical, et si on leur dit que ça a une conséquence physique, et que c'est validé par un médecin, ça aura peut-être plus de poids que par l'institutrice. On est plus écoutés. » (E10)

« Je pense que oui quand même, on a de la légitimité. D'une manière générale, si les gens viennent nous voir, si les gens ont choisi de venir nous voir, c'est qu'ils ont un minimum de confiance et c'est qu'ils sont intéressés par notre réponse. On ne le leur a pas imposé. » (E14)

« Nous, on les voit presque tous. Pour les vaccins, on les voit dès le plus jeune âge. Globalement les parents, ils comprennent bien. » (E12)

« Après, j pense qu'on a un rôle éducatif par rapport aux parents et par rapport au couple. » (E6)

Certains pensent que c'est de l'ordre de l'éducatif et que ça n'est pas leur problème :

« Bin si, ça va m'interpeller mais j'ai comme méthode... C'est que je me mêle de la vie des gens le moins possible (...) Ah bah, ce n'est pas à nous de gérer. C'est clairement à eux de gérer. Oui, oui, c'est clairement à eux de gérer. » (E3)

« Tu sais, on ne va pas se battre à la place des autres. On n'est pas des parents hein ! On n'est pas un substitut de parents. (...) On ne peut pas tout faire. » (E5)

b. En pratique : aborder les écrans

Quand on écoute les médecins généralistes, on peut dégager différentes pratiques mais qui ont plusieurs points communs. Ainsi, nous allons classer les pratiques de prévention aux écrans en fonction de : quand les médecins généralistes abordent la question, comment ils l'abordent et comment ils évaluent l'exposition, pour enfin voir leur prise en charge.

6. Quand en parler

Dans leur pratique, les médecins abordent le sujet des écrans sur des différents points d'appels mais jamais systématiquement :

« C'est vrai que je n'en parle pas forcément de manière systématique, voilà. » (E10)

« Alors je ne sais pas trop à quel moment j'en parle, ce n'est pas encore très ... j'en parle quand y'a un motif d'appel plutôt en fait. » (E12)

« Alors ...pas systématiquement en dessous de 3 ans, c'est vrai. » (E2)

Un point d'appel lors des consultations très fréquemment retrouvé est la présence d'un écran, notamment le téléphone portable, dans les mains de l'enfant.

« Bin on l'aborde. Déjà, quelqu'un qui arrive avec des écrans, c'est l'occasion d'en parler facilement. » (E2)

« (...) des fois oui ; quand je remarque qu'il donne volontiers le smartphone pour que l'enfant fiche la paix pendant la consultation, mais pas systématiquement. » (E9)

Viennent ensuite les troubles du sommeil :

« C'est souvent le sommeil comme entrée dans le sujet. » (E12)

« Effectivement quand l'enfant est là, ou que l'ado est là, et qu'il se plaint de trouble du sommeil on essaie d'expliquer effectivement que pour la régulation du sommeil, l'exposition aux écrans ne va pas être ce qui est le mieux. » (E13)

Puis les troubles du comportement:

« Quand je vois que l'enfant est un peu agité. » (E12)

« Mais si je vois un enfant qui a des troubles du comportement, je vais parler de ça. » (E3)

« des enfants où justement on se pose la question dans notre coin de notre tête, on se dit « TDAH ». » (E9)

Et les problème de poids :

« Après, en réfléchissant, c'est vrai que je pose la question aux pré-ados, et après plus jeunes, en cas de problème de poids, en cas de problème de contact et tout ça. » (E2)

Parfois, ce sont les parents qui posent la question :

« Ce n'est pas un motif fréquent de consultation mais ça leur arrive de consulter pour ça. » (E14)

« Je dirais sur les jeux vidéo. Alors ça, c'est vraiment fréquent quand même, et ça, c'est une plainte des parents quand même : quand ils n'arrivent pas à décrocher leurs enfants des jeux vidéo » (E11).

Cependant, les médecins disent ne pas avoir beaucoup de cas constatés de complications de la surexposition aux écrans, et donc n'abordent pas fréquemment le sujet.

« Je n'ai pas eu des enfants atteints à ce point-là. » (E4)

« Non. Ce n'est pas tout le temps. Enfin moi, je n'ai pas la sensation que ce n'est pas si prégnant que ça en consultation. » (E6)

« A en parler en consultation, non, je ne vais pas avoir de cas où j'en parlerai. » (E8)

7. Comment en parler

Les questions sur les écrans s'intègrent dans l'interrogatoire sur les habitudes et l'hygiène de vie :

« C'est dans le déroulé des questions du quotidien : il dort bien ? Il mange bien ? Il fait du sport ? Il ne fait pas de sport ? Il regarde beaucoup d'écrans ? ... » (E6)

« Bah quelles sont les habitudes ? C'est plus sur l'organisation générale. (...) Ce n'est pas la question des écrans mais par ça, je sais quand même si c'est des enfants « actifs » et s'ils font des écrans et des loisirs et des activités à côté. À partir du moment où ils font des activités, a priori, ils ne sont pas devant les écrans. » (E10)

« Après un petit peu plus grand, en disant : « est ce que tu sors ? Est-ce que tu fais du sport ? Ou est-ce que ... y'a pas de télévision dans la chambre ? Y'a pas d'ordinateur ? Les jeux vidéo sont coupés ? est-ce que ... » Donc beaucoup... un des premiers abords, c'est surtout ça. » (E2)

Un médecin insistait sur la nécessité de poser les questions précisément, et de les répéter pour approfondir :

« Donc je lui dis : « pas plus de 1 heure de jeux vidéo », et après, il va devant la télé... donc c'est ce genre de chose ... Il faut vraiment savoir poser les questions jusqu'au bout. Aussi évaluer. Après quand on commence à en parler... d'une consultation à l'autre, on arrive à affiner le problème ... voilà j'fais ça. » (E2)

Cependant, les médecins généralistes disent faire plus souvent des remarques sur les écrans qu'évaluer l'exposition, tout en prenant garde à ne pas brusquer les patients.

« S'ils ont déjà l'écran allumé tout le temps, bin on fait la remarque, quoi. » (E11)

« Leur dire que ce n'est pas bien ? Non, mais j'pense qu'il y en a beaucoup qui font ça. Pour les faire culpabiliser. Je ne sais pas si c'est la bonne technique d'approche mais je pense que non. On évite de braquer les gens comme ça en attaque frontale. Je ne fais pas. » (E9)

Enfin certains médecins ont une attitude plus fermée :

« Je ne discute pas, c'est « Non ». » (E5)

8. Comment évaluer l'exposition ?

L'évaluation de l'exposition aux écrans chez les enfants passe exclusivement par l'interrogatoire. Différents champs sont évalués : la durée d'exposition, les types d'écrans à disposition, le contenu, les moments d'exposition, l'accompagnement éventuel et la conscience des parents des risques de tels comportements.

Tout d'abord, la durée d'exposition :

« L'heure est quand même assez importante. Si on calcule : il rentre, allez, à minimum 17h-17h30 (le temps de la nounou, machin, tout ça). Après, c'est l'heure du goûter, les devoirs. Aller 30 min. ça fait 18h. La douche : il est 18h 30. Après, ça veut dire que toute leur fin de journée et toute leur fin de soirée, il passe une heure devant la télé après c'est l'heure du dîner et le coucher. Il n'y a plus de place au jeu, à la lecture, à tout le reste quoi. Donc, là, ça commence à me ...hum ...voilà. » (E6)

Les différents types d'écrans à disposition que l'enfant a :

« Qu'est-ce qu'ils utilisent comme écrans ? » (E12)

« Répertorier les écrans qu'il y a à la maison. » (E14)

« On fait attention aux écrans et aux téléphones. Bon, après y a certains enfants qui jouent aux jeux vidéo et la télé. » (E11)

Puis le contenu regardé :

« Ce n'est pas vraiment sur l'écran, c'est plus le contenu. » (E8)

« Après en fonction de ce qui regarde, la qualité des images ... » (E10)

« Il faut regarder ce que les enfants font, quelles activités ils ont souvent à l'écran, c'est des fois des jeux interdits moins de 10 ans et les enfants à 6 ans y jouent. » (E12)

Ensuite, le moment d'exposition :

« Si le soir les parents laissent l'enfant avec le portable dans les mains et dort avec ou s'ils le retirent au coucher. » (E11)

« Alors je leur ai demandé d'éviter le matin et avant le coucher et de stopper en fin de journée. Après je ne suis pas à l'heure près. » (E12)

« Est ce qu'il y en a dans les chambres ? » (E14)

Et si l'exposition est accompagnée par un adulte :

« Quand j'ai interrogé : « bah il joue aux jeux vidéo et il joue à quoi ? à Fortnite. Et vous avez déjà vu ce que c'était ? Ah bah non, je n'ai jamais regardé » et puis ils ont regardé. Il a arrêté et il allait mieux, il ressortait. » (E12)

Par ailleurs, il est important de voir si les parents sont conscients du mésusage des écrans et ce qu'ils en connaissent :

« Qu'est-ce que vous pensez des risques ? » (E1)

« On essaie de savoir ce qui existe et ce qu'il y a et s'ils en sont conscients. » (E2)

Enfin, certains n'évaluent pas du tout l'exposition : *« Je ne fais pas du tout d'interrogatoire sur les écrans parce que je n'ai pas été formé à ça donc je ne savais pas. » (E13)*

9. Recommandations

La prise en charge des médecins passe surtout par des messages de prévention en consultation. On ne retrouve pas de conseil types mais plusieurs conseils ont été dégagés.

Une fois le mésusage connu ou suspecté, plusieurs types de recommandations sont possibles : la prise de conscience, la sensibilisation, la personnalisation de la prise en charge et l'instauration de limites.

La première chose est de faire prendre conscience aux parents du mésusage :

« Les parents n'étaient pas conscients que passer la journée à jouer à Fortnite à dégommer les gamins sur la console, c'était sa seule activité mais bon après ce n'est pas toujours... euh ... Mais bon après ils faut aussi prendre conscience, il faut regarder ce que les enfants font. » (E12)

« C'est quand même, combien de temps par jour et ils se rendent compte que c'est tous les jours ... » (E2)

La deuxième chose est de faire passer un message afin de sensibiliser les parents et l'enfant sur les risques d'une exposition prolongée.

« Je ne quantifie pas effectivement. Quand je l'aborde, je fais mon laïus mais je ne prends pas l'information plus que ça, tu vois. (...) J pense qu'il faut faire passer le plus de messages possibles dans la consultation. » (E9)

« (...), j pense que c'est plus l'écran en fait partie mais à mon avis c'est plus une optique d'hygiène de vie qui est plus importante à leur faire véhiculer mais bon là-dessus sur l'alcool, les écrans 'fin voilà ... sur tout ce qui est un peu addiction et autour, c'est plus quelque chose de général à mon avis. » (E10)

« Je leur dis : « quand tu viens me voir, tu ne me mets pas la tétine dans la bouche, quelques règles de société. » C'est un peu pareil avec le portable : le portable dans le sac à main. Ça devient un article très présent dans la consultation. » (E13)

Parmi ces messages, il est nécessaire d'expliquer les risques :

« On leur dit qu'il faut limiter. On leur explique pourquoi. » (E6)

« Bin j'insiste surtout sur le fait qu'à l'école, on a des moins bons résultats quand on passe trop de temps là-dessus. » (E4)

« J'essaie d'expliquer un peu la physiopath'. En général, que ça fasse un discours plus scientifique. En gros, d'expliquer un peu que ça inhibe l'hormone du sommeil et que ça peut accaparer l'attention avant l'école et que du coup ce n'est pas très bon pour leur développement. » (E9)

Par ailleurs, afin d'avoir le plus d'adhésion possible à la prise en charge, il est important de personnaliser la prise en charge :

« J'ai un seuil, mais qui est en fonction de l'enfant. » (E6)

« Des temps impartis, 'fin ça dépend ce que c'est. Mais si des fois c'est 4h par jour, ça arrive. J'essaie de leur dire : « on se limite à une heure grand max » et c'est après ... Je fais au cas par cas. » (E10)

« Alors. Ça dépend de l'âge, ça dépend comment les parents le reçoivent et ... est ce qu'ils ont vraiment.... Est ce qu'ils arrivent à mettre des interdits ou des choses en place. » (E2)

Enfin, certains pensent que c'est un problème d'éducation plus qu'un problème de santé et ne veulent pas s'immiscer dans l'éducation des enfants :

« C'est vrai que dans l'éducation de leurs enfants je ne suis peut-être pas intrusive. » (E13)

« S'il vous dit : « Non mais si je supprime les écrans, il va pleurer, il va criser ... » Bah oui, je leur dis oui. Mais comme tous les cas d'intolérance à la frustration. Si, on va lutter contre ça, sinon à l'adolescence, ils diront « Merde ». Mais c'est évident pour moi, oui. Si à un moment, il y a eu beaucoup d'écrans et qu'à un moment donné, vous allez dire non ... c'est le principe de l'éducation. » (E6)

Les messages passés sont souvent en lien avec la durée d'exposition, cependant les durées d'expositions seuils sont très diverses selon les praticiens et varient en fonction de l'âge :

« En tout cas, donc, avant 3 ans : zéro et après pour être simple. Après j'essaie d'être assez simple, j'essaie de dire 1 heure par plage de 30 minutes parce que j'ai pas trouvé parce que j'ai envie de faire simple en fait. » (E12)

« Alors le téléphone ce n'est pas évident, j'dirai une heure maximum par jour » (E11)

« Bin je dirais 1h-1h30 entre 3 et 6 ans et 1h30-2h après 6 ans. » (E7)

« Donc 0-3 ans, on ne met pas le gamin devant la télé quoi et on ne fiche pas le portable pour qu'il nous fiche la paix. » (E9).

Le premier point est d'essayer de changer les habitudes de vie.

Comme couper les écrans inutiles :

« Aller, il faudrait que ça soit exceptionnel. Pas mettre la télé tout le temps systématiquement pour être tranquille, pour manger tranquillement, etc. » (E9)

« Déjà si on sensibilise les parents à ne pas laisser la télé allumée pour fatiguer l'enfant (...) les télé qui restent allumées pour rien ... pour le bruit de fond. » (E1)

Et de proposer autre chose, comme de développer des loisirs afin d'éviter que l'enfant ne se tourne vers les écrans :

« Donc j'essaie de les orienter plutôt sur la lecture etc. ... » (E10)

« A privilégier, j'dirais, après ce que j'applique pour moi c'est valable pour mes patients. Donc il faut vraiment limiter à des moments et s'il fait beau au goûter, je ne leur mets pas la télé, ils vont dehors quoi » (E8)

« D'essayer de lutter, si on ne propose pas le téléphone, on propose autre chose. Des activités ... » (E8)

Ensuite, il est important de ne pas interdire complètement l'exposition mais de proposer des règles : limiter le temps, adapter le contenu ou encore accompagner l'exposition :

« Bah je leur demande de réduire un peu. Tout en leur disant qu'ils peuvent quand même regarder des trucs mais que ce soit plus modéré en essayant de leur donner des temps un peu plus court. » (E10)

« Pas supprimer complètement mais mettre un timer déjà. » (E5)

« Et faire attention à ce type de programme. » (E1)

« Limiter le temps passé devant les écrans, proposer d'utiliser plutôt des programmes éducatifs en présence des parents. Les écrans peuvent également être un moment de partage en famille. » (E7)

Et enfin choisir les moments d'exposition en évitant notamment le soir et le matin.

« On essaie de définir les heures de lever, les heures de coucher, d'essayer d'orienter mais comme tu fais pour les régimes pour les enfants, enfin pour les adolescents. Ce n'est pas simple de leur dire, tu ne vas plus manger de gâteaux, tu leur dis au conditionnel : il faudrait que ... » (E13)

« Éviter dans la chambre » (E12)

« Je leur donne des repères, pas trop sur le temps d'utilisation, mais pas d'écran après 21h ou 22h. » (E7)

Pour optimiser la prise en charge, les médecins sont d'accords pour dire qu'il est important de réévaluer et de refaire le point sur plusieurs consultations afin de suivre l'évolution de l'exposition. Cependant, ce n'est pas encore un réflexe ; cette stratégie n'est pas vraiment appliquée pour le moment :

« Oui mais je ne suis pas sûr que comme je le ferais pour d'autres pathologies. A dire : on se revois dans 3 mois, dans 6 mois... ça, je ne pense pas à la faire. » (E10)

c. Les différents facteurs influençant la prévention à la surexposition aux écrans :

Lors de nos entretiens, nous avons mis le doigt sur de nombreux facteurs compliquant la prévention autour des écrans mais qui peuvent parfois s'avérer des atouts. Des facteurs concernant tout d'abord les écrans eux même mais aussi, les médecins, la patientèle et enfin la formation sur les écrans.

1. Les effets positifs des écrans :

A l'inverse du tabac ou de l'alcool, les écrans présentent plusieurs intérêts et ne sont donc pas entièrement néfastes. Ainsi, on ne peut pas les interdire et il est compliqué de trouver une limite à ne pas dépasser :

L'écran est une source d'information et de culture :

« L'écran me permet aussi d'avoir toujours une réponse à une question. L'écran m'apporte énormément d'information. Pas forcément des informations capitales, mais du coup l'information me rend très curieuse ... » (E13)

« Et ce qui est très impressionnant, c'est que quand les écrans sont arrivés, les télé, le cinéma ... c'était l'outil éducatif par excellence ! Et aujourd'hui, cet outil est plutôt un outil peu éducatif et surtout d'observation donc c'est dommage qu'il ne soit pas mieux utilisé. » (E3)

De plus, il améliore les performances :

« Au niveau développement cérébral et intellectuel, on sait que le jeu vidéo améliore les performances, ils sont testés. Maintenant, chez les gens qui sont dyslexiques, ça leur permet de voir plus latéralisé, plus donc c'est pour ça, de dire : « c'est bien, ce n'est pas bien », c'est très très compliqué. » (E3)

« Après j'ai quelques enfants autistes, là, pour eux, l'écran c'est important pour les canaliser donc là, j'ai un peu de mal à leur dire de ne pas le faire. (E8)

Il exerce un effet calmant qui permet de canaliser son enfant :

« C'est facile de mettre la télé et hop il est calme. » (E11)

« Bin quand il l'utilise beaucoup, j pense qu'on s'en rend compte mais après y'a un côté vraiment facilité, canaliser l'enfant. » (E8)

Enfin, les médecins généralistes l'utilisent en consultation afin de détourner l'attention de l'enfant ou de canaliser les frères et sœurs.

« Tient, une fois, il y a une gamine, j'étais mort de rire ... euh ... 11 ans. La maman qui commence à faire les gros yeux : « arrête avec ta tablette et tout ... » et puis : « attend, on va laisser faire ». J'ai fait son vaccin, elle continuait à jouer et puis : « tu peux te rhabiller » et en se rhabillant : « bin, c'est quoi ce pansement ? » Elle n'avait pas senti. » (E4)

« Et par contre, oui clairement, en consultation, quand y'a une fratrie qui vient en consultation, même quand on a des petits jouets là-bas, avoir un téléphone, ça peut être pas mal. » (E6)

« Ça m'est déjà arrivé qu'un enfant qui soit particulièrement très agité mais ça va me rendre « service » mais c'est peut-être ceux-là qui sont les plus concernés aussi par les problèmes d'écrans. C'est chez eux qu'il faudrait qu'ils fassent le holà. » (E9)

Ainsi les écrans présentent des avantages indéniables mais la difficulté est d'imposer une limite.

« Donc oui qu'est-ce qu'on tolère par exemple et qu'est-ce qu'il ne faut absolument pas faire ? » (E9)

2. Médecin

Lors de nos entretiens, il est ressorti d'importants freins à la prévention de la surexposition aux écrans pour les médecins.

En effet, ce thème est récent, il s'intègre dans un problème de société autant qu'un problème de santé. Les médecins pensent que l'on ne dispose pas encore assez de connaissances scientifiques et d'outils validés sur ce thème. De plus, ils doivent faire de plus en plus de prévention sur beaucoup de thèmes différents. Les médecins estiment ne pas avoir le temps ou ne pas être en nombre suffisant pour effectuer cette prévention.

Même si les médecins généralistes se disent « à l'aise » avec le sujet :

« Oh bah je suis à l'aise. J'ai fait beaucoup de pédiatrie quand j'étais plus jeune, je suis assez cool donc ... » (E4)

« Même si je regarde les écrans chez moi aussi, ça ne me dérange pas d'en parler. » (E1)

« Warf ! Non. Je n'ai pas de difficulté. Je parle de leur sexualité, du cannabis, de l'héroïne... Ce n'est pas un sujet qui serait difficile à aborder, si j'y pense. » (E3)

L'une des plus importante difficulté retrouvée est le manque de connaissance sur le sujet.

« Je n'ai pas de sujet là-dessus. » (E1)

« [Si j'avais plus de connaissances] ... probablement je chercherais peut-être un petit peu plus. » (E10)

« Après, je ne connais pas les proportions du nombre d'heures. » (E3)

« Après voilà on n'a pas beaucoup de chose, on ne connaît pas trop ... » (E8)

« A quel point il peut y avoir des troubles de l'apprentissage, ça je ne sais pas trop. Je sais que ça peut jouer. » (E9)

De plus, c'est un thème nouveau, on commence à seulement en entendre parler :

« On en est qu'à ses débuts. » (E1)

« Il y a du travail, beaucoup de travail. » (E3)

« Parce que bon là, l'écran, il n'y a jamais rien eu de dit. » (E14)

A contrario, étant un thème d'actualité, les médecins généralistes commencent à s'y intéresser de plus en plus :

« Oui probablement, ça commence un peu à sortir, même sur l'alimentation, des trucs comme ça. Après pas encore suffisamment d'études pour le dire, mais oui ça commence à sortir. Donc oui, c'est des choses qu'il faut aborder. » (E10)

« Oui quand même, d'entendre que ça fait des choses et de voir aussi autour, ce n'est pas entre guillemets des pathologies qu'on voyait il y a 15 ans. C'est quand même récent ce genre de chose ou alors peut-être qu'il y en avait peu ou qu'on en parle plus ou je ne sais pas. » (E6)

Les médecins pensent également qu'on manque de preuve scientifique :

« On n'a pas d'élément scientifique très fort et donc en fait, après, derrière, c'est le tissu éducatif qui prend la décision. Et comme ce n'est pas scientifiquement prouvé dans un sens ou un autre, vous avez des avis strictement opposés. D'autres qui ne se sont pas mouillés comme moi, d'autres qui... euh... veulent rien dire franchement. On n'a pas grand-chose en tant que médecin, c'est un problème de société. » (E3)

« Après j pense que si on avait des études ou des chiffres à leur donner, peut être que ça leur parlerait plus aussi. » (E1)

« Pour pouvoir parler des choses, il faut avoir des arguments. » (E13)

Les médecins ne connaissent pas ou peu d'outils développés sur lesquels s'appuyer :

« J'ai envie de faire simple en fait et comme je n'ai pas d'outil facile à leur proposer, j'essaie de faire passer le message. » (E12)

« Ça serait bien d'avoir des outils. Mais on n'en a pas. » (E3)

« Cette petite affiche que j'ai croisée que j'ai aimée et que j'ai affichée. Point barre. Ça s'est limité à ça. » (E13)

On note également un manque d'intérêt avec un thème qui n'est pas prioritaire :

« Je n'ai pas regardé d'études et m'intéressé au problème pour savoir ... » (E10)

« J'ai ptet vu des DPC écrans mais ça ne m'intéressait pas. » (E7)

« Prioritaire ? pfff ... Enfin ça reste un sujet important quand même parce que plus ça va, plus y'a des choses qui sont faites pour les enfants déjà tout petit. » (E8)

Un manque de connaissance par manque de sources fiables et par conséquent les médecins disent avoir des connaissances empiriques.

« C'est par empirisme, je n'ai pas de sources scientifiques. » (E10)

« C'est quand même un sujet Par intérêt personnel ... » (E2)

« Après la thèse de Justine oui mais sinon avant non je n'avais rien vu. » (E7)

Pourtant, on constate que les médecins s'intéressent au sujet se sentent moins en difficulté :

« Je ne sais pas peut-être parce que ça m'intéresse. » (E13)

« J'ai fait pas mal de formation parce que je travaille avec des enfants placés à l'ASE. » (E6)

Les médecins généralistes ayant des connaissances sur la littérature ou ayant eu des formations sur les écrans ont plus de facilités à parler des écrans :

« Ce papier là, ce papier-là, c'est de la littérature. Il faut toujours de la littérature sinon, ils ne nous croient pas. » (E5)

« Ah oui en fait, ne serait-ce que pour sensibiliser les patients en disant voilà, selon les études ... Avoir des chiffres précis, les gens ça a plus d'impact et nous on a plus de chose ... Voilà,

c'est plus concret quoi (...) On est plus à l'aise avec le sujet. On a plus d'éléments à fournir et du coup, on a plus d'impact pour les parents. » (E8)

Actuellement, les médecins ont peu d'expérience sur le sujet en consultation avec peu de cas constaté

« Sur les moins de 6 ans, je ne dois pas en avoir franchement... » (E1)

« Je n'ai pas eu des enfants atteint à ce point-là. » (E4)

« J'ai vu le gamin d'un ami qui est en échec scolaire total parce qu'il était devant les écrans jusqu'à 5h du matin.... » (E6)

Par le manque de connaissance et d'expérience, le thème des écrans est difficile à aborder. Les médecins généralistes se trouvent dans l'incertitude quant au discours à employer pour agir sur le mésusage des écrans.

« J pense qu'on est sensibilisé dans le fond mais pas dans la forme. » (E14)

« Après je me sens un peu diminué en leur disant « il ne faut pas le faire ». Tout le monde sait qu'il ne faut pas le faire. Après dans la pratique, c'est un peu compliqué de proposer autre chose. Donc là, j'avoue c'est plus dans les solutions ou je suis moins à l'aise, quoi. » (E8)

« On le sait mais après dans la pratique, c'est plus compliqué quoi. » (E8)

Beaucoup mettent en avant le manque de temps en consultation comme obstacle à aborder le sujet :

« Lors des bilans des 3 et des 6 ans, on a que 15 -20 minutes. Alors déjà, si on parle de tous les items, c'est déjà pas mal. » (E7)

« On n'a pas toujours le temps de faire la prévention qu'on aurait voulu faire. » (E14)

« Je me suis fait fortement la réflexion. Je crois que je me la suis gardée parce que j'étais à la bourre et voilà. » (E9)

« On ne peut pas poser des questions sur tout et tous le temps. On n'a pas le temps. » (E13)

De plus, les thèmes de prévention sont multiples voire trop nombreux.

« À chaque fois, je vois même quand y a une thèse, on se dit : « oui ça, c'est vachement important de la faire et puis finalement, tout tout tout dépister, c'est juste impossible quoi et ça prend déjà beaucoup de temps et quand ils viennent juste parce qu'ils ont une otite, les écrans ... » (E8)

« Sur la prévention, c'est difficile parce qu'on a déjà beaucoup de prévention à faire et que ça rajoute encore un point. » (E14)

A l'inverse, certaines consultations comme les consultations de prévention ou de nouveaux patients rendent plus facile la discussion autour des écrans

« Y'a des gens qui aime bien venir une fois par an pour faire de la prévention. » (E14)
« C'est peut-être quand je rencontre de nouveaux patients que j'ai l'occasion d'un côté un peu légitime de poser la question. De faire le point et de faire prendre conscience. C'est peut-être plus là que j'aurais un impact. Plutôt que dans quelques années, quand j'aurais mon train-train et que je ne serais pas à qui j'ai posé la question. Voilà. » (E9)

Enfin, ils sont confrontés à la désertification médicale où les médecins sont en sous-effectif, et que les délais de consultation chez les spécialistes s'allongent, nécessitant de prioriser les problèmes de santé.

« Non, il y a des problèmes psychiatriques plus importants. » (E4)
« Ici on est un peu en zone sous dotée, il y avait 12 médecins et maintenant, on est plus que 4 (...) Il a fallu beaucoup se démener pour, on va dire « sauver la patientèle », sauver les gens d'Harfleur et leur permettre d'avoir des médecins et bien entendu être débordés, car à 4, c'est compliqué. » (E13)
« On préférerai également tout faire : les parents, le bilan orthophonique... » (E5)
« Surtout qu'on manque d'ophtalmo, pas besoin de grossir le besoin. » (E11)

Pour les médecins, la prévention sur l'exposition prolongée aux écrans n'est pas encore un automatisme et sont donc confrontés à la difficulté d'y penser en consultation :

« On n'y pense pas à chaque consultation. » (E1)
« Alors c'est rare quand je pense à ça. » (E11)
« Mais je pense que ce qu'on fait aujourd'hui suffi à dire que c'est important et pourtant ce n'est très honnêtement pas un réflexe que j'ai à dire : « alors les écrans à la maison ? » » (E14)

Certains médecins n'ont pas encore pris conscience que l'exposition aux écrans pouvait être un problème. D'autres pensent que c'est évident et ne jugent pas utile d'en parler.

« Mais bon pour moi c'est des choses qui me paraissent évidentes quoi mais bon... » (E11)
« Ça me paraît être du bon sens, de la cohérence. » (E3)

Cependant, être parent participe à une plus grande sensibilité autour des risques des écrans

« Oui ! un peu oui c'est-à-dire que je fais attention déjà pour mes enfants et je fais un peu la guerre et pour mes patients. » (E12)

Une des difficultés retrouvées est la difficulté à évaluer l'impact de leur prévention :

« (...)comme dans toute prévention, dire « attention » mais ce n'est pas parce qu'on dit « attention » que tu auras un bénéfice hein. » (E5)
« Oui et puis, c'est notre rôle mais après, on ne sait pas... 'fin... je ne sais pas dans quelle mesure le message passe. » (E6)
« Moi j'informe. Est-ce que j'ai un impact sur ... ? » (E9)

Certains sont réticents à parler de la prévention de la surexposition aux écrans car ne sont pas convaincus d'avoir un effet par leurs messages :

« Je ne vais pas poser la question. Qu'est-ce que tu veux que j'y fasse ? 6-17 ans, c'est un adulte, il est trop tard. » (E13)

« J'ai l'impression d'être écouté, entendu après je ne me leurre pas, je sais que ça ne marche pas. Je pense que le plus souvent ça ne marche pas. » (E14)

« On n'est pas si influent qu'on le croit. » (E4)

« Après, d'eux même ils le savent déjà ... Donc, de remettre là-dessus ... » (E11)

Enfin, pour certains médecins généralistes, avoir une population aisée rend plus facile la prise en charge

« Alors on est quand même en centre-ville donc les gens réfléchissent un peu. Mais quand même...Ils ont une attention particulière ... » (E2)

« Alors on est dans un quartier ouvrier etc. Les gens ne viennent pas parler de leur alcoolisme direct, il faut aller les chercher. Tout ce qui est addiction ; celui qui vient pour dire que j'ai un problème d'alcool ou de tabac non, y a pas. » (E13)

« Après j'ai une population plus aisée, un peu riche. Du coup, je n'ai pas trop de souci avec ça. » (E7)

3. La patientèle vue par le médecin généraliste :

Du côté des patients, on retrouve de nombreux freins au niveau de leur connaissance des écrans et des mauvaises habitudes qu'ils peuvent avoir. Il a été également décrit une pression sociale autour des écrans.

Il existe une certaine pression sociale autour des écrans :

« C'est que ... l'écran, tu le traines dans ton sac à main toute la journée. C'est pour ça qu'il dit « regarde-moi, regarde-moi ! » voilà t'as des rappels à l'ordre constants d'écrans. » (E13)

« Parce que je pense que les gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, c'est un signe genre : moi aussi, je peux acheter ça à mon enfant. Je pense qu'ils sont contents de pouvoir acheter ça et finalement, ils ne vont pas se dire : « ah mais faut que je fasse attention à ne pas lui donner beaucoup. » (E14)

« Parce que plus ça va, plus y'a des choses qui sont faites pour les enfants déjà tout petits : les mettre devant les écrans, des jeux sur les écrans pour les tout-petits. » (E8)

Les parents s'impliquent moins dans l'éducation de leur enfant et préfère la facilité de l'écran pour canaliser leurs enfants :

« Parfois on va aussi en tant que parent choisir la facilité. » (E14)

« Les parents qui travaillent beaucoup, c'est aussi un moyen à eux de les occuper. » (E14)

Il existe également un manque de connaissance autour des écrans :

« Parfois on est étonné des choses que les gens ne savent pas. » (E14)

« Y'a des gens qui sont pas du tout sensibilisés là-dedans. » (E14)

Les médecins sont divisés sur le fait que les parents sont conscients ou non d'une surexposition aux écrans chez leurs enfants :

Pour certains médecins, les parents sont conscients de l'exposition abusive aux écrans de leurs enfants :

« Il n'y a pas de souci ; les parents, ils reconnaissent assez facilement » (E11)

« J'dirais qu'il ne s'en rendent pas compte, mais peut être plus que les années passées » (E13)

« Surtout maintenant parce qu'on tombe dans une génération où les parents maîtrisent complètement l'outil, et donc voit mieux ce que fait leur enfant. » (E4)

A contrario, certains médecins généralistes pensent que la difficulté est que les parents n'en prennent pas conscience :

« On n'a jamais dit que c'était un problème de santé. Je pense que c'est surtout ça en fait, les parents se rendent compte de la surexposition mais ne voient pas les effets néfastes de la surexposition. C'est juste : il passe trop de temps. » (E14)

Les médecins pensent que les parents minimisent les effets de la surexposition :

« Parfois, ils sous-estiment. » (E6)

Les parents paraissent parfois dépassés par le mésusage des écrans et renoncent :

« J pense qu'ils y en a pas mal qui le savent mais qui ont renoncé. » (E9)

« Après c'est une grosse grosse facilité je vois par rapport aux parents. Un peu difficile de leur dire de changer leur façon de faire, parce que c'est facile de leur donner, mais ils sont complètement accros. » (E8)

Enfin on voit que les parents consomment également beaucoup d'écrans et ont beaucoup de mal à changer leurs propres habitudes :

« Je pense qu'on a des parents qui sont très dépendants (...) on les voit, ils sont sur leur téléphone. » (E1)

« Puis après, c'est les parents qui regardent tous la télé ; j pense beaucoup les écrans. » (E9)

« Le temps d'exposition ? Ça me le dit toutes les semaines. Non ça ne modifie pas les choses. » (E13)

En consultation, les parents n'entendent pas toujours les messages :

« *Y'a quand même une partie de la population qui considère la télé comme une nounou. Ça, c'est compliqué. Leur faire comprendre qu'il faut qu'ils s'occupent de leur enfant et qu'ils jouent à un jeu de société plutôt que de le coller devant un écran. Ce n'est pas toujours ... Ce n'est pas toujours un message qu'on peut passer comme ça.* » (E6)

« *Une part de la société qui n'est pas à l'écoute de ça.* » (E6)

« *Les gens ne viennent pas toujours.* » (E14)

La surexposition aux écrans s'intègre dans un problème de société :

« *Après le sujet est intéressant... voilà un problème de société.* » (E2)

« *Non mais j pense que c'est un fait sociétal donc faut pas le nier. C'est important de vivre avec l'ordi et internet. On ne peut pas refuser de vivre comme ça. Faut que chacun en fasse usage.* » (E5)

« *Malheureusement, la société évolue beaucoup et les enfants doivent vivre avec les écrans.* » (E6)

La prévention actuelle est jugée pour le moment insuffisante, voire absente :

« *Ah oui qu'on se sentait un peu seul sur la sensibilisation.* » (E11)

« *Quoi quelle politique de santé publique ? Heu pas trop entendu parler.* » (E3)

4. Formation

Parmi toutes les formations disponibles, les médecins n'ont pas forcément vu proposé le thème des écrans ou ils ne le jugent pas comme prioritaire. De plus, pour se former, cela nécessite un minimum d'organisation.

Les médecins manquent de temps pour réaliser des formations à distance :

« *Après je n'y suis pas toujours, ce n'est pas forcément évident.* » (E10)

« *C'est vrai que je n'ai pas le temps de faire des formations extérieures. 'Fin aussi, on se trouve des formations qui sont sur Paris ... C'est vrai qu'il faut avoir le temps quoi.* » (E11)

« *Mais c'est juste pour dire que la DPC c'est une démarche aussi : on s'organise, on s'inscrit, on y va.* » (E12)

« *Je me force, je suis inscrit aux tests de lecture pour Prescrire sinon je ne le faisais pas.* » (E12)

Il y a beaucoup d'offres de formation, et le thème des écrans n'est pas considéré comme un sujet prioritaire :

« *En fait c'est ça qui est compliquée aussi dans la formation, c'est tout ce que l'on nous propose mais c'est une bonne chose de nous proposer des choses mais c'est épuisant, c'est compliqué de choisir* » (E14)

« *Non j'ai autre chose à chercher.* » (E5)

« *Après on n'a pas beaucoup de crédit DPC pour se former* » (E7)

Et parmi toutes ces offres, le thème des écrans manque de visibilité :

« *Il n'y a pas celui-là.* » (E10)

« *Je n'ai pas souvenir. Je ne sais pas si vous, vous avez quelque chose de ciblé, pas vu de chose écrite notamment je n'en ai pas vu en ce qui concerne la vue.* » (E11)

De là, découle un manque de formation :

« *Évidemment on apprendrait toujours des choses sur les effets secondaires en formation.* » (E14)

« *Les freins, c'est surtout manque de formation.* » (E8)

« *Après par rapport aux écrans, y'a pas.* » (E9)

Et les connaissances reposent donc sur les médias et réseaux sociaux :

« *En plus des messages, en plus du pédiatre. Ya déjà quelques messages qui tournent, j'en ai déjà vu. Ou c'est que sur Facebook, je n'en sais rien.* » (E13)

« *Sur des vidéos, on voit bien même pour les adultes mais y'a aussi la version pour enfants où on voit bien la surexposition : faire attention aux écrans, faire attention à ce qu'il regarde.* » (E8)

« *Par rapport aux écrans : pssch je ne sais pas. J'ai déjà entendu les maternelles ? ou non pas les maternelles ... Les maternelles ou la maison France 5, le magazine de la santé peut-être que j'ai entendu dire que ... des messages oui mais je n'ai pas ...* » (E9)

d. Pistes d'amélioration

1. Une prévention multiple, pluridisciplinaire et conjointe :

Il faudrait que tous les acteurs agissant au niveau de l'enfance participent à la prévention pour avoir un impact plus important.

1.1 Les différents acteurs cités :

L'école :

« *Bin l'école, j'pense, a un rôle là-dessus.* » (E11)

« *Oh bah, je n'ai pas trop d'idée là-dessus. C'est plus au niveau des écoles. Ils n'en parlent peut-être pas assez.* » (E4)

« *C'est un peu notre rôle certes mais c'est là où ils sont le plus, c'est à l'école.* » (E4)

« *Les écoles devraient en parler aussi.* » (E7)

Les campagnes de santé publique :

« Ça reste discret par rapport à d'autres messages préventifs. Oui ça pourrait peut-être se développer quand même je trouve. » (E11)

« Sinon après, c'est un travail éducatif promotionnel. » (E3)

« Mais je pense qu'il faut aussi des messages de santé publique. » (E7)

« Je trouve que les trucs à la télé, la sécu ce n'est pas trop mal, genre : "les antibiotiques, ce n'est pas automatique". Je trouve que c'est peut-être plus simple de leur expliquer qu'avant. » (E14)

Les médias :

« Bin c'est-à-dire que qu'on en parle plus sur leur télé, sur leur radio, on commence à avoir des parents qui réagissent et pour le coup qui deviennent exigeants. » (E13)

« Je pense qu'on est pas mal aidé par la presse. Si les gens vont se poser des questions en dehors du cabinet, ils vont venir nous les poser ici. » (E14)

Les professionnels de santé :

« Si ça peut passer dans les écoles, en PMI. » (E1)

« Bah c'est le rôle du médecin généraliste, de l'infirmière scolaire. » (E12)

« Un médecin généraliste ou pédiatre. » (E8)

La nourrice :

« On l'a dit à la nourrice mais c'est compliqué par ce qu'il y a des enfants plus grands. Là-dessus même à cet âge-là, il faudrait éviter les écrans, mais même à 6 ans, il faut leur dire d'arrêter la télé en leur disant : « bah non, il y a plus petit que toi. » Ça, ça a été évoqué notamment. » (E11)

« Quand je vois les nounous et la télé, bah, je me dis est-ce que pendant la formation des nourrices, est ce qu'on leur dit de mettre la télé quoi ? Ça peut commencer aussi par-là, parce que là, ils prennent l'habitude. » (E9)

Les parents :

« [À votre avis, de qui doit provenir l'aide ?] Des parents. Mais il faut les former pour ça. » (E4)

« C'est surtout les parents, plus que le médecin, qui doit donner l'exemple. » (E9)

1.2 Multiple et conjointe :

Si tous les acteurs parlent de la surexposition aux écrans et de manière conjointe, les médecins sont persuadés que l'impact sera plus important qu'une prévention individuelle.

« Médecin + support, ça peut peut-être entraîner un petit changement et après une campagne de publicité ! » (E3)

« Bah chacun a un rôle, plus y'a de gens qui en parlent et plus y'a de façon d'en parler et donc plus ça sensibilise les gens. » (E2)

« S'il y a de la publicité qui dit ça et que nous, on confirme, alors là, c'est merveilleux. » (E3)

« C'est que quand il y a une campagne nationale, c'est que cette campagne nationale se fasse en même temps au niveau régional et dans les bureaux. Si on fait tous en même temps, ça j'avoue qu'on aurait plus de poids. » (E3)

2. Développer la formation

Mais pour pouvoir en parler plus, il faut plus de connaissances sur les écrans.

Il existe plusieurs modes de formation, certains médecins généralistes préfèrent se former par eux-mêmes, que ça soit à l'aide de la littérature scientifique, des médias, ou d'internet. D'autres, appuient une formation en présentiel, notamment à l'aide des réseaux locaux. Enfin, quelques médecins souhaiteraient voir ce sujet intégré dans le cursus universitaire de médecine. Il y a de plus une demande d'une plus grande preuve scientifique et de recommandations.

Quelques médecins préfèrent se former par eux même en s'appuyant sur la littérature et sur les médias :

« Moi, j'ai un truc qui me va bien. C'est de me questionner et ensuite un support. » (E3)

« Littérature. Le reste, pas trop, je ne sors pas assez je pense. Non moi je préfère ça. »

« Les médias aussi j'ai entendu une émission à la radio il n'y a pas très longtemps sur Inter et après j'avais cherché un peu à une époque sur internet mais je ne saurais pas donner ma source. » (E12)

D'autres préfèrent se former en ligne permettant une logistique moins compliquée que les formations présentiels :

« Moi, je suis sur internet. Je suis sur des formations, c'est des thèmes en fait auquel je m'inscris. Il n'y a pas celui-là mais j'en ai 4 à 6 par an à valider. » (E)

On note que les médecins généralistes du Havre préfèrent se former à l'aide de leur réseau local :

Tout d'abord, une présentation comme "un bon topo" (E4), "un PowerPoint" (E1) ou des "conférences" (E13) avec l'association Havraise de formation médicale continue (AHFMC) qui propose des soirées de formation et qui organise les Journées Médicales Havraise.

« Une formation à nous tous, à discuter, pendant les Journées Médicales Havraises ; un moment où on est tous rassemblés pour discuter. » (E8)

« Rien ne vaut de se déplacer et d'avoir un topo sur une journée. » (E5)

« Oui ça pourrait être pas mal, bah dans les « Quoi de neuf en pédiatrie. » » (E8)

D'autres préfèrent se former en réfléchissant avec leurs confrères, comme lors des « formations en groupe de pairs » (E2) :

« Bah après, ça peut être éventuellement sur des groupes de pairs ou des choses comme ça, ou sur un sujet qu'on n'a pas forcément abordé, ça pourrait être intéressant. » (E10)

« Je regarde les recommandations, je fais partie d'un groupe de pairs. » (E13)

« Faudrait que je voie avec mes collègues, j'en parlerai peut-être après. » (E11)

Il faudrait également intégrer la problématique des écrans dans le cursus universitaire pendant les études de médecine ou participer à des thèses sur le sujet :

« J pense déjà dès l'externat dans les cours etc. Dans le développement. Moi je sais plus, je ne suis pas externe. Donc effectivement dans le cursus universitaire parce que je pense que chez des vieux médecins, je pense qu'ils sont moins flexibles. » (E9)

« Euh ... On peut faire ce que vous faites par exemple ! » (E3)

Ensuite les médecins aimeraient lors de leur formation avoir des preuves, des chiffres et des recommandations :

« Ce sont des choses objectives de chiffrer, mais c'est un peu barbant, peut-être juste quelques chiffres ça pourrait aider. » (E11)

« Donc faudrait plus de données, de supports pour avoir des choses plus précises. » (E12)

« Pour améliorer, il faudrait des chiffres issus de la Science, des chiffres à donner aux parents pour que ce soit plus percutant. » (E7)

3. Comment développer la prévention ?

Au cours de nos entretiens, nous avons tenté de dégager différentes solutions et perspectives afin de développer la prévention en médecine générale.

3.1. Sensibiliser en tant que sujet de société

Pour commencer, les médecins pensent que ce serait un grand pas en avant d'en parler plus dans la société :

« Mais je pense que ça doit passer par le discours aussi. » (E1)

« J pense que déjà si on en parlait, ça sera déjà un grand pas. » (E14)

« Les gens qui y sont déjà sensibilisés vont nous poser la question alors que s'ils n'avaient pas été sensibilisés avant, ils ne nous l'auraient pas posée. » (E14)

3.2 En parler plus en consultation

Une fois les médecins mieux formés, il faut en parler plus en consultation.

Pour cela, les médecins pensent qu'il faut l'aborder systématiquement et cibler les âges à risque :

« Il faudrait que ce soit un automatisme pour ces patients » (E1)

« Ou en tout cas donner un moment où on l'évoque systématiquement. » (E12)

« Donc je pense que c'est comme l'examen des hanches, il faut que ça soit systématique à chaque examen. » (E13)

3.3 Devenir un automatisme

Il faut également que les médecins y pensent plus : « Je pense que ça devrait être une consultation dédiée. » (E13). Et pour cela, les médecins pensent que l'item "écran" devrait apparaître pour les consultations obligatoires sur le carnet de santé ou lors des consultations de prévention comme les vaccins, les consultations pour le sport ou encore avoir une note sur le logiciel.

Consultations obligatoires :

« Ça serait une bonne idée dans les examens obligatoires (...) On prend les items et ça nous saute aux yeux. » (E1)

« Et même dépister pendant les consultations obligatoires et les vaccins. » (E13)

« Bin j'pense que le mettre dans les examens obligatoires à la limite. Déjà à 9 mois quoique des fois, on est étonné mais voilà : à la visite des 2 ans, à visée systématique, voilà : « est ce qu'on a parlé de l'exposition aux écrans ? » » (E8)

Carnet de santé :

« Ça peut être dans le carnet de santé mais juste cocher la case ... Vous avez la case "regarde-t-il les écrans ?", ça pourrait être intéressant. » (E13)

« On pourrait mettre un truc dans le carnet de santé, y a ça je crois. » (E14)

Vaccin :

« C'est vrai que d'un autre côté quand ils viennent pour les vaccinations, là je pense qu'on aurait le temps de le faire. » (E14)

« Pour les vaccins, on les voit dès le plus jeune âge. » (E12)

Créer une note dans le logiciel :

« C'est vrai comme je vous disais, ce n'est pas ré-abordé à la consultation d'après donc il faudrait se remettre une petite note pour ne pas oublier. » (E11)

« C'est pas mal pour ça, on a des pense-bêtes en fait sur l'écran du logiciel donc, par exemple, pour le Gardasil : « Gardasil discuter » ... Donc ça pourrait être pour les écrans : « âge, poser la question. » » (E11)

« Il faudrait que j'aie dans mon logiciel éventuellement une case « écran » que je remplis et que je suis et ce n'est pas le cas. » (E12)

« Mais si t'as la case à cocher, tu es sensible et tu t'intéresses à la question. » (E13)

Un Médecin pense qu'il faudrait l'intégrer dans les objectifs de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) : « *Après si ça fait partie des objectifs du ROSP, ça aide.* » (E13)

3.4 Développer le discours et suivre l'évolution de l'exposition

Quand les médecins y penseront, il faudra également développer le suivi et répéter les questions.

« *Non, mais je pense que c'est un long travail, comme le tabac, il faut poser 10 fois la question avant d'entreprendre quelque chose.* » (E14)

« *Il faut redire, redire, redire... t'façon y a que ça.* » (E2)

« *Globalement ils sont réceptifs. Après, il faudrait réévaluer derrière.* » (E12)

Et pour avoir une prévention efficace, les médecins insistent sur la simplicité du message.

« *J pense qu'il faut des messages simples. C'est pour ça que moi je simplifie un peu le message au risque d'être un peu trop simple.* » (E12)

A propos de l'âge à partir duquel il faudrait commencer à questionner, les médecins sont tous d'accord pour le faire le plus tôt possible, notamment dans la première année de vie.

« *Bin hyper tôt en fait. Dès la grossesse.* » (E14)

« *j pense qu'il faut en parler tôt.[...] Oui, dans la première année quand même.* » (E11)

« *C'est dès le début car on voit les 3-6 mois.* » (E1)

« *3 mois parce qu'après c'est peut-être déjà pas trop tard mais c'est déjà bien installé.*

« *Faudrait en parler à 9 mois.* » (E12)

« *Des 11 mois.* » (E14)

Voire, pour certains, pendant les consultations de grossesse.

« *Du moment où les enfants sont sortis du ventre de leur mère à mon avis. Ils sont exposés dès la maternité.* » (E13)

« *Atelier santé à la maternité et c'est un moment où les parents sont réceptifs de ce qui est bon pour leur enfant.* » (E10)

Excepté un médecin qui proposent d'en parler lors de la visite du médecin scolaire :

« *Je pense qu'une visite de scolarité, sur une visite de début de scolarité ça pourrait être intéressant je pense.* » (E10)

E5 et E6 pensent qu'il faut le prendre en charge comme une addiction :

« *C'est une addiction donc on traite comme une addiction.* » (E5)

« *J pense que ça devrait être traitée comme une addiction.* » (E6)

3.5 Développer des outils

Enfin, il faudrait développer des outils et des supports sur lesquels les médecins pourraient s'appuyer :

« *C'est un bon outil : il faut un support après pour aider à faire passer le message.* » (E11)
« *[...] j'aimerais plus de supports.* » (E12)

Pour la plupart des médecins, il faudrait un support papier comme « *des affiches* » (E3), un « *prospectus* » (E1) ou « *des posters* » (E14) dans la salle d'attente :

« *Ils passent déjà pas mal de temps en salle d'attente donc si on pouvait avoir des affiches, ça les interpelleraient encore plus.* » (E1)

« *En salle d'attente par exemple. Parce qu'ils y passent un peu de temps, ils ont le temps de la voir. (...) Et j pense que du coup, c'est peut-être aussi une manière d'en discuter. Ils n'avaient peut-être pas prévu de nous en parler et ils ont vu un message qui les interpelle, quoi.* » (E14)

Un médecin évoque « *un écran avec des publicités médicales.* » (E3).

Développer un support pour aider le médecin :

« *Je ne sais pas ; une affiche dans notre cabinet pour qu'on y pense nous.* » (E1)

« *Un petit dépliant pour se retrouver un peu, voire ce qui peut être fait, les études récentes ...* » (E8)

« *Peut-être une forme de petite vidéo justement puisqu'on est sur les écrans. Nous c'est vrai que pour nous contacter ce n'est pas forcément évident, on est déjà pas mal pris. Un mail éventuellement avec une petite vidéo ou une petite animation.* » (E10)

Et les parents :

« *Une petite fiche résumée j pense pour le médecin, des conseils un peu ... Selon les études, voilà faut pas à tel âge, tant de temps, et pour les parents des conseils, à peu près la même chose mais adapté pour eux et leur enfant.* » (E8)

« *J pense dans un premier temps ça peut être pas mal de le donner au médecin pour le sensibiliser un peu et le former sur le sujet et après pourquoi pas faire un truc pour les parents qu'on ait un support à leur donner.* » (E10)

Le support permet aussi de pérenniser la prévention :

« *Mais je trouve que c'est bien d'avoir un support qu'on n'a pas toujours pour qu'ils aient le rappel chez eux quand ils oublient. Voilà, ils ont un truc, un schéma ... c'est quand même pas mal.* » (E10)

« *Ça pourrait être un site où je pourrais renseigner aux parents, ça pourrait être une plaquette sur les conseils que j'ai donnés.* » (E12)

« [...] Si on le glisse entre deux, ils ne vont pas le retenir que si au moins ils le rapportent à la maison ; ils peuvent le lire tranquillement. On voit qu'un parent, ils peuvent le lire à l'autre parent.[...] » (E8)

Mais tout le monde n'est pas en faveur d'un support papier :

« Fin bref, faut savoir que les fiches, les médecins, ils en ont plein, on sait plus où les mettre. » (E3)

« Oh vous savez, dès qu'ils passent la porte, ils le mettent à la poubelle. » (E6)

« Je ne sais pas si les données dans les fiches, ils les utilisent ou pas ou est-ce que ça finit comme beaucoup de flyers d'abord à côté des clés dans l'entrée puis après je ne sais pas. Je ne sais pas trop si tout ça, c'est gardé ou pas. J pense qu'il faut faire passer le plus de messages possibles dans la consultation. » (E9)

4. Intérêt de l'entretien

Enfin, les entretiens avec les médecins généralistes ont permis de susciter leur intérêt sur la thématique des écrans et les ont fait réfléchir sur leurs connaissances et leur pratique. On note que certains ont pris conscience du danger d'une surexposition aux écrans et de l'importance de prévenir, d'autres désirent avoir plus de connaissance. Et enfin, la plupart déclarent vouloir essayer de changer leur pratique. Cependant, la pérennité de l'effet reste incertaine sur un seul entretien.

Prise de conscience :

« Je ne m'étais pas forcément dit que y'avait un problème de santé là-dessous qu'ils y passaient beaucoup de temps là-dessus, qu'il y avait des troubles. (...) Parce qu'on n'a pas encore pris conscience de ça. (E14)

« Je pense qu'effectivement, je ne m'étais jamais imaginé, je ne m'étais pas dit que là, par exemple, en septembre, quand je vais voir les enfants ; que j'allais poser la question. Aujourd'hui je me dis : « bin oui, je pourrais poser la question, je les mesure, ils peuvent répondre à la question. » » (E14)

Désir de connaissance :

« Non j pense que vraiment oui, je vais m'intéresser un peu je vais regarder, mais en leur proposant les chiffres, les alternatives, leur donner une solution. » (E8)

« Bin déjà savoir des choses sur comment gérer cette nouvelle drogue. » (E13)

« Mais dites-m'en plus je veux bien savoir ! » (E1)

Changement de pratique :

« C'est vrai que maintenant qu'on en parle, je vais essayer d'y penser un peu plus ... euh systématique quand y'a des problèmes de surpoids, ce qui est quand même assez fréquent

maintenant. Mais bon voilà, un enfant qui va super bien, je ne vais pas forcément en parler quoi. » (E6)

« Mais maintenant avec ton intervention, je vais peut-être plus poser la question et je vais mettre plus le doigt dessus. » (E9)

« Oui oui, je vais essayer de faire plus, réévaluez régulièrement ceux chez qui j'ai dépisté. Mettre en note de revoir si la conso a été un peu moins fréquente » (E11)

E4 et E5 ne pensent pas changer leur pratique après l'entretien.

Pérenniser l'effet :

« Bah fatalement oui mais dans 3 mois, peut-être pas mais sur le moment oui. » (E10)

« Oui c'est ça qui est intéressant et est ce qu'il va y avoir un petit rappel dans 6 mois ou 1 an pour se dire : « tient ce n'est pas ... » (E2)

« Oui mais après est ce que ça va avoir un impact durable ou pas ? [...]. » (E9)

V. Discussion et perspective envisageable

A. Synthèse des résultats

Les écrans sont omniprésents dans notre société et les tendances actuelles vont dans le sens du « tout numérique ». Cependant, il existe de plus en plus d'arguments pour dire que les écrans ne seraient pas bénéfiques dans tous les domaines et que leur utilisation abusive, précoce et non raisonnée pourrait devenir dangereuse. Ainsi, les plus jeunes sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de ces risques. Des recommandations officielles existent mais ne sont encore que peu connues des médecins généralistes et des parents.

Il est donc important de comprendre quelles sont les représentations, les freins et les pratiques des médecins généralistes sur la prévention de la surexposition des jeunes enfants aux écrans, afin d'ensuite envisager des solutions pour développer la prévention.

Dans le but de trouver des moyens pour développer la prévention, notre thèse s'est penchée sur l'état des connaissances et les pratiques des médecins généralistes.

Les médecins interrogés estiment que les écrans représentent un problème de santé publique et sont un sujet d'actualité. Ils sont attentifs à ce sujet dans leur vie personnelle, parfois plus qu'en tant que médecin. Nous avons vu qu'ils en parlent encore très peu avec leurs patients et pour certains n'avaient pas encore réalisé que cela pouvait être un problème de santé ou ne l'ont pas encore intégré à leurs consultations de prévention.

De plus, les médecins n'abordent jamais systématiquement cette problématique en consultation, mais essentiellement lorsqu'un signe les interpelle. A l'heure actuelle, les médecins l'abordent chez les adolescents majoritairement. Ne sachant pas exactement quels conseils délivrer, ils l'abordent peu. Même si tous trouvaient qu'ils avaient un rôle à jouer en tant que médecin généraliste, ils pensent ne pas être le seul interlocuteur à devoir intervenir à ce sujet et que cette prévention est aussi du ressort des pouvoirs publics et des professionnels de l'enfance. Ils ont tous évoqué la nécessité d'un effort à réaliser pour développer la sensibilisation de leur

patientèle aux écrans. Cependant ils sont limités par un manque de connaissances et de formations sur les éventuels risques et dangers d'une surexposition. Ils manquent également de références scientifiques validées et n'ont pas connaissance des recommandations officielles et des outils déjà existants.

Les généralistes estiment toujours le manque de temps en consultation comme principal frein à la mise en place de prévention. De plus, certains médecins se questionnent sur l'impact que pourrait avoir leur prévention. Ils sont pessimistes quant à la capacité du corps médical à faire changer les choses. Enfin, ils déplorent l'absence de prévention par les pouvoirs publics.

Parmi les solutions envisagées, il semble nécessaire de développer la formation et les connaissances sur la prévention de la surexposition aux écrans en proposant des formations en ligne ou en s'appuyant sur le réseau local. Il serait également intéressant de développer des outils simples comme une brochure d'aide en consultation. Enfin, les médecins généralistes pensent qu'il faut en parler dès la première année de vie. Pour cela, il faut créer des automatismes en intégrant ce sujet aux consultations obligatoires de suivi de l'enfant, par exemple.

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces :

Il s'agit de l'une des premières études s'intéressant aux connaissances et pratiques des médecins généralistes autour de la thématique des écrans.

Jusqu'alors, la plupart des études se penchaient sur le point de vue des parents, des orthophonistes et des puéricultrices en PMI. Il existe peu d'études centrées sur le point de vue des médecins généralistes.

Le choix de s'intéresser à la tranche d'âge 0-6 ans est également une force.

Les recommandations insistent sur cette tranche d'âge, et c'est pour ces âges qu'elles sont le plus précises et le plus consensuelles. L'intérêt d'agir précocement a été également démontré alors que les médecins en parlent surtout chez l'adolescent à l'heure actuelle. Enfin, c'est la période où les enfants sont le plus vus en consultation pour leur suivi.

Cette étude qualitative a permis de recueillir différents points de vue et différentes expériences personnelles et professionnelles afin de comprendre au mieux leur pratiques.

Les entretiens semi dirigés individuels permettaient aux médecins de parler sans détour de leur pratique et de leur point de vue à l'investigateur alors qu'un focus groupe aurait pu être plus intimidant.

L'échantillon a permis de récupérer des données diversifiées, ce qui faisait la richesse de l'étude. La collecte des données s'est faite sans données a priori.

La saturation des données récoltées assurait la validité externe de l'étude.

2. Limites et biais de l'étude.

Cette étude est ma première recherche clinique, cette thèse peut donc faire l'objet de plusieurs biais

2.1 Biais de subjectivité :

L'inexpérience de l'interrogateur a pu influencer le déroulement des entretiens. Ce biais se limitant au fur et mesure des entretiens.

Lors des entretiens, j'ai adopté une attitude neutre le plus souvent possible cependant il est difficile de ne pas réagir à certains propos ou à certaines émotions de la personne interrogée oralement ou par expression corporelle. De plus, la personne interrogée pouvait avoir tendance à orienter, même involontairement, l'entretien.

2.2 Biais de sélection :

La base du recrutement étant le volontariat, il existe un biais de recrutement des médecins généralistes interrogés.

Lors du recrutement, on retrouve autant de médecins en exercice en ville qu'en milieu semi-rural. Cependant aucun médecin n'exerçait en zone rurale, entravant peut-être la représentativité de l'échantillon.

De plus, on note qu'il y a plus de femme que d'homme interrogées, peut-être se sont-elles senties plus concernées par l'étude. Mais, l'échantillon d'une étude qualitative n'a pas à être représentatif de la population générale.

Je connaissais personnellement certains médecins sans que cela interfère sur le contenu de l'entretien.

2.3 Biais de mesure :

Il existait également un biais de mesure, les entretiens n'étant pas immédiatement retranscrits et analysés dès la fin de l'entretien.

De plus, l'entretien numéro 7 n'a pas été enregistré et a donc été retranscrit de mémoire et à l'aide d'un mail récapitulatif envoyé par le médecin a posteriori. Les citations ont donc été changées, des données ont été perdues.

Les données de l'entretien étaient basées sur l'expérience de l'interviewés, générant un biais de mémorisation.

2.4 Biais d'interprétation/investigation :

Nous avons choisi de mener une étude qualitative. Un biais d'interprétation était donc inévitable au moment de l'interprétation de l'étude, qui est par essence subjective. Les résultats n'ont pas été vérifiés auprès des participants. Il n'y a pas eu de triangulation des données permettant de limiter ce biais et donc de permettre la validité interne de l'étude. Seul le premier entretien a été codé par deux investigateurs différents, ma directrice de thèse et moi-même permettant de limiter ce biais.

Certains éléments qui ressortaient des entretiens oraux, par l'ambiance, les émotions du moment, le langage corporel ou le ton de la personne interrogée étaient difficiles à retranscrire à l'écrit a posteriori, même si celle-ci se faisait au mot près.

2.5 Autres limites

Le focus group aurait peut-être permis une meilleure dynamique de groupe, plus d'échanges et l'émergence d'idées nouvelles.

Il a été difficile de limiter l'entretien aux patients de moins de 6 ans car les médecins généralistes évoquent peu ce sujet dans cette tranche d'âge.

Enfin le choix de la méthode qualitative ne nous permet pas d'obtenir des statistiques et de pouvoir extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population des médecins généralistes.

C. Comparaison aux études de même niveau

Lors du début de notre étude, la thématique des écrans avait été surtout étudiée par les orthophonistes dans leurs mémoires de fin de cursus. Dans son étude portant sur une intervention orthophonique auprès des parents de jeunes enfants réalisée en 2015, C. Darbellay nous montre qu'après l'intervention de l'orthophoniste, les parents avaient enrichi leur conscience des effets néfastes et avaient commencé à changer leurs habitudes d'utilisation. De plus, cette étude a montré qu'une intervention de groupe avait une meilleure efficacité qu'une intervention individuelle.

Cette étude souligne donc l'importance d'une prévention auprès des parents pour agir sur leurs habitudes d'utilisation. Elle renforce l'idée de campagnes multiples, plus efficaces qu'une prévention individuelle en cabinet. (41)

Au début de notre étude, seule une thèse quantitative avait été publiée sur la prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant de 0 à 12 ans en médecine générale. Elle montrait que les médecins généralistes constataient dans 95% l'exposition abusive des écrans par les enfants. La moitié d'entre eux réalisaient une prévention, dont seulement 17% la réalisaient systématiquement. Les recommandations étaient appliquées dans 26% des cas. L'étude mettait également en évidence que les médecins généralistes se sentaient concernés par ce rôle mais évoquaient un manque de connaissances et un manque d'outils. Cette étude avait pour principal biais un manque de données avec peu de questionnaires reçus pour l'analyse.

Notre étude qualitative permettait donc grâce aux entretiens de dégager les différentes pratiques et leurs freins sans postulat de base et ainsi avoir une vision globale et plus précise. Elle rejoint l'étude puisqu'elle trouve des résultats similaires sur le manque de connaissances et d'outils. (42)

Depuis les études sur la thématique des écrans se sont multipliées suggérant une prise de conscience par les étudiants en santé de l'impact des écrans durant l'enfance.

De nombreuses études se sont intéressées depuis 2018 aux connaissances des parents. Elles montrent que les parents déplorent l'utilisation excessive des écrans mais sont partagés entre les éventuels bénéfices et dangers des écrans. Elles soulignent toutes le manque d'information des parents sur les conséquences et mettent en avant l'intérêt d'une information en consultation afin d'améliorer les connaissances autour des écrans. (43,44,45, 46)

Puis certaines se sont intéressées à la prévention en PMI : les études mettent en avant la difficulté des infirmières à se faire entendre et comprendre auprès des parents. Il est également difficile d'éduquer les parents qui viennent une fois le problème établi. Il est donc important d'effectuer cette prévention en amont du développement des troubles. (47,48)

Plusieurs études ont été publiées cette année dans différentes régions de France auprès des médecins généralistes. Notre étude les rejoint et retrouve des résultats comparables. Les médecins appréhendent en effet les effets négatifs des écrans mais décrivent un besoin de formation et d'outils validés. L'étude de Céline Talaron réalisée à Nice cette année a comparé les pratiques avant et après sensibilisation. Il en ressort une augmentation de la prévention en consultation de suivi avec des messages clés issus des recommandations. Cette prévention semble efficace dans le cadre d'une prise de conscience sociétale. (49)

D. Comparaison aux recommandations actuelles

Bien que les médecins généralistes disent ne pas avoir entendu parler des recommandations actuelles, on note que la plupart des conseils ont été cités lors de nos interrogatoires. Cependant, ils sont rarement complets et se focalisent surtout sur la limitation de durée d'exposition. Du fait du manque d'informations sur le sujet, certains médecins n'osent pas encore accompagner la parentalité pour les écrans. (25)

Au vu des recommandations réalisées en 2016 par la Société Canadienne de Pédiatrie, on remarque également que les médecins généralistes appliquent la plupart des conseils. Mais si l'item « éviction des écrans le matin et le soir » a été retrouvé lors des entretiens, peu de médecins préconisent l'interdiction des écrans pendant les repas. Enfin, les notions d'accompagnement dans l'exposition aux écrans et de meilleur usage des écrans par les parents, selon un « bon exemple », n'ont été que très rarement citées. (50)

E. Comparaison aux études françaises et internationales.

Au niveau des représentations, les conséquences décrites par les médecins généralistes sont conformes avec celles décrites dans la littérature. Cependant les troubles des apprentissages ont été peu retrouvés par rapport aux risques psychosomatiques.

Contrairement à ce que pensent les médecins, il n'y a pas à proprement parler de risque addictif avec les écrans comme l'a dit à nouveau le rapport de l'Académie des sciences 2019. (24)

Les médecins généralistes connaissent donc les effets négatifs des écrans et les rencontrent dans leurs consultations. Cependant, ils abordent peu le sujet en consultation à l'heure actuelle. Une étude réalisée aux États-Unis montre que des actions de prévention par des pédiatres chez les enfants entre 2 et 5 ans ont permis de diminuer significativement le temps d'écran ainsi que la présence de la télévision pendant les repas. (51)

Les médecins estiment que l'on manque de preuves scientifiques, pourtant depuis plus de 10 ans des études sur les effets néfastes de la surexposition aux écrans se sont multipliées. Leur diffusion est insuffisante et est contre balancée par la mise en avant des éventuels effets positifs des écrans. Aujourd'hui, ce thème est d'actualité en santé et les médecins s'y intéressent de plus

en plus.

De même, les médecins disent ne pas avoir vu de formation sur les écrans. Pourtant, ces formations existent et sont disponibles sur plusieurs sites de DPC. Une plus grande visibilité permettrait à ces formations d'être plus effectuées.

Les médecins sont convaincus qu'il faut agir précocement dans le développement de l'enfant. Ceci est conforme aux données de la littérature puisqu'une méta-analyse étudiant l'impact d'actions de prévention dans les écoles a montré que ces interventions sont efficaces uniquement chez les enfants de moins de 6 ans. (52)

Le changement de comportement des parents apparaît comme essentiel afin de prévenir les mauvaises habitudes d'utilisation chez leurs enfants. Pour cela, l'institut de d'Éducation Médicale et de Prévention (IEMP) a créé un site internet afin d'expliquer les risques pour les adultes, les seniors et les enfants, et de donner des conseils d'utilisation d'exposition afin de limiter ces risques. (53)

De plus, selon une étude de l'IFOP 2012, une majorité de la population française s'inquiète de la place grandissante des écrans dans leur vie quotidienne. (54)

71% pensent que ça nuit à la qualité de leur relations (famille, couple, échanges au travail)

69% sont inquiets de leur place croissante dans le quotidien de leurs enfants.

59% se considèrent comme dépendants de leurs écrans.

Les médecins sont demandeurs d'outils validés sur lesquels s'appuyer pour développer la prévention en cabinet. Pourtant l'affiche de Serge Tisseron a été citée à plusieurs reprises. (Annexe 2). Celle-ci a été décrite comme trop compliquée par un médecin généraliste. Le site Collectif Surexposition Ecrans (CoSE) fondé par plusieurs pédopsychiatres a le mérite de mettre à disposition des supports comme des brochures, des affiches et des petites vidéos. (53). Les « 4 pas » de Sabine Duflo, afin de guider les parents mais aussi les professionnels de santé, apparaissent peut-être plus simples d'utilisation. (Annexe 3). Cependant même si cette association s'appuie sur la littérature internationale, les outils n'ont été validés par aucune société savante mais seulement par le comité d'expert créateur de ce site.

Seul un questionnaire à destination des médecins a été élaboré par la société canadienne de Pédiatrie en novembre 2017. (50)

Parmi les supports pouvant être utilisés, le carnet de santé a été cité à maintes reprises. Celui sorti en avril 2018 intègre des conseils sur l'exposition aux écrans. Ces conseils sont adressés aux parents. Les médecins aimeraient une « case à cocher » lors du suivi de l'enfant afin d'aborder le sujet systématiquement. (56)

F. Perspectives

Nous avons vu que les médecins étaient réticents à agir pour la prévention car ils doutent de l'impact de leur discours auprès des parents. Il pourrait être intéressant d'étudier l'impact de la prévention des médecins généralistes sur les changements d'habitudes familiales.

D'autres part, les médecins insistent pour avoir une campagne de prévention conjointe avec des acteurs multiples. En effet, comme le dit Thanh Le Luong lors de son éditorial : De La Santé Dans Toutes Les Politiques A La Stratégie Nationale De Santé : « Les programmes de prévention ne se réduisent pas à une action isolée ; c'est un ensemble d'interventions et de

leviers, visant de très nombreux facteurs et acteurs, tel que démontré par la convention-cadre de lutte contre le tabagisme. » (57)

Dans cette perspective, une proposition de loi est en cours pour lutter contre l'exposition précoce des enfants aux écrans. Celle-ci comprendrait plus de signalétique au niveau des emballages, des campagnes télévisuelles plus régulières ainsi qu'un message de prévention obligatoire lors des publicités pour les programmes ou articles contenant des écrans. (58)

Les médecins généralistes sont également demandeurs d'outils sur lesquels s'appuyer en consultation. Il pourrait être intéressant de mettre en avant ceux déjà créés en leur donnant plus de visibilité. Afin de sensibiliser les médecins traitants et les parents, il peut-être surtout intéressant de pérenniser la prévention, en systématisant le sujet en consultation et en développant des automatismes. Dans le but d'aborder plus aisément le sujet avec les familles, il serait également intéressant de développer un outil succinct indiquant les principales recommandations selon les âges que les médecins pourraient utiliser en consultation. L'évaluation de cet outil à distance de sa diffusion pourrait être également intéressante afin de savoir si cette prévention s'inscrit dans le temps.

Afin de créer des automatismes et un suivi régulier sur l'exposition aux écrans, il semble nécessaire d'inclure cette thématique dans les consultations obligatoires du suivi de l'enfant.

Enfin les médecins sont demandeurs de formations à ce sujet. Il serait donc intéressant que cette thématique ait plus de visibilité dans les formations médicales continues.

G. Intérêt du travail à deux :

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, deux thèses ont été réalisées dans le même temps sur les risques d'une surexposition aux écrans chez les enfants.

La réalisation d'un document d'information à l'aide d'une ronde Delphi s'inscrivait dans le prolongement de l'étude qualitative sur les pratiques actuelles et les éventuels freins rencontrés en médecine générale en termes de prévention sur l'exposition aux écrans chez les enfants.

En effet, les médecins généralistes interrogés rapportent un manque de connaissances et d'outils afin de réaliser des actions de préventions et ils seraient pour la plupart favorable à un support papier comme un prospectus ou une affiche.

Le fait de réaliser ces deux études conjointement nous a permis d'échanger sur les entretiens, les difficultés rencontrées et a favorisé l'émergence d'idées nouvelles.

De cette façon, le document d'information a été élaboré dans le but de répondre aux attentes des médecins généralistes à l'échelon local.

De plus, cela a renforcé notre motivation, notre rigueur et nous a encouragé à respecter les échéances fixées.

VI. Conclusion

Les médecins généralistes abordent peu le sujet des écrans en consultation et ils ne l'abordent pour le moment qu'en prévention secondaire.

En étant plus sensibilisés, mieux formés et disposant d'outils adaptés, les médecins généralistes seraient plus à même d'accompagner les parents vers un usage raisonné des écrans et de les alerter sur les risques de surexposition aux écrans de leurs enfants.

VII. Bibliographie

1. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. « Enfants : les écrans se multiplient... les précautions aussi ! ». Communiqué presse, septembre 2016.
2. Junior Connect' 2018 - Jeunes et médias : une consommation toujours dynamique et diversifiée ! [Internet]. Ipsos. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2018-jeunes-et-medias-une-consommation-toujours-dynamique-et-diversifiee>
3. Médiamétrie. L'audience de la télévision en 2018 [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.mediametrie.fr/television/communiques/l-audience-de-la-television-en-2018.php?id=1589>
4. Junior Connect' 2017 : les jeunes ont toujours une vie derrière les écrans ! [Internet]. Ipsos. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2017-les-jeunes-ont-toujours-une-vie-derriere-les-ecrans>
5. Enquête Ipsos Kids and screens : usages et comportements de la génération vidéo. 2015. [cité 17 nov 2019] Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/que-regardent-nos-enfants>
6. Peymirat A. Débrancher vos écrans ! First Editions ; 2017, 189 p.
7. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthet-Derrien M-S, Bidet-Emeriau M, Blocquaux S, et al. Children and screens: Groupe de Pédiatrie Générale (Société française de pédiatrie) guidelines for pediatricians and families. Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie. 20 janv 2018;25.
8. Médiamétrie. L'audience de la télévision en 2011 [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.mediametrie.fr/television/communiques/l-audience-de-la-television-en-2011.php?id=1589>
9. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. Archives de Pédiatrie. 1 juill 2012;19:772–776.
10. Zimmerman FJ, Christakis DA. Children's Television Viewing and Cognitive Outcomes: A Longitudinal Analysis of National Data. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 juill 2005;159(7):619-25.
11. Harlé B, Deschamps E, Bonod L, Duflo S. Usage intensif des écrans et performances scolaires. La Revue de Santé Scolaire et Universitaire. 1 mars 2016;7:11-4.

12. M. Evans Schmidt, T.A. Pempek, H.L. Kirkorian, A. Frankenfield Lund, D.R. Anderson. The effects of background television on the toy play behavior of very young children. *Child Dev.* août 2008;79(4):1137-51.
13. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *The Journal of Pediatrics.* 1 oct 2007;151(4):364-8.
14. Cheung C, Bedford R, Saez de Urabain I, Karmiloff-Smith A, Smith T. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Scientific Reports.* 1 avr 2017;7:46104.
15. Ecrans [Internet]. Asnav. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://cmavue.org/dossier/dossier-5/>
16. 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.
17. Bach J-F, Postaire É, Bernard A. L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des sciences. Paris: Pommier; 2013
18. Tisseron S. Apprivoiser les écrans et grandir. 2 ème édition. Toulouse : Erès ; 2017, 157p.
19. Pressman RM, Owens JA, Evans AS, Nemon ML. Examining the Interface of Family and Personal Traits, Media, and Academic Imperatives Using the Learning Habit Study. *The American Journal of Family Therapy.* 20 oct 2014;42(5):347-63
20. Nunez-Smith M, Wolf E, Hunag HM, Emanuel DJ, Gross CP. Media and child and adolescent health: a systematic review. *Common Sense Media.* [en ligne], Washington, 2008. Consultable à l'URL:<http://ipsdweb.ipsd.org/uploads/IPPC/CSM%20Media%20Health%20Report.pdf>
21. Pagani LS, Fitzpatrick C, Barnett TA, Dubow E. Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial, and Physical Well-being by Middle Childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 1 mai 2010 [cité 17 nov 2019];164(5). Disponible sur: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpediatrics.2010.50>
22. Nightingale C, Rudnicka A, Donin A, Sattar N, Cook D, Whincup P, et al. Screen time is associated with adiposity and insulin resistance in children. *Archives of Disease in Childhood.* 13 mars 2017;102:archdischild-2016.

23. O'Donoghue L, Kapetanankis VV, McClelland JF, Logan NS, Owen CG, Saunders KJ, et al. Risk Factors for Childhood Myopia: Findings From the NICER Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1 mars 2015;56(3):1524-30.
24. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans - Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques | Rapports, ouvrages, avis et recommandations de l'Académie | Assurer un rôle d'expertise et de conseil [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.academie-sciences.fr/fr/Rapports-ouvrages-avis-et-recommandations-de-l-Academie/enfant-ecrans-technologies-numeriques.html>
25. 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. *Perfectionnement en Pédiatrie*. mars 2018;1(1):19-24.
26. Enfants et écrans : grandir dans le monde numérique. Rapport du Défenseur des Droits consacré aux droits de l'Enfant. 2012 novembre. [cité 17 nov 2019] Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_ra_e_2012_synthese.pdf
27. Enfants et écrans : grandir dans le monde numérique. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. févr 2014;27(1):50-2.
28. Tisseron S. Prévention des traumatismes liés aux médias chez l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 juill 2012;60(5):377-82.
29. Lin LY , Cherng RJ, Chen YJ, Yang HM. Effects of television exposure on developmental skills among young children. *Infant Behav Dev*, 2015 février; 38:20-26.
30. Picherot G, Vabres N, Fleury J. Le bébé face aux écrans. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2013;20(5, Supplement 1):H11-2.
31. Guryan J, Hurst E, Kearney M. Parental Education and Parental Time with Children. :57.
32. Media C on CA. Media and Young Minds. *Pediatrics* [Internet]. 1 nov 2016 [cité 17 nov 2019];138(5). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/5/e20162591>
33. Council on Communications and Media. Media Use by Children Younger Than 2 Years. *PEDIATRICS*. 1 nov 2011;128(5):1040-5.
34. La Fondation APRIL publie les résultats de son 2ème baromètre « Hyperconnexion : quel impact sur la santé des Français ? » - Fondation APRIL [Internet]. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.fondation-april.org/la-fondation/actualites/150-la->

[fondation-april-publie-les-resultats-de-son-2eme-barometre-hyperconnexion-quel-impact-sur-la-sante-des-francais](#)

35. Tisseron S. Le jeu des trois figures [Internet]. Le jeu des trois figures. [cité 20 nov 2019].
Disponible sur: <https://3figures.org>
36. Bienvenue sur le site de la Fondation La main à la pâte [Internet]. [cité 20 nov 2019].
Disponible sur: /fr/home
37. Les podcasts vidéos de Canopé Auvergne Rhône-Alpes [Internet]. [cité 17 nov 2019].
Disponible sur: <http://www.crdp-lyon.fr/podcast-vidéos/album/la-famille-tout-ecran/video/311175449/>
38. En Famille - Campagne sensibilisation jeunesse CSA [Internet]. [cité 20 nov 2019].
Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=1q2d1huktJw>
39. Insee, Dress ASIP Santé-RPPS, Adeli Exploitation : ARS Normandie
40. EnJeu Santé 2017-2018 (Académie de Rouen -OR2S)
41. Darbellay C, Ramos A. Intervention orthophonique auprès des familles concernant les risques liés aux écrans sur le développement de l'enfant: prévention individuelle ou collective ? : quelle portée ? Département d'orthophonie, France; 2015.
42. Homps M, Corbaz M-C. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées. France; 2018.
43. Boisseau C-H. Addiction aux écrans chez les enfants: étude qualitative menée en Picardie auprès de parents concernant son abord en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
44. Dartau M. Les parents des enfants de moins de 5 ans des Pyrénées Atlantiques sont-ils informés des dangers d'une utilisation excessive des écrans chez leurs enfants ? [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2017.
45. Pineau M. L'exposition aux écrans des enfants de 0 à 6 ans: représentations et vécus parentaux en Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019.
46. Charles L. « Exposition précoce des enfants aux écrans: opinions de parents et prévention » [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2018.
47. Bastin M. Les écrans, les enfants et les parents. 2017 [cité 20 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01688335>
48. Arik LB, Tanguy NC. L'utilisation des écrans chez l'enfant de 0 à 3 ans. 2018 [cité 20 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103322>

49. Talaron C. Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans : modification des pratiques après sensibilisation. 26 avr 2019 [cité 20 nov 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02181038>
50. pédiatrie S canadienne de. Le temps d'écran et les jeunes enfants : promouvoir la santé et le développement dans un monde numérique | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/le-temps-d-ecran-et-les-jeunes-enfants>
51. Yilmaz G Demirli Caylan N Karacan CD An intervention to preschool children for reducing screen time : a randomized controlled trial. Child care Health mai 2015; 41 (3) : 443-9
52. 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
53. Dossier de presse – Le bon usage des écrans [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://lebonusagedesecrans.fr/presse/dossier-de-presse/>
54. Les Français et les écrans numériques [Internet]. IFOP. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-ecrans-numeriques/>
55. CoSE - Collectif surexposition écrans [Internet]. CoSE - Collectif surexposition écrans. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.surexpositionecrans.org/>
56. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Nouveau carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/nouveau-carnet-de-sante-de-l-enfant>
57. adsp n° 83 - Prévention et santé publique [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=133>
58. Proposition de loi n°706 [Internet]. Sénat. 2018 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/118-131/118-131.html>

VIII. Acronymes

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IMC : Indice de Masse Corporelle

AsnaV : Association nationale pour l'amélioration de la Vue

OMS : Organisation Mondiale de Santé

AAP : Américain Association of Pédiatrics

CODAH : Communauté de l'Agglomération Havraise

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

LED : Light-Emitting Diode

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

DPC : Développement Professionnel Continu

PMI : Protection Maternelle et Infantile

AHFMC : Association Havraise Formation Médicale Continu

IEMP : Institut d'Éducation Médicale et de Prévention

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

CoSE : Collectif Surexposition Écrans

IX. Annexes

Annexe 1 : Tableau des effets positifs des écrans par le guide « Grandir avec les écrans », Marinopoulos S. Bruxelles, 2017

CULTURE DU LIVRE

Elle est indépendante du support du livre, bien que celui-ci la favorise. D'ailleurs, le cinéma adopte fréquemment le modèle du livre en nous racontant une histoire, elle-même souvent tirée d'un roman.

1. Aspects culturels : favorise l'unicité

- * Un seul livre est lu à la fois.
- * Même réunis dans le même espace, chaque lecteur se perçoit comme un lecteur isolé et unique.
- * Favorise la création individuelle (le livre est en général écrit par un seul auteur).
- * Favorise une relation verticale au savoir : celui qui a écrit le livre enseigne celui qui le lit.
- * Favorise une pensée de la tâche unique et qui doit être menée à son terme. La pensée du livre est inséparable de l'idée de faire une seule tâche à la fois, et de la réaliser en étant guidé par un idéal de perfection.

2. Aspects cognitifs : favorise la temporalité

- * Favorise une pensée linéaire dont le modèle est la succession des mots, des lignes, des paragraphes et des pages.
- * Favorise une logique de succession narrative et introduit à la représentation des « lignées », autrement dit de la généalogie (le premier livre, la Bible, débute par une généalogie).
- * Encourage la mémoire événementielle.
- * Exclut les contraires : c'est une pensée du « ou bien, ou bien ». Elle culmine avec le modèle théorique thèse-antithèse-synthèse, qui se veut avoir une valeur définitive.
- * Valorise les apprentissages par cœur, les habitudes et les automatismes.

3. Aspects psychologiques : favorise l'identité unique et le refoulement

- * Privilégie le pôle réel de toute relation. Valorise l'identité généalogique et narrative.
- * Définit l'identité comme la propriété privée d'un individu, donc unique : le Moi « fort et unifié placé sous le primat du génital » a été longtemps considéré comme un signe de bonne santé psychique. Il est plutôt considéré aujourd'hui comme un signe de psychorigidité.
- * Favorise le mécanisme défensif du refoulement, qui est un processus temporel caractérisé par un avant, un pendant et un après (la sublimation ou le retour du refoulé).
- * Donne un statut d'exception aux formes verbales de la symbolisation (parole et écriture), auxquelles le mot de symbolisation a d'ailleurs longtemps été réservé.

CULTURE DES ECRANS (aujourd'hui du virtuel)

Elle est indépendante du support des écrans. D'ailleurs, des écrivains ont toujours tenté de construire leur texte selon une pensée plus circulaire, en réseau, notamment les poètes. L'invention des technologies numériques l'a affranchie du modèle du livre.

1. Aspects culturels : favorise la multiplicité

- * Plusieurs écrans sont regardés à la fois.
- * Même isolés dans des espaces différents, les spectateurs se sentent réunis par le même spectacle.
- * Favorise la création collective (l'œuvre audio-visuelle est toujours une création collective, hélas encore masquée sous un nom unique, sur le modèle de la culture du livre).
- * Favorise une relation horizontale au savoir (notion d'intelligence globale et d'un partage en temps réel des connaissances : Wikipédia).
- * Favorise une pensée des tâches multiples menées en parallèle et toujours provisoires.

2. Aspects cognitifs : favorise la spatialité

- * Favorise la pensée non-linéaire, en réseau ou circulaire.
- * Favorise la pensée par analogies et contiguïtés, avec un support spatial.
- * Encourage la mémoire de travail : les synthèses y sont provisoires, relatives à des problèmes ponctuels et éphémères.
- * Encourage l'innovation, favorisée par l'interactivité.
- * Permet la coexistence des contraires : c'est une pensée du « à la fois, à la fois ».

3. Aspects psychologiques : favorise les identités multiples et le clivage

- * Privilégie le pôle virtuel de toute relation : chacun peut choisir de n'entrer en contact qu'à travers un écran, de façon à réduire ses interlocuteurs à ses attentes sur eux. Cette forme de relation n'a pas attendu les écrans pour exister, et elle n'est pas non plus une conséquence inévitable de ceux-ci, mais ils la favorisent indiscutablement.
- * Définit l'identité par référence à l'espace social (dimension horizontale) : Le Moi n'est pas la propriété privée d'un individu, mais une fiction tributaire des interactions entre un groupe de personnes, et donc à chaque fois différente.
- * Valorise les identités multiples.
- * Favorise le processus du clivage, sur le modèle « Windows » : l'écran ouvert rend présent un contenu à la conscience, sa fermeture le fait disparaître de la conscience.
- * Valorise les formes non-verbales de la symbolisation (imagées et sensori-motrices) et donne une valeur relative aux formes verbales.

Annexe 2 : L'affiche « 3-6-9-12 » de Serge Tisseron, 2008

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 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.

erès

Annexe 3 : Les « 4 pas » de Sabine Duflo, 2017

4 temps sans écrans = 4 pas pour mieux avancer

Moins d'écrans
Etre attentif en classe

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

Moins d'écrans
Se parler

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

Moins d'écrans
Savoir être seul

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

Moins d'écrans
Bien dormir

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

LES ECRANS

4 PAS
Sabine Duflo

Guide d'entretien

De façon générale, sur la thématique des écrans :

- Pour vous, qu'est-ce que les écrans ?
- Selon vous, c'est quoi la surexposition des écrans pour les enfants <6 ans ?
- Les écrans peuvent-ils être un problème de santé à votre avis ? *Quels dangers peuvent-il être ? Quels sont pour vous les risques de surexposition aux écrans avant 6 ans ? Quels problèmes cela peut-il poser ?*
- Dans votre patientèle, selon vous, quelle est l'importance des patients trop exposés aux écrans ? < 6ans ?
- Pensez-vous que les parents s'en rendent compte ?
- A votre avis le médecin généraliste a-t-il un rôle à jouer ? Pourquoi Quel rôle avez-vous à jouer sur la prévention de la surexposition ?

Pratique et freins

- Comment vous sentez vous pour aborder la thématique des écrans avec vos patients ? *Maîtrise, à l'aise, difficulté. En parleriez-vous plus si vous aviez plus de connaissance ?*
- En consultation, comment abordez -vous ce sujet ? *Devant quels motifs ? A quelle fréquence ? A quel moment de la consultation ? De quelle manière ? Comment l'évaluez-vous ?*
- Une fois la connaissance du mésusage des écrans, quels conseils donnez-vous sur l'usage des écrans ? *quelle est votre prise en charge ? quels sont vos messages ? consultation de suivi ?*
- Comment le fait d'être parent influe-t-il sur votre discours ? *Pensez-vous que le fait d'avoir des enfants vous aide à voir les dangers ? Change votre manière d'en parler ? Vous permet-il de plus l'aborder ?*

Sur la prévention

- Selon vous, comment pourrait-on améliorer la prise en charge ?
- Habituellement, quel moyen de formation préférerez-vous ?
- Par quel moyen ou de quelle manière aimeriez-vous être formé ? Une formation vous serait-elle utile ? Un support ?
- Quels supports (matériels, humains, associatifs) peuvent vous aider sur les messages clés de prévention, de prise en charge ?
- De qui doit provenir l'aide et comment, selon vous ? Si un support existait, l'utiliseriez-vous ? pourquoi ?
- Pensez-vous que cet entretien va modifier votre prise en charge ? Dans quelle mesure ?

Données et caractéristiques de votre pratique :

- Sexe
- Age
- Consommation des écrans pers / professionnel estimée
- Exercice seul ou groupe
- Nb d'enfants par patientèle estimée ou déclarée <6 ans
- Nb d'enfant < 6 ans

Annexe 5 : Tableau des données sociodémographique

	<i>E1</i>	<i>E2</i>	<i>E3</i>	<i>E4</i>	<i>E5</i>	<i>E6</i>	<i>E7</i>	<i>E8</i>	<i>E9</i>	<i>E10</i>	<i>E11</i>	<i>E12</i>	<i>E13</i>	<i>E14</i>
Sexe	F	F	H	H	F	F	F	F	H	F	F	H	F	F
Age	35	57	51	59	57	42	30	30	32	34	32	39	50	36
Mode d'exercice	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e	Group e
Activités	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Semi-rurale	Semi-rurale	Urbaine	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Urbaine	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale	Semi-rurale
Nb Enfants <6 par patientèle estimée	15%	15%	15%	15%	14%	25%	25%	20%	10%	20%	10%	10%	20%	5%
Consommation personnelle d'écran estimée	+++	+	+++	+++	X	++	++	++	+++	++	+	+++	+++	++
Enfants personnel < 6 ans	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non

X. Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Comment les médecins généralistes abordent-ils la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans : Étude qualitative auprès de médecins généralistes dans la région du Havre.

INTRODUCTION :

Les écrans sont omniprésents dans notre société et les tendances actuelles vont dans le sens du « tout numérique ». Cependant, il existe de plus en plus d'arguments pour dire qu'une utilisation abusive, précoce et non raisonnée des écrans pourrait devenir dangereuse. Ainsi, les plus jeunes sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de ces risques. Des recommandations officielles existent mais ne sont encore peu connues des médecins généralistes et des parents.

MATERIEL ET METHODES :

Il s'agit d'une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes installés en libéral dans la région du Havre. Dans le but de trouver des moyens pour développer la prévention de la surexposition aux écrans, notre thèse s'est penchée sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes ainsi que sur les facteurs influençant cette prévention.

RESULTATS :

14 médecins généralistes ont été interrogés entre octobre 2018 et juin 2019. Les médecins interrogés estiment que les écrans sont un problème de santé publique et un sujet d'actualité. Ils en parlent encore très peu avec leurs patients. Actuellement, les médecins abordent ce sujet lorsqu'un trouble se développe. Même si tous pensent qu'ils ont un rôle à jouer en tant que médecin généraliste, ils estiment que cette prévention devrait également passer par les pouvoirs publics et les professionnels de l'enfance. Ils se disent limités par un manque de connaissance et de formation sur les éventuels risques d'une surexposition aux écrans. Ils manquent également de références scientifiques validées et n'ont pas connaissance des recommandations officielles et des outils déjà existant. Le manque de temps en consultation est cité comme principal frein à leur prévention. De plus, certains médecins se questionnent également sur l'impact que pourrait avoir leur prévention. Enfin, ils déplorent l'absence de prévention par les pouvoirs publics. Parmi les solutions envisagées, il semble nécessaire de développer la formation et les connaissances sur la prévention de la surexposition aux écrans. Il serait également intéressant de développer des outils simples comme une brochure d'aide en consultation. Enfin les médecins généralistes pensent qu'il faut en parler aux parents dès la première année de vie. Pour cela, il faut créer des automatismes en l'intégrant par exemple aux consultations obligatoires de suivi de l'enfant.

CONCLUSION :

Les médecins généralistes abordent peu le sujet des écrans en consultation et ne l'abordent pour le moment qu'en prévention secondaire.

En étant plus sensibilisés, mieux formés et en disposant d'outils adaptés, les médecins généralistes seraient plus à même d'accompagner les parents pour un usage raisonné des écrans et de les alerter sur les risques de surexposition aux écrans de leurs enfants.

Mots-clés : exposition, écrans, enfants, prévention, médecin