



HAL
open science

Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire.

Elsa Archambaud

► To cite this version:

Elsa Archambaud. Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire.. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02968835

HAL Id: dumas-02968835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968835>

Submitted on 16 Oct 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.

**Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes dans la
prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 12 Juin 2020

Par Madame Elsa ARCHAMBAUD

Née le 14 février 1991 à Paris 12eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe

Assesseur

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur COMBALIER Cyril

Directeur

**Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes dans la
prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 12 Juin 2020

Par Madame Elsa ARCHAMBAUD

Née le 14 février 1991 à Paris 12eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Professeur DUBUS Jean-Christophe

Assesseur

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Docteur COMBALIER Cyril

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD	:	Pr. Justin MICHEL
Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Stéphane BERDAH
aux masters	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MÉDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRE

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTÉY Georges
	DEVRED Philippe		MILLET Yves
	DJIANE Pierre		MIRANDA François
	DONNET Vincent		MONFORT Gérard
	DUCASSOU Jacques		MONGES André



MM MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020



PROFESSEUR DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	KERBAUL François
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline



PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	



PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARC'H Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélemy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure



**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNISALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
THOLLON Lionel (MCF) (80ème section)	CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	AHERFI Sarah (MCU-PH) ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018 DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJCHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4601	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)	
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
BRANDENBURGER Chantal (PRCE)	ROLL Patrice (PU-PH)
	GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)	



BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCIN Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWARGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)



CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
DERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)



EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)



PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GANNIER Marc (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit de longues années d'études de médecine, il est l'aboutissement d'un travail de recherche en médecine générale mais garde une trace de mes précieuses années en pédiatrie.

À Monsieur le Professeur Gaetan GENTILE, merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Christophe DUBUS, je n'ai pas eu l'honneur de passer dans votre service, et non sans regret. Aujourd'hui vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury, et d'apporter une expérience pédiatrique dans ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François POINSO, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury ainsi qu'en apportant votre précieuse expérience en tant que pédopsychiatre.

A Monsieur le Docteur Cyril COMBALIER, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet, et de m'avoir encouragée dès le choix de mon sujet, et jusqu'au bout de sa réalisation. Malgré la distance, ton optimisme et ta sérénité m'ont été précieux.

A Madame la Docteur Aurélie JANCZEWSKI, merci pour tes éclaircissements et ton soutien qui m'ont beaucoup aidée pour la réalisation de mon projet.

A Monsieur le Professeur Hervé CHAMBOST, merci pour votre écoute, votre soutien et vos conseils durant mes années en pédiatrie.

A Monsieur le Docteur François LIOTARD, six mois passés au cabinet médical à tes côtés pendant lesquels tu m'as appris ce que tu savais, tu m'as donné le goût de la médecine générale. Le goût des Hautes Alpes aussi. Tu m'as longuement écoutée et justement accompagnée dans mes choix. Merci pour ces six mois, et à tout le cabinet de Laragnes pour votre accueil et votre énergie positive.

A Monsieur le Docteur Christian BAR et à l'équipe des Urgences de Brignoles, qui m'ont permis de m'autonomiser et de progresser dans un cadre bienveillant. Merci pour votre bonne humeur à tous.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à mon travail, merci pour votre disponibilité et le temps que vous m'avez accordé.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

Aux copainings que je me tarde de revoir parce qu'à chaque retrouvaille, c'est comme si on ne s'était jamais quittés.

Merci pour ces années inoubliables :

- Ma Alex, tu es une amie hors du commun, merci d'être toi. Je suis contente de te voir embarquée dans de nouveaux voyages. Tu me manques et je te souhaite tout le bonheur !
- Aux Réunionnais : ma Océ, tout a commencé par une mangue séchée. Merci à elle, et merci à toi pour tous ces fous rires, ces karaokés, ces voyages avec toi. Ma petite Léa, à nos incroyables expéditions réalisées et à venir, et merci pour ta précieuse amitié. A Shlu et ta soupe magique, Krista notre coach à toutes. Dodo mon petit rouquin, merci d'être là. A Titi, mon grand frère castor avec tes histoires. A Titi, Raphon, Gilles de sweet, Nico, merci pour vos blagues et vos rires qui résonnent dans ma tête et me font rigoler sans limites. A Antoine pour ton sourire contagieux, et à Loul le bleausard, le vrai. A Charlotte et Anaïs pour apporter un peu de douceur dans cette famille de fous. Et vive les hamster time !

A mes Simones, vous m'accompagnez depuis tant d'années avec toute la mignonnerie possible :

- Ma Giugiu, en 15 ans d'amitié tu as été là pour les bons et les mauvais moments, et toujours aussi exceptionnelle. Merci pour ton soutien dès le début de mes études, pour ton écoute, ton sourire, tes tomates mozza, nos vacances... Ne change pas mon petit Hobbs.
- Ma Camouchka, je ne compte plus les heures passées à parler, rigoler, et à grandir ensemble. Merci pour ce premier pain au chocolat qui a permis toute la suite.
- Ma Lolo, ma Jess, ma belle Marie-Mars, ou mes triplètes de Belleville. Merci pour votre folie, vos messages réconfortants, vos rires et votre liberté qui me font rêver, vous êtes de vrais rayons de soleil.
- Ma Louison, on se suit finalement depuis presque 20 ans, merci pour ton humour et ta douceur. Je vous aime, vous le savez mais je vous le redis et le répèterai.

Aux collègues et compagnons de route :

- Notre team néonate, ma petite Mahé j'ai l'impression de te connaître depuis tant d'années, tu rayannes et merci pour toute cette belle énergie que tu partages. A Vincent et Anaïs, si drôles et bienveillants, je n'oublierais pas nos premiers pas aventureux, ni notre premier covoiturage, ni momo.
- Ilhem merci pour ces lasagnes de Noël inoubliables et les fous rires
- Charly avec ton ukulélé des montagnes, merci pour ces moments d'évasions
- L'équipe Toulonnaise, Mathias, Gaeliz, Emilie, Greg, Mathilde, Flo, Lulu, Benayme, c'était une courte colocation mais merci pour vos qualités de cuisiniers, jardiniers, beach-volleyeurs, et fêtards qui resteront gravés
- A l'équipe d'infectiologie de Sainte Musse pour ces 6 mois incroyables, et merci Carlo pour m'avoir ouvert la porte de ce monde d'infectiologie, avec le sourire et ta passion
- Benjamin, acolyte Unique, tu n'aurais pas pu mieux tomber, merci pour ces 6 mois
- A l'équipe de cardiologie de l'HE, Ludivine, Elise, Jad, Lionel, Anissa, Thibault, Sébastien, Pierre, Sylvain, une très agréable compagnie pour apprendre, merci de m'avoir fait partager votre amour pour la cardiologie, ça a marché

Aux Marseillais :

- Mon Simon, dictateur de la randonnée, merci pour nos aventures et ton soutien, je suis vraiment heureuse de t'avoir en ami, et j'ai hâte de nos prochaines sorties
- Mon Remy, merci de m'avoir accueillie dans la coloc. Tu m'as fait découvrir Marseille et ton monde, merci pour ça, pour tes milles et une histoires, et ta présence tout simplement. Merci à la mère supérieure, qui pétille de joie et de volonté, un bonheur au quotidien ; petit Bapt merci d'être toi ; Sam notre bucheron en quête du nouveau monde ; Clairette mon petit maître Yoda de la thèse même si tu ne le sais pas ; Jordinho maître jus, merci pour tes danses ; à Stellio et Fab pour votre énergie débordante.
- Ma Clem, ma stéphanoise qui a vite conquis mon petit cœur. Merci pour tout ce que tu m'as apporté ces 4 ans. Tu me fais rire, tu me conseilles, tu m'accompagnes au bout des pires randonnées, tu peux même construire ta maison, bref, tu es incroyable et je suis vraiment chanceuse de t'avoir en amie.
- Mon Nico, des dentelles de Montmirail aux montagnes de Nouvelle Zélande en passant par les bancs de classes, ou

couloirs des urgences, tu n'es jamais loin avec ta casquette rouge et ton sourire. Merci pour ces moments inoubliables partagés, pour ta sensibilité et ton humour. Et encore bravo pour ta thèse.

- P'tit Vinc, étincelant au beach comme à l'hôpital ou sur une piste de karaoké, reste comme ça
- Le crew Juliette, Anna, Nin's, et Alex merci pour votre énergie et vos sourires pleins d'amour. Et bien sûr, pour me tenir informée de l'actualité, quelle serait mon ignorance sans vous.

Aux grimpeurs :

- Ma Jadou, avec toi toute aventure est possible. Tu es pétillante, gourmette et aventurière à la fois, mais aussi une incroyable comédienne. Merci d'être là, pour ces cafés à repenser le monde, et surtout avec un trivial poursuit au bord de la rivière.

- Tomtom, Alex, Fefe, Arthur, Momo à notre toute première échappée chamonieuse, les piou piou au royaume des grands

- Titom, moins grimpeur que randonneur mais toujours motivé avec le sourire pas loin. Merci pour ces moments inoubliables Orpierrois

- Quentin, merci ton peps, ton rire et pour notre ascension verdonesque. A bientôt sur la Dibona.

- Lenny, Bozo, Max, à nos premiers pas de professionnels en alpi et d'autres à venir j'espère

A ma famille :

- Maman, tu m'as toujours soutenue, et je sais que ton regard bienveillant n'est jamais bien loin. Tu m'as transmis ta créativité, ton rire, et un peu ta susceptibilité aussi. Merci d'être là à mes côtés, et merci pour ces années à insister sur l'expression du corps, qui finissent peu à peu à porter leurs fruits. Papa, tu m'as transmis le goût de l'effort et l'importance de celui-ci pour accomplir ses projets et surmonter les épreuves. Tu m'as aussi transmis ton amour de la montagne, et aussi une touche d'impatience. Je vous aime fort, merci pour tout, vous m'avez permis d'être là aujourd'hui.

- Ma Marion, tu me rappelles comment avancer avec humour et légèreté, affronter les obstacles avec sérénité et relativiser quand il le faut. Tu es aussi une incroyable maman, et ton sourire suffit pour apaiser et rassurer. Merci pour ton soutien et tes mots qui m'ont aidée à être là où j'en suis.

- Ma Popo, mon amie, mon acolyte, ma sœur. Malgré des chamailleries, des voyages, des départs, tu es toujours là à mes côtés. Merci pour ton soutien et ta présence qui m'ont été précieux. Je suis heureuse d'être ta sœur, fière de toi quand je te regarde, comblée quand on rigole. Je te souhaite le meilleur au pays des gaufres ma chérie.

- Ma belle Alice, loin des yeux mais si proche du cœur. Merci pour ton accueil l'année dernière, et pour toutes ces découvertes. Mon petit kiwi, tu nous manques et j'espère qu'on pourra chanter ensemble bientôt.

- Mes deux petites croquettes, Matias et Adèle, mon cœur grossit quand j'entends vos rires. Vous me manquez.

- Grande Zaza, un grand merci d'avoir accepté de lire et corriger ma thèse. Merci pour tes merveilleux petits plats et vos riches discussions sur le monde avec Richard, de réelles bouffées d'oxygène.

- Ma Claudia, tu m'as vue grandir depuis toute petite, même quand j'avais un seul cheveu sur la tête. Merci pour tout l'amour et le carinho que tu m'as apporté toutes ces années. A très vite.

- Ma Flo, derrière l'arc-en-ciel je te vois souriante et ça me donne envie d'avancer.

- Mes tantes, oncles, cousins et cousines, merci pour les moments partagés et les multiples parties de pétanque à la Calade. Et à Yéyé pour avoir permis que ces moments en famille se réalisent, et pour avoir accepté le Ketchup à la maison pour le bonheur des petits.

- Mon Victor, tu es entré dans ma vie et tu l'as changée. D'une face Nord à Callelongue au rappel nocturne de Bavella, des figatelli corses aux chèvres naines de la Sainte, mon cœur se remplit d'aventures et de souvenirs. Merci pour ton humour et ton amour, tu me rends heureuse. Alors à cette belle broutille et à l'aventure qui nous attend après.

Table des matières

INTRODUCTION	3
I. <u>Contexte</u>	3
II. <u>Conséquences de cette surexposition sur le développement de l'enfant avant 3 ans</u>	5
III. <u>Les recommandations actuelles</u>	7
IV. <u>Application de cette prévention</u>	9
V. <u>La surexposition aux écrans : un problème de santé publique</u>	10
MATERIEL ET METHODE	14
I. <u>Recherche bibliographique</u>	14
II. <u>Choix de la méthode</u>	14
III. <u>L'échantillon</u>	15
IV. <u>Ethique et confidentialité</u>	16
V. <u>Canevas d'entretien</u>	16
VI. <u>Déroulement des entretiens</u>	17
VII. <u>Analyse qualitative</u>	17
RESULTATS D'ANALYSE.....	17
I. <u>Le problème de la surexposition aux écrans des enfants d'âge préscolaire vu par les médecins généralistes</u>	17
I.1. Un manque général d'information ressenti.....	17
I.2. Un problème perçu comme peu fréquent dans les Hautes Alpes.....	18
I.3. Ce que connaissent les médecins des effets des écrans chez les tout petits.....	18
I.4. Des connaissances non fondées également.....	19
I.5. Mais sur quelles sources s'appuient-ils ?.....	20
I.6. Une disparité dans l'utilisation des écrans encore floue.....	20
I.7. Des médecins concernés par des mesures de précaution.....	21
II. <u>Comment se positionnent-ils dans la prévention de la surexposition aux écrans ?</u>	21
II.1. La valorisation de la prévention en France : un objectif d'actualité.....	21
II.2. Pourtant les pratiques de préventions restent hétérogène.....	22
II.3. La surexposition aux écrans est vue comme un problème sociétal avant tout.....	23
II.4. Puis un investissement professionnel dans la prévention secondaire.....	25
II.5. Le médecin généraliste se voit comme un maillon d'une chaîne de prévention.....	25
II.6. Un contraste entre activité professionnelle et vie personnelle.....	26
III. <u>Les freins rencontrés sont multiples</u>	26
III.1. Des doutes dans les choix des méthodes de communication.....	26
III.2. Des difficultés à se situer dans une éducation des parents sans pathologie associée.....	27
III.3. Les freins ressentis par le parent à en parler.....	28

III.4. Les freins lors d'une diminution d'exposition	28
III.5. Les freins ressentis par le médecin généraliste.....	30
IV. <u>Développement de stratégies par les médecins généralistes pour améliorer leur pratique préventive</u>	31
IV.1. Des choix de consultations distinctes pour se sentir plus à l'aise.....	31
IV.2. Nécessité de bien connaître ses limites.....	31
IV.3. S'adapter et prévenir les freins ressentis par les parents.....	32
IV.4. Un dégradé de pratiques : de la prévention individuelle à la prévention de masse.....	33
IV.5. Importance de savoir relativiser et d'être diplomate.....	35
IV.6. Cas particulier de l'association à l'obésité : principe de comportements associés.....	36
V. <u>Particularités de l'enfant d'âge préscolaire : une prise en charge du cadre familial est nécessaire</u>	36
V.1. L'importance d'agir sur les parents et la structure familiale.....	36
V.2. Responsabilisation des parents avant tout devant une situation de dépendance et vulnérabilité de l'enfant.....	37
V.3. Et prendre en compte la dimension psycho-sociale parentale.....	38
V.4. Retour sur des écarts peu explorés du facteur socio-économique.....	38
VI. <u>Un ressenti général confiant et concerné pour l'avenir</u>	39
VI.1. Un sujet en essor et une sensibilisation à venir.....	39
VI.2. Des solutions existent pour informer tout le monde sans inégalité.....	40
VI.3. Entre société et santé publique chacun doit agir pour obtenir un résultat.....	40
VI.4. Les médecins restent lucides sur la nécessité de continuer les études menées.....	41
VI.5. Mais des limites existent à cette prévention : petit message sur le développement durable et les lobbies.....	42
DISCUSSION ET PERSPECTIVE.....	43
I. <u>Points forts et points faibles de notre étude</u>	43
I.1. Les forces de l'étude.....	43
I.2. Les biais.....	44
II. <u>Discussion en comparaison avec les données de la littérature</u>	46
II.1. Les connaissances des médecins généralistes.....	46
II.2. Les médecins généralistes et les acteurs de la chaîne de prévention.....	49
II.3. Les parents, l'enfant et les écrans.....	51
III. <u>Perspectives</u>	52
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ABREVIATIONS ET ANNEXES.....	59

INTRODUCTION

I. Contexte

Nous vivons actuellement un quotidien dans lequel les écrans ont pris une place de plus en plus grande dans nos foyers et dans notre vie sociale et professionnelle. Nous citerons la télévision, les tablettes, smartphones, et ordinateurs. Sur ces dix dernières années le nombre d'heures passées devant des écrans annuellement est en croissance, avec une offre et une diversité d'utilisation de plus en plus variée.

D'après le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) dans son rapport fin 2017 le nombre moyen d'écrans par foyer permettant de regarder des vidéos se stabilisait autour de 5,5 écrans. (1) La télévision restait alors le principal support. Le rapport de médiamétrie à propos de la durée d'écoute globale de la télévision sur l'année 2019 a montré une légère diminution par rapport à l'année 2018 : 3h40 versus 3h46 en 2018 (2). Ceci en faveur d'une augmentation des usages de smartphones et de tablettes. D'après la cohorte Elfe (3), à 2 ans, la consommation des divers écrans par les enfants de la cohorte est déjà élevée, notamment en ce qui concerne la télévision : près de sept enfants sur dix la regardent quotidiennement ; 36 % d'entre eux sont confrontés aux ordinateurs ou tablettes et 12 % quotidiennement ; et un enfant sur dix accède quotidiennement au smartphone, et enfin 1 % pour les jeux vidéo.

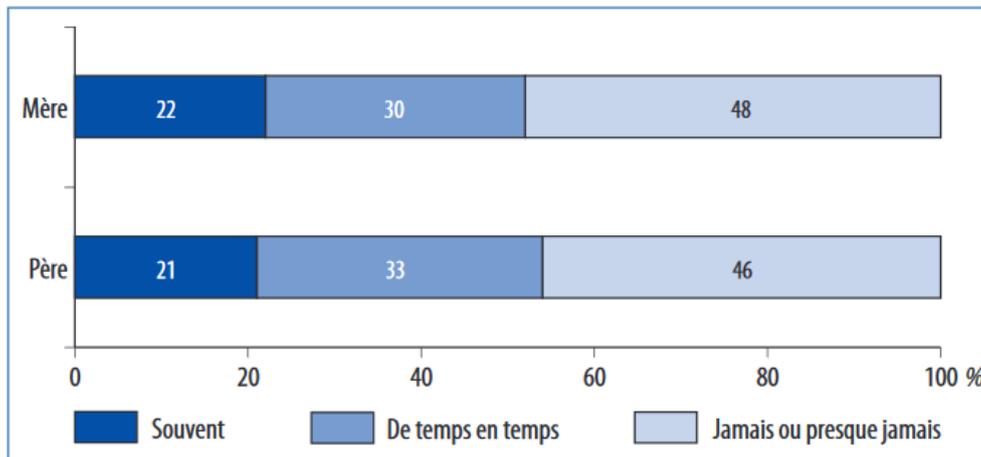
La Cohorte EDEN (INSERM) démarrée en 2003, a montré qu'un tiers des enfants de deux ans était exposé aux écrans plus d'une heure par jour.

Globalement la grande majorité des enfants vit dans un foyer possédant au moins un téléviseur (TV), un ordinateur et au moins un smartphone (4).

Selon l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (Afp) 47% des enfants de moins de 3 ans utilisent des écrans interactifs soit une tablette ou un smartphone selon les auteurs (5). Près d'un tiers d'entre eux l'utilise sans la présence d'un adulte. En 2019, la cohorte Elfe a élargi la notion d'interactivité en incluant la TV, en

montrant qu'elle peut avoir un rôle social et d'apprentissage et peut devenir interactive si visionnée conjointement avec les parents. Ce n'est néanmoins pas la situation la plus fréquemment observée (3).

Les enfants en âge préscolaire



Source : enquête Elfe (maternité, 2 mois, 1 an, 2 ans)/DÉPS, Ministère de la Culture, 2019

Figure 1 : Graphique de la fréquence de l'audience télévisée partagée du parent avec l'enfant de la cohorte Elfe à 2 ans, en 2013

L'enfant en âge préscolaire est un enfant d'âge inférieur à 3 ans depuis que les services publics français ont rendu l'instruction obligatoire pour tous les enfants, français et étrangers, à partir de 3 ans (6).

Depuis les années 90 de nombreux chercheurs se sont penchés sur les effets que pouvaient avoir ces écrans chez les plus petits.

Une enquête qualitative menée par l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en 2014 a étudié les comportements de parents d'enfants de moins de 3 ans à propos des écrans. En effet à cet âge l'enfant est dépendant du parent et de ses attitudes vis-à-vis de l'écran, en particulier les moins de 2 ans. L'enquête retrouve alors 4 principales motivations déclarées par les parents à la mise de leurs petits face aux écrans : l'occuper et le distraire ; le calmer ou l'apaiser (usage sédatif) ; comme gratification ; et apprendre.

Motivations retrouvées chez toutes les familles, mais avec des stratégies parentales d'utilisation différentes.

(7)

En parallèle, nous voyons grandir le nombre de programmes télévisés étant destinés à cette tranche d'âge; ainsi que de logiciels d'apprentissages pour tout petits comme « Baby Einstein » ; mais aussi des chaînes télévisées spécifiques aux tout petits comme « baby TV » (8). Mais c'est aussi leur consommation en quantité qui a grandi.

Ces écrans sont devenus un objet omniprésent allant « d'un usage récréatif à un usage utilitaire » (44). De plus ils seront nécessaires à l'enfant lors de son passage à l'âge scolaire, car l'éducation aux médias et à l'information est maintenant intégrée dans les programmes scolaires par la loi depuis 2013 (9).

L'une des particularités de cette tranche d'âge est que leur exposition aux écrans est liée au comportement des parents vis-à-vis des médias (3). L'enfant est vulnérable de la situation familiale et de l'éducation parentale. Les potentiels problèmes de développement peuvent alors être imputés aux écrans comme démontré dans de nombreuses études ; Certes le mésusage et la surexposition aux écrans des enfants sont responsables de troubles mais la gestion des écrans par les parents est tout aussi néfaste. Le rapport de l'académie des sciences de 2019 « L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans » parle d'une « défaillance parentale » dont la surexposition aux écrans ne serait qu'un des symptômes. Cette problématique est encore en cours d'étude (44).

II. Conséquences de cette exposition sur le développement de l'enfant avant 3 ans

De nombreuses études ont pu être réalisées afin d'évaluer les effets de l'exposition aux écrans chez ces enfants.

Sur le plan cognitif (10), nous avons parlé des applications et émissions qui ont pour objectif l'apprentissage et le développement cognitif de l'enfant. Les études ont montré qu'un apprentissage par la lecture, et la culture des livres est un meilleur moyen d'apprentissage que par la culture du numérique, avec participation parentale que ce soit pour l'une ou pour l'autre (11). En effet, concernant le développement cognitif, nous en sommes à une étape dite « phase sensori-motrice » à cet âge-là (théorie de J.PIAGET qui reste une référence). L'enfant ne sera pas en mesure d'utiliser ses 5 sens à travers un écran, pourtant essentiels à son développement dans son univers 3D, et à sa coordination psychomotrice.

Concernant l'acquisition du langage, toutes les études convergent vers les mêmes conclusions : une absence d'acquisition de nouvelles compétences voire une diminution des scores de vocabulaire liée à l'exposition aux écrans. On notera majoritairement un retard dans l'acquisition du langage dans son expression ainsi que dans sa compréhension. Cet effet négatif peut être neutralisé par un visionnage interactif en présence d'un adulte (12) (13). L'écran peut en effet être un outil, après 2 ans, s'il est utilisé avec précaution (14). Une distinction est même retrouvée pour l'apprentissage de vocabulaire selon les émissions visionnées (45).

Concernant la motricité, il devra acquérir l'une après l'autre les étapes regroupées dans le tableau ci-dessous. Cette notion peut être débattue dans le sens où le lien entre un manque d'activité physique et

l'utilisation des écrans n'est pas démontré. Néanmoins, un abus d'écran est un temps en moins pour que l'enfant se mobilise, car il reste « scotché » devant l'écran, ne pouvant pas s'exercer ou imiter d'autres personnes.

Tableau 3.2. Développement psychomoteur entre 1 mois et 3 ans.

	Acquisitions motrices et posturales	Acquisitions manuelles	Acquisitions du langage	Acquisitions sensorielles
2 mois	Soulève tête et épaules (sur le ventre) Bouge vigoureusement les quatre membres	Serre le doigt	Réponse vocale à la sollicitation	Sourire-réponse Suit des yeux
4 mois	Tenue de tête droite acquise S'appuie sur les avant-bras (sur le ventre)	Joue avec les mains	Vocalise	Rit aux éclats
6 mois	Tient assis avec appui	Passé un objet d'une main à l'autre	Babilage (« ma-ma »)	Repère un visage familier
9 mois	Tient assis sans appui Tient debout avec appui	Saisit un objet avec la pince pouce-index Réactions posturales aux pulsions	Répète une syllabe	Réagit à son prénom Joue à « coucou, le voilà » Peur de l'étranger
12-18 mois	Marche seul	Autonomie pour le verre et la cuillère Empile deux cubes	Deux mots combinés Apparition du « non »	Joue avec d'autres enfants
24 mois	Court	Imite un trait	Trois mots en phrase	Comprend une consigne simple
3 ans	Monte les escaliers en alternant les pieds Fait du tricycle	Imite un rond	Dit une petite histoire	Se lave les mains seul

Figure 2: Développement psychomoteur entre 1 mois et 3 ans

Concernant les conséquences attentionnelles : Plusieurs études démontrent des difficultés attentionnelles et de capacité de concentration chez les jeunes enfants lorsque ceux-ci ont pu être exposés massivement aux écrans à leur plus jeune âge (15) (16). Ces études n'ont pas démontré à ce jour les conséquences sur le long terme. Ces conséquences sont à la fois imputées lors d'une exposition directe et active, mais aussi à une exposition passive, c'est-à-dire en situation où la TV est allumée en fond dans une pièce, même si l'enfant est en train de jouer.

À terme, ces études cherchent à démontrer s'il existe un lien entre la surexposition aux écrans et le développement d'un trouble déficitaire attentionnel et hyperactivité (TDAH). Une corrélation entre l'écran et le TDAH n'est pas démontrée à ce jour, avec notamment la difficulté d'établir si l'apparition d'un TDAH serait la cause ou la conséquence d'une surexposition aux écrans (17). Néanmoins, la prudence reste recommandée à ce sujet avec une attitude préventive en attendant plus de résultats.

On note également que plusieurs pédopsychiatres ont mis en avant le fait que l'utilisation des écrans comme d'un « passe-temps » diminuait le temps d'ennui des petits, temps essentiel pour développer l'imaginaire et la créativité.

Concernant les conséquences physiques, nous noterons l'augmentation du poids qui est évoquée (18). L'American Academy of Pediatrics (AAP) a démontré que chez les enfants de 2 ans, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) augmentait avec chaque heure d'utilisation d'écran par semaine (19). Et une augmentation du périmètre abdominal chez le jeune enfant est directement reliée au temps passé devant les écrans (20). Des conséquences ophtalmologiques sont en cours d'étude.

Mais ce sont les conséquences sur le sommeil qui sont plus largement démontrées par différents biais : une diminution du temps de sommeil et une perturbation de sa qualité (21), un empêchement et un retardement de la sécrétion de mélatonine par la lumière qui est nécessaire à l'endormissement, et une augmentation des cauchemars (22) (23).

Concernant les échanges interpersonnels : l'établissement d'un lien relationnel avec les autres est très important pour développer un attachement qui est indispensable à la sécurité affective de l'enfant. Particulièrement la relation parent-enfant qui sera altérée en son absence. L'apprentissage des mimiques et de la communication par l'expression découleront également des relations interpersonnelles que l'enfant aura avec son environnement (44).

À ce jour, nous ne parlons pas d'addiction aux écrans. Ce terme est encore controversé chez le grand enfant et l'adulte, mais n'est pas d'actualité chez le petit de moins de 3 ans. L'académie de médecine dans un rapport réalisé en 2012 préconise celui de pratiques excessives lorsque l'utilisation des écrans est jugée excessive par rapport à la moyenne, que les écrans sont utilisés pour fuir un déplaisir plutôt que pour trouver un réel plaisir et que cette utilisation s'installe durablement et de façon préjudiciable. Néanmoins un risque à prendre en compte est qu'un enfant exposé très jeune aux écrans présentera un risque de surexposition future majoré.

III. Les recommandations actuelles

Les premières alertes ont été données par l'American Academy of Pediatrics (AAP) en 1999 avec des mesures concernant les enfants de moins de 2 ans (pas d'écran avant 2 ans) ; celles-ci ont été actualisées en 2016, et recommandent zéro écran avant 2 ans, sauf vidéo-chatting en présence d'un adulte, ainsi qu'une durée limitée à 1h par jour entre 2 et 5 ans, sur un programme d'apprentissage en présence d'un parent, et enfin pas d'écran pendant les repas ni dans l'heure avant le coucher (46).

Les recommandations canadiennes en 2019 reprennent les mêmes objectifs que ceux de l'AAP de 2016 et rajoutent, afin de limiter le temps d'exposition : de s'assurer que les périodes de sédentarité devant des écrans ne font pas partie des activités courantes du milieu de garde des enfants de moins de cinq ans, de maintenir des périodes sans écran pour faire la lecture ; et afin de diminuer les effets négatifs : améliorer l'accompagnement parental et les stratégies d'auto régulation (24). En nouveauté, ils rajoutent également des recommandations pratiques aux pédiatres avec 10 questions types à poser aux parents afin de mieux évaluer l'utilisation des écrans au sein de la famille (25).

En France, nous pouvons trouver de nombreux avis ou recommandations, mais l'on citera qu'en 2008 le psychiatre Serge TISSERON pionnier dans le domaine, qui a établi la « règle des 3-6-9-12 » (26) préconisant zéro écran avant 3 ans. L'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) appuie ce message dans un avis publié en 2016 déclarant que l'enfant de moins de 3 ans n'avait pas besoin de tablette pour se développer. Il ne modifie pas les objectifs, mais met en avant des principes tels que l'apprentissage de l'auto-régulation, l'invitation de l'enfant à parler de ce qu'il a vu à la télévision ou fait sur son écran interactif (5).

Parallèlement, l'Académie des sciences publie en 2013 un avis « l'enfant et les écrans » qui retiendra que l'utilisation des écrans avant 2 ans n'a aucun effet positif reconnu (27) et que la place des écrans interactifs ludiques reste discutée.

Une révision de cet Avis est réalisée en 2019 dans un Appel intitulé « les enfants, l'adolescent, la famille et les écrans » et rappelle pour les moins de 3 ans de ne pas mettre d'écrans à leur disposition ; qu'un usage interactif, récréatif et accompagné pourra être réalisé, mais avec prudence et modération et renforce l'intérêt d'une participation parentale. Point important, les recommandations sont destinées également aux parents recommandant un usage raisonné notamment en présence de leurs enfants. Ceux-ci doivent s'efforcer de maintenir un dialogue avec l'enfant. Ce dernier point ajoute le principe d'exemple parental et ouvre la notion d'une situation familiale dans l'exposition des enfants (5).

Le Conseil Supérieur d'audiovisuel (CSA) rappelle par une campagne annuelle de 4 jours que les programmes télévisuels, quels qu'ils soient ne sont pas adaptés aux enfants de moins de 3 ans (28).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rappelle ces recommandations dans son communiqué sur les lignes directrices pour grandir en bonne santé, orientée sur les enfants de moins de 5 ans (29).

La Santé Publique France (SPF) établit un Plan National Nutrition Santé (PNNS):

- les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans
- les enfants entre 2 et 5 ans ne doivent pas être exposés plus de 1h par jour

En 2018, le Groupe de Pédiatrie Générale (Société Française de Pédiatrie) établit des recommandations à visée des médecins, actualisées, corédigées avec l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) dans lesquels on voit apparaître 5 grandes lignes directrices (30) :

- Comprendre le développement des écrans sans les diaboliser
- Des écrans dans les espaces de vie collective, mais pas dans les chambres des enfants
- Des temps sans aucun écran
- Oser et accompagner la parentalité pour les écrans

- Veiller à prévenir l'isolement social

IV. Application de cette prévention

Quelques définitions : La Prévention a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences. Elle s'appuie sur les données épidémiologiques concernant les conditions d'apparition et de progression des maladies. Trois niveaux de prévention sont décrits :

1. la prévention primaire : vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire le nombre de nouveaux cas. Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé.

2. la prévention secondaire : vise la réduction de durée d'évolution d'une maladie. Elle repose sur le diagnostic précoce de celle-ci grâce au dépistage.

3. la prévention tertiaire : vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et de prévenir les récurrences.

Ces démarches de prévention peuvent être individuelles ou collectives. Elles demandent une forte implication des individus et vont souvent conduire à d'importants changements dans leur vie, nécessitant une approche éthique reposant sur un principe de bienfaisance. Elles confrontent également une information scientifique éclairée du médecin aux savoirs de la population.

Du point de vue médical

Le médecin généraliste est l'un des principaux intervenants dans le suivi des enfants durant leurs premières années de vie. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) publiée en septembre 2007, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5% ont vu seulement un pédiatre, 40% ont vu seulement un médecin généraliste et 55% ont été suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre (47).

Le médecin généraliste a dans son activité un rôle de prévention essentiel. Il a une approche globale du patient, il établit au fur et à mesure des consultations une relation de confiance avec l'enfant ainsi qu'avec ses parents, et obtient donc une relation privilégiée permettant une approche préventive individuelle et communautaire.

De nombreux travaux de thèse ont été réalisés concernant ces pratiques. Ceux-ci ont mis en avant une prise de connaissance très récente de ce sujet et de cette prévention, avec une application dans leur quotidien en croissance. (48) (31) (32)

Quelques médecins par le biais de vidéos, livres ou d'interventions associatives, diffusent des informations de façon massive concernant la surexposition aux écrans. Ces médecins réalisent également de la prévention individuelle, et diffusent leurs pratiques sur internet par exemple, afin de guider d'autres professionnels (33) (34) (35).

Du point de vue sociétal

Par quels moyens le reste de la société diffuse-t-il ces informations aux familles ?

Nous avons vu que le médecin avait un rôle de prévention dans l'essence même de son travail. Celui-ci développe des stratégies pour informer les parents des risques des écrans.

D'autre part, la part sociétale du problème est gérée par de nombreuses structures :

En 2008, le CSA interdit aux éditeurs établis en France de diffuser des chaînes et des programmes destinés aux moins de 3 ans. Par la suite, grâce sa campagne « enfants et écrans » organisée 3 à 4 jours par an, nous verrons les chaînes télévisées participantes qui pourront diffuser sous différentes formes les informations relatives aux écrans et à leurs effets chez les enfants. Ces chaînes télévisées devront également diffuser des conseils sur l'usage des écrans de façon annuelle (28).

Nous assistons par ailleurs à une explosion d'informations dans les magazines, journaux, émissions de radio, ou télévision (36) (49) .

En 2016 lors de l'actualisation des recommandations de l'AAP : celle-ci demandait de cesser les productions de produits destinés aux moins de 18 mois et dénonçait les campagnes publicitaires ciblées sur les nourrissons et jeunes enfants (37). Le psychiatre S. TISSERON en décrit les procédés en France en 2009 dans son livre « les dangers de la télé pour les bébés (8).

Un ministère chargé du numérique a également été créé en 2018.

V. La surexposition aux écrans : un problème de santé publique

Nous sommes donc face à une situation d'émergence et de croissance rapide des écrans, apportant certains bénéfices dans notre société actuelle. Néanmoins nous avons des études démontrant des effets néfastes chez les enfants de moins de 3 ans.

Nous avons décidé de nous orienter vers les enfants en âge préscolaire car les conséquences des écrans sont démontrées et majeures dans cette population ; de plus cela soulevait une problématique plus globale,

familiale et de consommation médiatique au sein même du foyer ; et enfin, l'investissement des médecins sur cette tranche d'âge était suspecté plus faible.

Dans ce contexte nous avons souhaité connaître la sensibilisation des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes, à cette prévention, ainsi que leur ressenti et leur vécu, et les difficultés rencontrées dans sa pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. La recherche bibliographique

Les moteurs de recherche utilisés étaient Pubmed, google scholar, Revmed ; complétés par des documents issus de la littérature de grand public, articles de magazines, sites d'associations. Les mots clés utilisés étaient principalement écrans, nourrissons, médias, développement ; les MesH terms étaient « mass media », « child behavior », « infant », « child preschool », « screen time ».

II. Choix de la méthode

L'étude portait sur le vécu et le ressenti des médecins généralistes, elle visait à recueillir des données non numériques, ainsi le choix d'une méthode qualitative était considéré le plus pertinent. La volonté de l'enquêtrice était de connaître dans le quotidien le sentiment des médecins, de comprendre leur position et comportement, et de découvrir leur investissement et leurs freins dans ces actes de prévention.

Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'entretiens individuels semi dirigés.

Devant ce thème émergent, cette méthode permettait aux médecins généralistes de s'exprimer librement, avec leurs mots, et de développer ainsi leurs ressentis personnels et leurs idées. Un canevas d'entretien semi-dirigé a été établi (annexes 1) puis les entretiens ont été menés par l'enquêtrice qui a également réalisé l'analyse des résultats.

Les données étaient recueillies de façon anonyme, par enregistrement des entretiens en direct puis étaient secondairement retranscrits par écrit, mot pour mot. Les informations non verbales étaient relevées, notées, puis analysées également. Une diversité de médecins généralistes était recherchée, afin d'obtenir un échantillon varié.

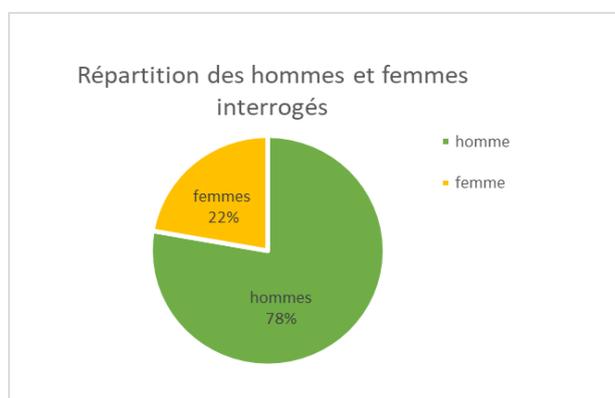
III. L'échantillon

Les pré requis à l'inclusion étaient d'être un médecin généraliste, installé, en cabinet et dans les Hautes Alpes. Le but était d'obtenir un échantillon dit en « recherche de variation maximale ». Ce principe permettant d'obtenir un large éventail de points de vus plutôt qu'une représentativité de la population générale.

Les caractéristiques de l'échantillon étaient : 9 médecins généralistes dont :

- 7 hommes et 2 femmes

Tableau 1: Répartition des hommes et femmes interrogés



- Entre 30 et 65 ans. Moyenne à 43 ans.

- 3 médecins exerçaient en milieu rural, 4 en semi-rural, et 2 en milieu urbain

- La plupart avait une activité pédiatrique de l'ordre de 20 à 30% sauf 1, jeune installé, aux alentours de 10%

Un médecin ayant une activité pédiatrique importante aura plus d'opportunité de réaliser de la prévention.

L'étude se déroulait dans le département des Hautes Alpes, département majoritairement rural. Néanmoins il paraissait plus pertinent d'inclure tout type de pratique. Le lieu d'exercice pouvant avoir un effet sur les caractéristiques de la population soignée. Les variables retenues étaient jugées susceptibles d'influencer les résultats.

Le recrutement s'est déroulé en premier lieu par contact direct lors d'un appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste. Ce premier contact permettait d'informer le médecin du sujet traité ainsi que des conditions de réalisation. Après accord de celui-ci il était convenu d'un rendez-vous permettant une rencontre et la réalisation de l'entretien individuel en direct. L'inclusion a été réalisée au fur et à mesure de l'étude afin de pouvoir diversifier l'échantillon selon les variables définies.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

Le département des Hautes Alpes était choisi par sa situation mixte, rurale et urbaine, ainsi qu'un faible taux de pédiatres installés, et permettant le recueil de données émanant de médecins généralistes à forte activité pédiatrique. Les médecins généralistes ayant une activité en PMI ou hospitalière autre étaient exclus.

IV. Éthique et confidentialité

Le projet de cette étude qualitative a été soumis et validé par la Commission d'Éthique du DUMG. Chaque médecin participant a reçu l'information orale lors du contact téléphonique puis en début de séance, résumant le but de l'étude, ainsi qu'un consentement écrit pour l'enregistrement audio. Afin d'assurer une confidentialité des données, celles-ci étaient rendues anonymes. Chaque enregistrement oral serait détruit après retranscription et analyse.

V. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien semi-dirigé était composé de questions ouvertes et semi-ouvertes. À la suite d'un travail de recherche bibliographique préalable, les thèmes à aborder les plus pertinents étaient sélectionnés.

La question brise-glace portait sur les connaissances des médecins concernant l'impact des écrans : permettant l'ouverture de l'entretien, de mettre le médecin à l'aise, et de faire un état des lieux des connaissances générales du sujet.

Ensuite la grille a été organisée en quatre parties à savoir : le dépistage, les références et recommandations, l'accès au réseau de prise en charge, et les attentes du médecin.

A chaque question étaient préétablies des « relances », permettant de suggérer et d'amener le médecin à des thèmes jugés pertinents qui n'étaient pas abordés spontanément par celui-ci.

L'enquêtrice s'assurait dans ces choix qu'aucune de ces formulations ne puisse influencer les réponses du médecin.

La grille d'entretien a été modifiée après le 3^{ème} entretien (annexe 2) face à de nouvelles notions abordées ; et certaines questions ont été reformulées pour une meilleure compréhension. Les questions ont été nuancées entre les entretiens numéro 5 et 9, néanmoins la trame du guide est restée comparable.

VI. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 21 novembre 2019 et le 22 janvier 2020. Ils se sont déroulés pour la majorité au cabinet du médecin, et deux se sont déroulés au domicile de ceux-ci. Au début de chaque entretien, l'enquêtrice rappelait à l'oral le sujet. Ensuite débutait l'entretien oral avec un enregistrement par dictaphone. Les réactions et informations non verbales étaient notées à l'écrit. La durée des entretiens variait de 17 à 45 minutes.

VII. Analyse qualitative

Après chaque entretien l'enquêtrice débutait un travail de retranscription en verbatim sur Word. Celle-ci prenait soin de réécrire mot à mot, restant fidèle à l'enregistrement.

La retranscription était réalisée immédiatement après l'entretien afin de pouvoir modifier si besoin une formulation qui aurait pu être mal comprise. Ensuite un travail de codage manuel a été réalisé sur Excel, selon la méthode de la théorisation ancrée. C'est-à-dire que ces codes ont ensuite été catégorisés puis mis en relation.

Le recueil de données a été arrêté lorsque la saturation des données a été atteinte.

RÉSULTATS D'ANALYSE

I. Le problème de la surexposition aux écrans des enfants d'âge préscolaire vu par les médecins généralistes

I.1. Un manque général d'informations ressenti

Les médecins étaient majoritairement sensibilisés au problème de la surexposition des enfants d'âge préscolaire, qu'ils jugeaient être **un problème d'actualité**.

E4 : « *on voit la salle d'attente, au supermarché (...) les enfants sont collés à des écrans très tôt. Donc oui je pense que c'est un vrai fait de société* »

E2 : « *j'ai un a priori négatif sur les écrans d'une manière générale, et puis encore plus chez les petits* »

Mais certains avaient l'impression au contraire qu'à cette tranche d'âge les enfants étaient plutôt épargnés :

E9 : « *ici à moins de 3 ans je ne pense pas qu'ils soient très impactés par les vidéos* »

Ils s'appuyaient sur des connaissances générales, et avouaient un **manque de connaissances scientifiques**.

E3 : « *ça doit avoir un impact négatif, maintenant je ne sais pas exactement au niveau scientifique ce qui a été prouvé* »

Ils ressentait dans les écrans une **solution de facilité** pour la famille : ils occupent les enfants le temps de pouvoir faire la cuisine par exemple.

E4 : « *c'est un peu comme si à chaque fois que la maman ne faisait pas ses nuits on lui mettait du Théralène, j'exagère évidemment mais faut trouver la solution facile.* »

I.2. Un problème perçu comme peu fréquent dans les Hautes Alpes

Plusieurs médecins se sont positionnés dans une **région de bas risque** car indépendamment du niveau socio-économique, le département des Hautes Alpes est considéré culturellement proche de la nature et des activités de plein air.

E9 : « *Après on a l'avantage ici que ce sont des sportifs* »

E4 : « *dans le milieu où moi je travaille, ce n'est pas forcément un milieu économique élevé, mais c'est un niveau culturellement proche de la nature.* »

I.3. Ce que connaissent les médecins des effets des écrans chez les tout petits

Les médecins ont globalement conscience d'effets néfastes pour la majorité avec probablement un **effet dose**.

E1 : « *ça paraît évident qu'il y a un temps limite d'exposition* »

Puis ils évoquent différentes catégories de complications :

- le **développement cognitif**, les troubles du langage sont considérés les plus fréquents
- l'isolement de l'enfant avec un **appauvrissement des relations** et interactions

E2 : « *de temps en temps on se rend compte qu'il n'y a plus de bruit, on sait qu'il est devant l'ordinateur en traitre, en train d'essayer de taper* »

- sur les **conséquences physiques** on retrouve l'obésité, les troubles du sommeil et ceux liés à la lumière bleue ainsi que des troubles ophtalmologiques

E5 : « *au niveau ophtalmique, rétinopathie, kératite d'exposition. Ce ne sont que des présomptions, des hypothèses* »

- Puis certains ont ajouté sans parler d'addiction, le risque commercial, avec un risque au long cours **d'être surexposé de façon exponentielle** à savoir une demande d'écrans de plus en plus élevée avec l'âge, quantitativement et qualitativement.

E9 : « *si avant 3 ans il est collé sur l'écran il y a des chances qu'après on passe à des écrans supérieurs* »

Quelques notions **d'effets positifs, d'apprentissage** ont été citées, notamment pour certains des apprentissages comme celui des langues.

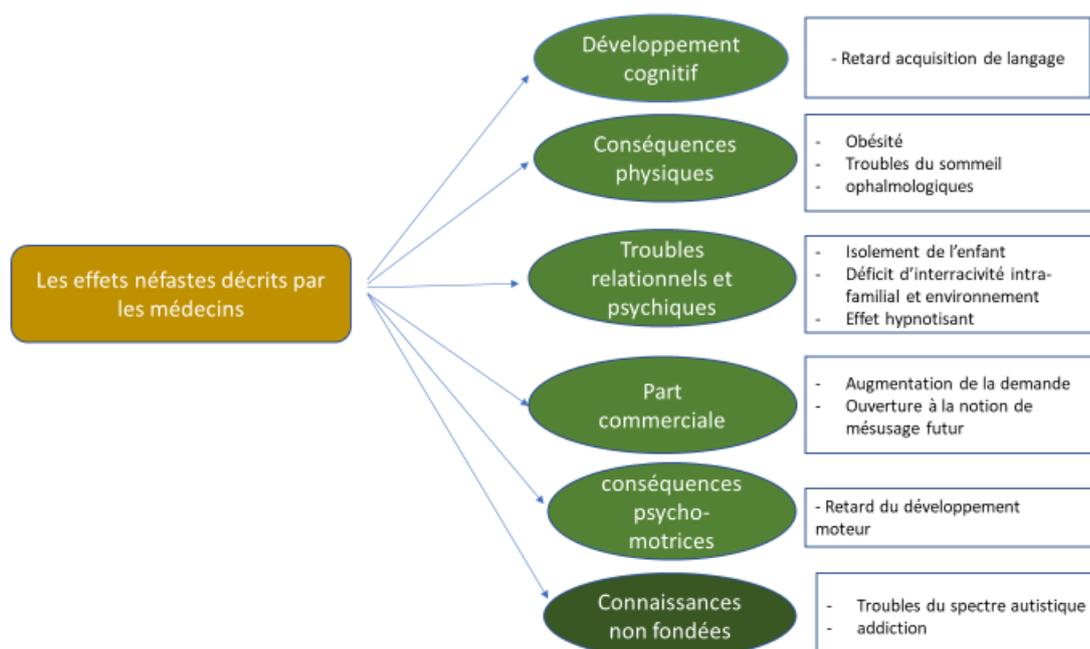
E9 : « *le parent peut aussi dire que (...) ça éveille l'enfant, il apprend l'anglais comme ça parce que je lui fais écouter de l'anglais en vidéo (...) oui effectivement c'est pas mal d'écouter de l'anglais* »

L'idée d'un **effet bénéfique pour le parent**, et non l'enfant lui-même, a été soulevée. Les médecins étaient partagés, à la fois ils y voyaient un avantage, et de l'autre critiquaient ce comportement.

E2 : « *une facilité quand il y a besoin d'avoir un peu de tranquillité pour faire autre chose, c'est quand même bien pratique et après c'est le cercle vicieux.* »

I.4. Des connaissances non fondées également

De par les informations médiatiquement les plus diffusées, certains médecins ont évoqué l'addiction et le **risque d'autisme** lié à une surexposition aux écrans de tout petits. L'un d'eux a également parlé du Trouble Déficitaire Attentionnel et Hyperactivité



I.5. Mais sur quelles sources s'appuient-ils ?

À l'heure actuelle, le problème de la surexposition aux écrans n'est **pas toujours vu comme un problème de santé publique**.

E1 : « *si on se rendait compte avec un peu de recul sur le sujet que ça posait un réel problème de santé publique* »

Quelques médecins connaissaient la règle des 3-6-9-12 dans le cadre de la campagne du Dr. S. TISSERON (annexe 4). Les autres recommandations et avis français ou étrangers n'étaient pas connus. Mais ces règles étaient jugées peu applicables en pratique et les médecins les adaptaient. Ils s'appuyaient donc dessus, mais **évoquaient principalement le bon sens**.

E3 : « *le peu de choses que j'ai pu lire c'est très descriptif de cas, il y a des très peu de choses concrètes expliquées donc c'est peut-être juste du bon sens.* »

Les autres informations étaient recherchées au cas par cas ou par curiosité sur internet sur des sources reconnues fiables par le médecin. Dans leur pratique ils avaient remarqué une disparité des patients, certains s'intéressaient au sujet, d'autres n'étaient pas informés, d'autres n'étaient pas d'accord.

I.6. Une disparité dans l'utilisation des écrans dans la population, encore floue

Tous les médecins interrogés ont évoqué un **usage des écrans inégalitaire sur le plan socio-économique**.

E2 : « *moi je constate que ceux qui vont avoir plus de surexposition aux écrans ça va être les gens qui vont être un peu plus défavorisés sur le plan socio-économique.* »

Certains l'exprimaient dans le cadre global d'une **hygiène de vie défavorable**, en tant que comportement associé à une mauvaise alimentation notamment.

E2 : « *ils vont avoir tous les autres problèmes qui vont avec, souvent c'est ceux qui ne vont pas bien s'alimenter aussi* »

E7 : « *je demanderai le temps passé devant les écrans avec son coca* »

D'autres l'abordaient dans une volonté de mettre en avant le fait qu'un **aspect financier** n'était pas nécessairement un frein aux activités variées d'un enfant.

E9 : « *C'est vrai que des parents entre guillemets plus modestes... Enfin c'est plus facile de mettre un enfant devant un écran plutôt que les occuper. Et il n'y a pas forcément de sous pour s'occuper d'un gamin* »

On notait également l'envie de lutter contre la croyance que jouer avec d'autres jeux coûte cher.

E8 : « *Et surtout que des fois les enfants ils ne leur faut rien pour s'amuser hein* »

Il leur était difficile d'expliquer la cause de cette disparité. Un médecin ressentait une **détresse du parent** dans ce comportement :

E4 : « *(cite une mère) « juste j'ai passé une journée compliquée au travail et là j'ai besoin de souffler un peu (...) C'est pas bon pour la santé mais enfin, c'est bon pour ma santé à moi, je serai un peu tranquille et je... » (...)* On ne peut pas juger les parents. »

I.7. Des médecins concernés par des mesures de précaution

Les médecins se sentaient peu informés sur le sujet de la surexposition aux écrans des enfants de moins de 3 ans, et ne connaissaient que peu de recommandations.

Mais globalement tous se sentaient concernés dans un **principe de mesures de précaution**. L'un des médecins a évoqué que les connaissances sur le sujet pouvaient n'être que des prémisses.

E3 : « *On voit que la face émergée de l'iceberg pour le moment* »

Mais dès lors qu'une information plus consensuelle serait mise à disposition et que le problème serait reconnu comme un problème de santé publique, tous étaient convaincus de leur rôle dans l'éducation et prévention des patients.

E7 : « *si après on découvre que ça peut être responsable de troubles psychologiques, d'apprentissages, de troubles des relations sociales... oui on a notre place.* »

II. Comment se positionnent-ils dans la prévention de la surexposition aux écrans ?

II.1. La valorisation de la prévention en France : un objectif d'actualité

Plusieurs médecins ont soulevé le fait que la prévention en médecine générale en France **n'était que trop peu pratiquée**. Mais ils ressentait néanmoins actuellement une certaine volonté d'améliorer cette prévention.

E6 : « *La prévention ce n'est pas difficile, il suffit que vous soyez certains que les gens à qui vous avez expliqué le problème aient compris* »

Certains exprimaient un sentiment de **ne pas avoir l'impact attendu** sur les patients, et que ceux-ci ne se **responsabilisaient pas assez** concernant leur santé.

E5 : « *on est beaucoup dans le curatif, mais le préventif en France on n'est peut-être pas très bon sur les gens,*

(...) sur le fait de les sensibiliser au fait qu'il faut qu'ils se prennent en charge, qu'ils se sensibilisent à leur santé. »

Mais certains voyaient dans la **surmédicalisation** un risque et un frein pour la valorisation et l'amélioration de la prévention.

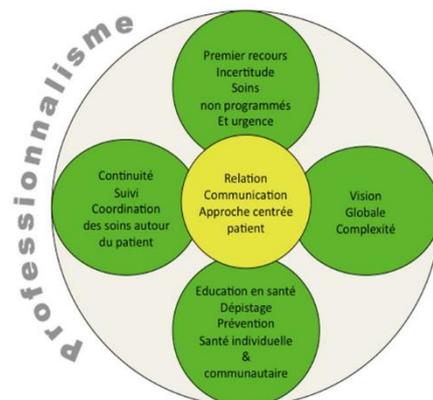
E6 : « ce n'est pas la télémédecine qui va aider, on va faire de la pseudo prévention parce que les gens vont se médicaliser, ils seront connectés mais ils ne seront pas prévenus »

II.2. Pourtant les pratiques de prévention restent très hétérogènes

La pratique des médecins de l'étude restait très diversifiée, et certains ne pratiquaient presque pas de prévention.

E7 : « Compte tenu de mon activité je ne suis pas trop branché là-dessus moi »

D'autres tenaient à leur rôle privilégié de médecin traitant pour pouvoir être au plus près du patient pour informer et prévenir avant tout.



Concernant l'enfant d'âge pré scolaire, il existe des consultations systématiques, jusqu'à 2 ans minimum. Il a été soulevé que les **consultations de suivi du nourrisson étaient déjà très chargées** en information pour le parent, incluant beaucoup d'éducation et de prévention, rendant l'ajout de cet item peu prioritaire.

E5 : « Je pense que de l'expérience, c'est qu'on ne va pas aller le chercher parce qu'on a beaucoup de choses à faire dans le suivi sur un temps restreint »

Un médecin a mentionné les **ROSP** (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), qui évaluent certaines pratiques, et qui pourraient concerner plus d'actes de prévention.

E1 : « un réel problème de santé publique, faire comme ils font sur tous les trucs sur lesquels doit appuyer la sécurité sociale pour que les médecins le fassent, c'est de la faire rentrer dans les ROSP »

Les pratiques des médecins sont variées, certains seront plus axés sur la prévention et l'éducation du patient et d'autres plus orientés vers des soins d'urgences. Mais concernant le thème des écrans, cette disparité ne semblait pas être uniquement due à des habitudes de pratiques quotidiennes, mais également à une vision différente du problème selon le médecin.

II.3. La surexposition aux écrans est vue comme un problème sociétal avant tout

Comme nous l'avons vu, l'écran est omniprésent dans la vie des parents comme de façon croissante dans la vie des enfants. Parmi les médecins, l'écran était vu comme **un fait de société majeur**, et la société avait selon eux, à prendre elle-même des mesures afin d'en contrôler d'éventuelles conséquences.

E4 : « *c'est difficile d'agir en prévention primaire, avant que ça arrive, je pense que ce n'est pas le travail du médecin généraliste, je pense que c'est plus un travail social, de la société* »

Les médecins ont mentionné la nécessité de **différencier le physiologique du pathologique** dans ce contexte :
 E5 : « *qu'est ce qui est du physiologique et qu'est ce qui est du pathologique en fait. C'est délicat parce que comme on dit dans toute culture, dans des sociétés, la norme du physiologique et du pathologique bah elle dépend de tous ces paramètres-là* »

Ce qui leur permettrait de mieux connaître leur position et légitimité dans les actes de prévention.

Pour la majorité, le problème de la surexposition aux écrans chez l'enfant **n'était pas encore un problème de santé publique**. Ils insistaient alors sur le rôle de la société non seulement dans les mesures de limitation d'exposition, mais surtout dans **l'information du lien entre écran et santé**, qui ne paraissait pas évident pour tout patient.

E4 : « *le médecin il est quand même accès santé et je pense qu'il y a des gens qui ne voient pas le lien entre la santé et les écrans* »



Figure 3: lien entre exposition aux écrans et santé

Ils mentionnaient le principe **d'auto-éducation à l'utilisation des écrans** au quotidien, qui relèverait plus d'actes sociétaux.

E4 : « *est ce qu'on est des éducateurs d'humain ?* »

Ils se sentaient éducateurs sur des thématiques plus anciennement étudiées. Mais ce rôle concernant les écrans n'était pas évident.

Ils considéraient comme un devoir pour la société de prévenir et **éduquer en masse**, un maximum de potentiels patients et comparaient alors ce rôle à l'éducation à l'alimentation avec les slogans « Mangez 5 fruits et légumes par jour ».

Ce message éducatif aiderait les médecins à agir secondairement, et à répondre aux questions des parents, **sans avoir un discours stigmatisant**.

E4 : « *nous, derrière, médecins, on n'a pas le discours « vous savez c'est mauvais pour sa santé !* » »

Face à ce problème mi sociétal, mi sanitaire, pour les médecins c'était : E4 : « *A chacun de trouver sa place là-dedans.* »

La majorité considérait donc, à l'heure actuelle, **la société comme acteur principal de la prévention primaire**. Celui diffusant des messages généraux. Les médecins l'ont comparé aux messages de type :

E4 : « *La société doit donner ce genre de messages : « zéro alcool pendant la grossesse »* »

Ouvrant la porte aux professionnels de la santé pour agir ensuite au cas par cas.

II.4. Puis un investissement professionnel dans la prévention secondaire

Tout d'abord la notion de prévention secondaire n'était pas homogène chez tous les médecins. Pour certains elle concernait des patients présentant une pathologie liée à la surexposition ou potentiellement liée. Pour d'autre le fait même d'être surexposé faisait rentrer l'enfant dans une prise en charge de prévention secondaire.

E4 : « *en prévention secondaire c'est-à-dire chez un enfant qui regarde trop les écrans, il y a des difficultés à discuter avec les parents (...) Ça je pense que c'est le rôle du médecin* »

E2 : « *Peut-être que ça le serait si on voyait des troubles apparaître mais pas forcément pour le tout-venant quoi.* »

Mais de façon globale chacun ressentait le besoin de **relier une surexposition à un potentiel symptôme**.

E2 : « *des gens qui amènent un symptôme ou une inquiétude et à ce moment-là oui peut être que ça ferait partie de la question d'interrogatoire de savoir combien de temps il est exposé aux écrans* »

Et dans tous les cas ces médecins se sentaient **prêt à répondre aux inquiétudes** et malgré des connaissances parfois insuffisantes, étaient prêts à appliquer le principe de précaution.

E5 : « *Spontanément je ne vais pas en parler aux parents mais par contre si eux ils viennent je vais oui, nous on est inquiets par rapport à ça, je vais exécuter* »

Ainsi, leur position était variable et une adaptation constante était considérée, notamment selon **l'évolution des connaissances sur le sujet**.

E5 : « *Moi en tant que généraliste je me vois dans la prévention secondaire sur si peu d'éléments* »

Cela ouvre la notion de pluralité des intervenants dans cette prévention.

II.5. Le médecin généraliste se voit comme un maillon d'une chaîne de prévention

Entre prévention et éducation, comme nous l'avons vu, les médecins généralistes ne savaient pas exactement où se positionner. Ils évoquaient surtout le fait que ce travail dans sa globalité était l'œuvre d'un **travail d'équipe** incluant de nombreux acteurs et créant ainsi **une chaîne de prévention** :

L'orthophoniste était la plus souvent évoquée, que ce soit pour un rôle de prise en charge thérapeutique que pour de l'éducation

E3 : « *l'interlocuteur de 1er choix pour faire un bilan un peu exhaustif ce serait l'orthophoniste (...) l'orthophoniste a un rôle éducatif du parent très important aussi* »

Mais le médecin ne se sentait pas coordinateur de ces différents intervenants.

Les services de Protection Materno-Infantile (PMI) pour leurs actions prépondérantes en prévention et le suivi de l'enfant étaient également cités. Puis, la psychologue, et la diététicienne, pour les comportements associés à la surexposition et pour leur rôle éducatif, mais moins spécifique de l'enfant d'âge préscolaire.

Dans la société, les **professionnels de la petite enfance** aussi étaient inclus dans cette chaîne :

E4 : « *on n'est pas censé donner notre avis sur l'éducation d'un enfant, ce n'est pas notre rôle tu vois. Est-ce que ce ne serait pas plutôt les crèches ?* »

Enfin, les médecins appuyaient sur la participation de **la société** surtout en début de chaîne ou du moins pour organiser les actes de prévention.

E4 : « *je pense que beaucoup de professionnels ont leur rôle à jouer mais je pense que ce n'est pas mon travail de faire en sorte que ces professionnels aient un rôle* »

II.6. Un contraste entre activité professionnelle et vie personnelle

Nombreux médecins ont avoué faire attention à l'exposition aux écrans **dans leur vie personnelle**, que ce soit pour leurs enfants ou en discutant avec des proches de leurs enfants.

E1 : « *j'en parle avec ma sœur et avec mes amis (...) j'ai peut-être ce rôle de prévention alors que je ne le fais pas au cabinet* »

Ils se sentaient **en général plus à l'aise** :

E4 : « *moi j'ai l'impression en tant qu'humain que j'agis plus sur l'entourage proche qu'en tant que médecin (...) on sait quels sont leur seuil de susceptibilité* »

III. Les freins rencontrés sont multiples

III.1. Des doutes dans le choix des méthodes de communication

Chaque médecin évoquait des techniques d'approche et de communication différentes, selon leur propre pratique ainsi que selon le type de parent présent face à eux. Le choix de la technique d'information était parfois difficile sur un sujet qu'ils jugeaient si délicat.

Des médecins choisissaient d'aborder le sujet en informant des effets négatifs les plus fréquemment retrouvés, sans évoquer leur comportement à eux :

E1 : « *tu lui dirais « ben ça va faire quelqu'un qui va avoir du retard, qui va avoir des problèmes d'acquisitions » (...) Bah elle se bloque et elle le prend très mal donc en fait au bout d'un moment ça me saoule donc je prends du recul.* »

E4 : « *Moi je feinte un peu je dis « ah j'imagine que ça vous aide souvent d'utiliser ça pour quand elle est un peu difficile, ou quand vous êtes occupés » »*

Certains avaient **peur de ne pas bien faire passer le message**, de ne pas se faire comprendre.

E9 : « *On n'aime pas qu'on critique son gamin, donc c'est qu'en général on essaye d'aller par derrière. Enfin moi je sais que ce n'est pas ma position mais après... et il vaut mieux aller droit devant, mais je le fais toujours un petit peu « hypocritement » »*

Cela mettait en avant le sentiment général que pour la prévention de surexposition chez le petit, il ne fallait pas **agir sur le patient lui-même mais sur le ou les parents, ou la personne responsable**.

E9 : « *je me tourne vers les parents. Pour moi ce sont les parents qui éduquent. Après, qu'ils veulent des directives, on est là pour ça je veux dire* »

III.2. Des difficultés à se situer dans une éducation des patients, sans pathologie associée

Nombre d'entre eux ne se sentait **pas légitime avec la notion d'une éducation des parents aux écrans**, ou à la parentalité, à la diffusion de messages éducatifs, ceci sans définition claire d'une pathologie associée ni recommandation ou aide technique.

E9 : « *Ah bah un consensus ce serait mieux parce que si chacun donne son avis ! (...) s'il y a une reco c'est bien, c'est clair et on se sent un peu plus épaulés* »

Il en ressortait une peur de **paraître trop intrusif**, ou la peur de donner son avis plutôt qu'une réelle information scientifique lorsqu'ils s'appuyaient sur du bon sens. Ceci dans une appréhension globale de sortir de leur rôle de médecin traitant.

E4 : « *moi je rentre dans l'éducation mais de temps en temps je me pose la question de « est ce que je ne suis pas trop intrusive dans la vie des gens ? » »*

Ou être **trop paternaliste** :

E2 : « *c'est pour ça que j'essaie de faire attention de la manière dont je formule les choses pour essayer de ne pas les vexer, que ce ne soit pas moralisateur, le propos.* »

Une distinction entre physiologique et pathologique était jugée nécessaire, pour être plus à même de faire de l'éducation. Un médecin a fait une comparaison avec la tristesse et un réel état dépressif chez l'adulte :

E9 : « *si on définit que c'est pathologique, nous en tant que médecin c'est quand même notre rôle (...) Tu le vois quelqu'un qui est triste (...) tant qu'il n'y a pas des impacts sur sa vie quotidienne ce n'est pas du pathologique. On ne traite pas, on écoute, c'est du soin en soi mais pas du traitement pathologique (...) c'est délicat.* »

De plus ils trouvaient cela difficile, d'avoir un discours cohérent, face à **des parents parfois convaincus du contraire** concernant les écrans pour les tout petits par exemple :

E9 : « *le parent peut aussi dire qu'il a lu sur une étude quelconque que au contraire ça éveille l'enfant, il apprend l'anglais comme ça (...) alors on a l'air bête, oui effectivement c'est pas mal d'écouter de l'anglais mais du coup on est un peu.... C'est difficile !* »

Mais un sentiment général était que si le parent était en demande de conseils, ou qu'il exprimait des inquiétudes, les médecins répondaient à cela malgré ces difficultés. Mais ils ne se sentaient **pas toujours à l'aise** lorsque cela dépassait leurs connaissances ou compétences :

E4 : « *Mais de temps en temps je me vois faire du conseil de vie (...) sur la demande des patients. Lorsque je fais ça, à chaque fois je me dis « là je ne suis plus le médecin » et je me donne l'impression d'être un prêtre »*

Un manque d'outil a été largement exprimé à ce sujet.

III.3. Les freins ressentis chez le parent pour en parler

Selon les médecins, les difficultés pour les parents à parler de la surexposition aux écrans de leurs enfants de moins de 3 ans, étaient marqués par un sentiment de **honte sociale**.

E4 : « *je pense que ça ne se fait pas socialement de le dire « je mets mon enfant devant l'écran comme ça il me fout un peu la paix » »*

Celle-ci était vécue comme une difficulté majeure pour les médecins car elle amenait le parent à mentir au médecin pour se protéger d'un **jugement extérieur**.

E1 : « *ils vont toujours minimiser de toute façon le temps qu'ils passent devant les écrans. »*

Le mensonge n'était pas vu seulement pour se protéger des critiques de l'entourage, mais aussi pour s'éviter **des inquiétudes** vis-à-vis de la santé de leur enfant.

E5 : « *c'est toujours délicat parce qu'en pédiatrie il faut quand même avoir beaucoup de diplomatie pour ne pas inquiéter les parents »*

Et enfin le mensonge permettait aussi de cacher le sentiment de **jugement interne** ou un sentiment d'échec. Le sentiment de ne pas réussir dans son rôle de parent a été mentionné par plusieurs médecins démontrant le poids que cela peut avoir et les répercussions. Le sentiment de détresse du parent dans ce jugement interne a été sous-entendu lors d'un entretien, mais peu décrit.

E4 : « *c'est aussi « ah bon ? ton enfant il regarde la TV ?? » et il y a aussi des parents qui sont débordés, des parents qui ont du mal à gérer leur petit. »*

Les messages de prévention pouvaient être interprétés comme une **remise en cause de leur parentalité**, élément à prévenir et à éviter par le médecin.

E5 : « *ça remet quand même en cause le fait d'être parent sur les conseils que tu peux faire, sur l'éducation, c'est quand même très compliqué parce que on pense qu'il y a une seule façon d'éduquer et en fait pas du tout (...) chaque famille est unique »*

De façon indirecte, les médecins avaient tous le sentiment que le parent pouvait être informé, conseillé, accompagné, mais que la difficulté venait aussi du fait qu'il était **le seul à pouvoir agir**, et cette notion n'était pas toujours évidente.

E4 : « *le patient, il faut que je l'impulse mais après ce sera à lui d'adhérer ou de ne pas adhérer »*

Allant même parfois jusqu'à évoquer une **légère hypocrisie parentale** à ce sujet-là :

E5 : « *écrans/tablette (utilisées par les nounous) et c'est vrai que les parents s'en plaignent énormément. A contrario ils ne font pas forcément à la maison les efforts* »

Finalement de nombreux parents répondaient aux questions et messages de prévention en se justifiant de leur utilisation avec leur enfant, ce qui sous entendait pour les médecins que **le problème était connu puis, soit appliqué, soit nié.**

E5 : « *s'ils pleurent ou même pour les vaccins (...) ils vont dire « je sors l'écran parce que ça le calme, mais vraiment de façon ponctuelle parce que ça le calme mais je ne veux pas qu'il soit trop écran* »

Mais comme dans beaucoup de messages d'éducation et de prévention :

E9 : « *On le sait mais on ne le fait pas. Et on sait très bien qu'un écran c'est la facilité* »

III.4. Les freins lors d'une diminution d'exposition

Certains médecins ont accompagné des familles dans une tentative de limitation de l'usage des écrans de leurs enfants. La principale des difficultés auxquelles le médecin devait faire face était le **découragement.**

E2 : « *pour le défaire d'un écran c'est un conflit parce que ça n'a pas du tout le même effet qu'un autre jouet* »

Des crises lors du retrait, une demande excessive de l'enfant d'accéder aux écrans qui étaient durs à gérer et amenaient à un abandon de la démarche.

Les médecins faisaient face aussi au **sentiment de culpabilité** : les parents n'étant pas toujours assez présents auprès de leurs enfants, ils préféraient céder à leurs demandes plutôt que de rester fermes.

E1 : « *Elever un enfant ce n'est pas ça, c'est compliqué, c'est apprendre à dire non sans avoir peur qu'il ne t'aime plus parce qu'il t'aimera toujours, c'est ton enfant.* »

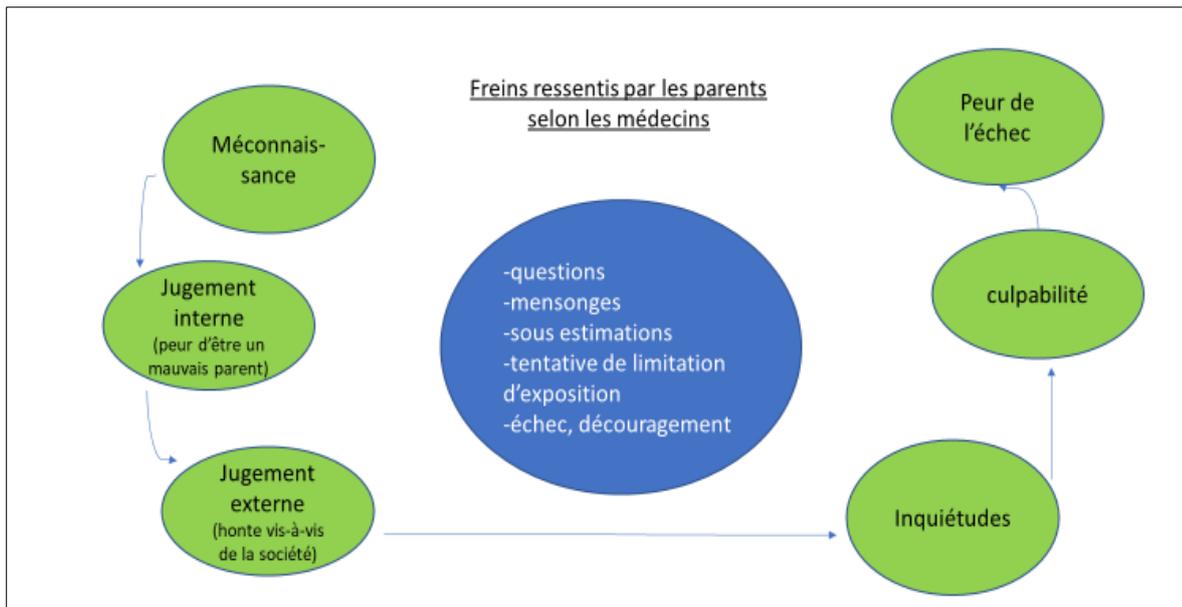


Figure 4: Freins ressentis par les médecins généralistes

III.5. Les freins ressentis par le médecin généraliste

Les médecins généralistes étaient divisés quant aux freins qu'ils pouvaient ressentir. Certains n'y voyaient pas de potentiel problème particulier, d'autre appréhendaient la réaction en face.

La peur de heurter la fierté parentale en **remettant en cause leur responsabilité** et leur éducation pour le bon développement de leur enfant.

E5 : « *c'est une remise en question du rôle de parent, c'est la remise en question de la responsabilité en tant que pathologie* »

Une appréhension à perdre la **relation de confiance** du parent a été décrite.

E1 : « *Bah elle se bloque et elle le prend très mal, donc en fait au bout d'un moment ça me saoule donc je prends du recul* »

Globalement une relation de confiance préalable avec connaissance de la famille était jugée indispensable.

E4 : « *Sûrement que j'y arriverai, les parents que je connais bien, que je connais depuis longtemps, qui ont confiance en moi* »

Les freins aux pratiques de prévention sont fréquents en médecine générale. Les généralistes interrogés en avaient ressenti plusieurs et tentaient d'y remédier pour réussir à diffuser le message de manière plus efficace.

IV. Développement de stratégies par les médecins généralistes pour améliorer leur pratique préventive

IV.1. Des choix de consultations distinctes : pour se sentir plus à l'aise

Pour établir un climat adapté, les médecins ont évoqué que **la prévention devait s'organiser** et ne pas se faire directement lorsqu'ils voyaient un nourrisson sur un écran. Ceci se déroulait le plus souvent lors de la consultation du parent, ainsi ils ne se sentaient pas toujours à l'aise d'orienter la consultation sur l'enfant.

E4 : « *Mais en même temps, quand ils viennent en consultation et qu'ils donnent l'écran aux enfants pour qu'on soit tranquilles, c'est qu'ils viennent pour eux, ils ne viennent pas pour leur enfant.* »

Ou alors les médecins jugeaient qu'une consultation surchargée avec la présence de tous les enfants n'était pas un climat favorable pour faire passer un message.

Ils préféraient alors **utiliser des rappels** ou petits mémos pour se souvenir d'en reparler lors d'une consultation ultérieure. E9 : « *les parents mais quand ils reviennent pour une pathologie quelconque, je le note dans le dossier et je lui en reparlerai.* »

IV.2. Nécessité de bien connaître ses limites

Très souvent les médecins avaient conscience de ne pas être assez informés sur le sujet. Ils ressentaient alors le besoin de bien définir leurs propres limites dans leur discours.

Ils évitaient notamment de prendre un rôle de parent avec la famille, **un rôle trop paternaliste**.

Lors de conseils d'éducation, conseils de vie sur ce sujet encore récent avec des connaissances scientifiques tout juste émergentes, ils préféraient parfois arrêter la discussion ou questionner sans conseiller derrière pour **ne pas être trop intrusifs**.

E4 : « *moi je rentre dans l'éducation mais de temps en temps je me pose question de : est-ce que je ne suis pas trop intrusive dans la vie des gens...* »

Ils évoquaient là une différence avec ce qui est de la prévention de l'obésité, surveillance du poids... Des connaissances claires, où ils connaissaient leur champ d'action :

E4 : « *je sais quel aliment est bon et pourquoi, je maîtrise donc je sais de quoi je parle* »

Mais si la demande du patient était claire dans un besoin de conseil de vie, un avis du médecin, celui-ci pouvait dépasser cette limite tout en se sentant sortir de son rôle de médecin.

E4 : « *vous savez là je sors du rôle de médecin, je leur donne mon avis, ce n'est pas la vérité* »

IV.3. S'adapter et prévenir les freins ressentis par les parents

Les médecins avaient pour la majorité dans leur patientèle une population pédiatrique assez importante. Ils se sentaient habitués aux difficultés d'informer les parents sur des sujets sensibles concernant leurs enfants. Finalement, ils reconduisaient certaines solutions pour y parvenir dans le cadre de la surexposition aux écrans chez les tout-petits.

Concernant l'inquiétude parentale, ils évoquaient la **diplomatie**, en insistant sur le critère préventif du message.

E5 : « *il faut quand même avoir beaucoup de diplomatie pour pas inquiéter les parents* »

Ils rappelaient l'absence de pathologie présente à ce niveau-là, et les risques encourus. En insistant sur un bénéfice à long terme et non immédiat. Ceci afin de prévenir aussi le sentiment de découragement potentiel.

L'adaptation au contexte familial était majeure, E2 : « *enfin il y a des gens avec qui peut être que ça marchera* » ; l'importance **d'écarter toutes représentations personnelles** et éventuellement des préjugés :

E2 : « *arriver à en parler sans être dans le jugement, sans qu'ils aient l'impression d'être jugés* »

Ne **pas donner son avis personnel** dans un contexte d'information ou de réassurance parentale était également essentiel.

E9 : « *Ah bah un consensus ce serait mieux parce que si chacun donne son avis !* »

Y consacrer du temps : ils précisait du **temps lors de la consultation** si le parent avait des questions et ainsi que le médecin puisse y répondre. Mais aussi **du temps sur le suivi**, le nombre de consultations nécessaires pour sentir que les messages et conseils étaient passés et compris.

E4 : « *peut-être qu'un message qui est dit puis qui est redit ça finit par faire son chemin, donc ce n'est jamais du temps perdu* »

Faire passer **un message général plutôt qu'orienté** sur la famille en question, était vécu comme une bonne méthode pour prévenir les freins parentaux, notamment la culpabilisation. Ce message était destiné aussi aux parents sur leur propre consommation et utilisation des écrans ce qui était vu comme majeur pour avoir un effet sur l'enfant.

E7 : « *Mais on est tous sur des attitudes qui n'est pas a priori bonne et qu'il faudrait qu'on remette en cause. Et je ne vois pas pourquoi la culpabilisation.* »

IV.4. Un dégradé de pratiques : de la prévention individuelle à la prévention de masse

IV. 4. A. Comprendre la motivation de l'utilisation des écrans

Dans leur pratique, les médecins concevaient l'importance de connaître le **contexte socio-économique** pour comprendre l'utilisation des écrans au domicile.

E1 : « *mais je pense aussi qu'il peut y avoir un facteur socio-économique là-dedans* »

Ils appuyaient aussi sur le fait de connaître les contextes d'utilisations, quels écrans, à quel moment de la journée, et pourquoi : E4 : « *ce qu'on peut un peu faire, c'est de demander aux parents « et sinon est ce qu'il regarde les écrans ? » « Ils regardent les dessins animés des fois ? ils regardent la télé avec vous ? »* »

Ils essayaient alors de développer **des questions types**, évoquaient la nécessité de dépliants, afin de se sentir plus à l'aise face au parent. E1 : « *Un dépliant avec des questions types à la limite à poser* »

Tout ceci était dans un but de voir les **comportements dans leur globalité** au domicile, des habitudes de vies incluant les écrans et médias ; sujet jugé trop difficile à évoquer de façon isolée.

E3 : « *en tant que parent c'est difficile on s'imagine aussi à la place des gens* »

Ces mesures permettaient aux médecins de s'engager sur une discussion concernant **les habitudes familiales** et d'inclure le rôle des parents dans cette prévention.

IV.4.B. Responsabiliser et informer sans conseiller

Ils éprouaient de la difficulté à nuancer le fait d'informer les parents des effets de la surexposition aux écrans des enfants et des mesures à appliquer afin d'en éviter les conséquences ; et le fait de leur faire prendre conscience de leur implication et leur rôle là-dedans : soit de **responsabiliser les parents**.

E1 : « *que c'est très compliqué à faire passer comme message, de leur expliquer qu'en faisant ça ils nuisent à leur santé.* »

C'était pourtant une étape essentielle pour évoluer dans la prévention. Les médecins ont mentionné à plusieurs reprises **l'étape d'imitation** de l'enfant pour aider à faire réaliser le parent combien leur comportement pouvait avoir un impact sur le comportement du petit.

E2 : « *ils nous voient faire aussi beaucoup, donc c'est peut-être ça aussi, que faire glisser des images (...) et de voir que ça a un effet sur l'écran* »

Seuls les parents pourront agir sur l'exposition aux écrans de leurs enfants. Pour les médecins ils évoquaient là que c'était en leur faisant prendre conscience de leur propre utilisation qu'ils pourraient agir sur l'exposition de leurs enfants.

IV.4.C. Evoluer par des conseils pratiques

Les médecins sentaient qu'il fallait réussir à conseiller les parents par **petits exemples pratiques**.

E3 : « *y aller avec des petits conseils ou progressivement ou en faisant autre chose de manière pro active avec les enfants au lieu de leur dire juste éteint l'écran* »

Ils essayaient de faire retrouver de l'intérêt ailleurs que sur l'écran : proposer des jeux, manger ensemble sans la TV, ou retirer les écrans des chambres.

Y aller ainsi par étapes leur permettaient de **réaliser les difficultés au quotidien** pour la famille.

E4 : « *C'est important d'aborder qu'est-ce qu'il se passe à la maison (...) il y en a qui ont vraiment des horaires difficiles (...) qui sont deux à élever un enfant, (...) ou un seul, il y en a qui sont deux dans la maison mais un à élever l'enfant...* »

Puis de pouvoir au mieux adapter les recommandations ou conseils au contexte présent.

E3 : « *c'est très strict, mais voilà, après c'est comme tout il ne faut pas être à cheval sur les choses* »

Certains évoquaient de programmer des consultations dédiées, sans certitude d'un effet bénéfique, alors que d'autres évoquaient plus une pratique d'information sans y consacrer une consultation : utiliser le temps et la répétition pour un plus grand impact. Il s'agissait là pour eux d'une modification des habitudes de vie, qui leur paraissait difficile à mettre en place, et qui allait nécessiter du temps pour **une amélioration pérenne**.

E5 : « *prévenir de ce risque là mais je dis ça de façon informative mais ce n'est pas l'objectif de la consultation* »

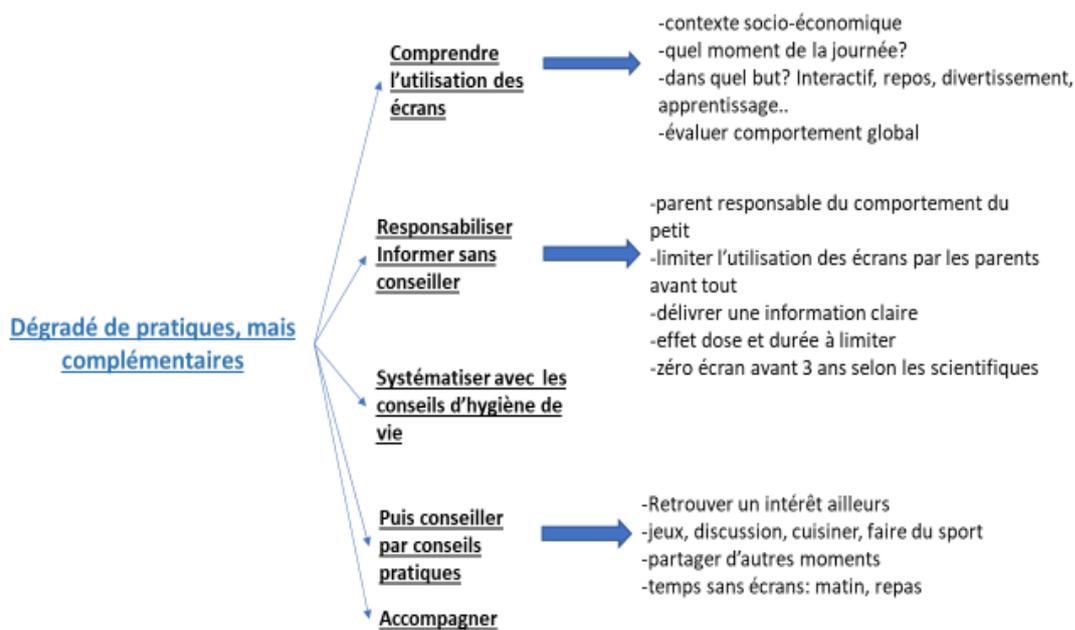
IV.4.D. L'associer aux mesures et conseils d'hygiène de vie

Aucun médecin ne l'avait inclus dans les **consultations systématiques du nourrisson**, mais ils évoquaient l'idée de le faire à l'avenir.

E2 : « *je pense que ça peut être facile à glisser dans les recommandations dans ce qu'on dit aux parents de manière systématique, mais j'avoue que moi ce n'est pas systématique* »

Néanmoins, c'était un sujet **moins bien maîtrisé** et certains se sentaient plus d'en parler comme d'un **comportement associé à risque** plutôt que d'une prévention à part entière.

E4 : « *donc non ce n'est pas du coup sur le même cadre que l'alimentation. C'est beaucoup plus flou, scientifiquement parlant pour moi, même si j'en suis persuadée* »



IV.5. Importance de savoir relativiser et d'être diplomate

Les médecins constataient aussi que l'écran était un **outil pratique**.

E1 : « *donner un téléphone bah voilà c'est un loisir gratuit et accessible* »

En effet il était quelques fois utile notamment au cabinet, **lors des gestes** :

E4 : « *quand il y a des gestes techniques, c'est arrivé au parent d'utiliser un petit dessin animé (...) pour montrer à l'enfant par exemple pendant que je le suture mais là j'ai plutôt trouvé l'outil intéressant et puis clairement c'est le parent qui est allé chercher la vidéo (non l'initiative de l'enfant)* »

Et ils admettaient que l'écran pouvait aider également au domicile, **comparé à une nounou** :

E4 : « *il y a aussi des parents qui sont débordés, des parents qui ont du mal à gérer leur petit, l'enfant qui pleure, la maison, le travail, le conjoint, les autres enfants, et que... c'est beaucoup décrit .. Mais que les écrans c'est la nounou gratuite en fait.* »

Cela incluait la notion de **santé de la maman** (ou du papa qui était plus rarement évoqué). Difficilement avouable en société, mais que le médecin percevait dans les paroles des parents :

E4 : « *je ne dis pas qu'il faut le faire, mais c'est facile de mettre le petit devant les dessins animés, ils sont complètement hypnotisés. (...) que juste j'ai passé une journée compliquée au travail et là j'ai besoin de souffler un peu* »

Donc ils avaient conscience qu'ils devaient pour prévenir au mieux, **relativiser dans certains cas et rassurer**.

Ils pouvaient prendre le temps pour agir et mieux comprendre la situation :

E7 : « *Et quand tu suis les gosses dans du développement dans du long terme, ce n'est pas forcément ceux-là qui vont plus mal après !* »

Enfin, ils savaient être directif et **arrêter la prévention** si nécessaire :

E4 : « *la réponse du père c'était « de toute façon c'est comme ça qu'on apprend des choses, c'est hyper bon pour le cerveau, les jeux ça développe le cerveau » enfin bon il y a aussi des gens qui ne veulent pas entendre. »*

IV.6. Cas particulier de l'association à l'obésité : principe de comportements associés

Le lien entre prévention du surpoids et consommation d'écrans a été évoqué à plusieurs reprises. Les médecins s'étaient vu faire une évaluation du taux d'exposition aux écrans mais dans un **contexte de comportement associé et à risque**, plutôt que d'un facteur de risque à part entière.

E7 : « *On peut y penser à mon avis si j'étais en train de prendre en charge un gosse pour trouble du poids, obésité, je demanderais le temps passé devant les écrans avec son coca. »*

V. Particularité de l'enfant d'âge préscolaire : une prise en charge du cadre familial est nécessaire

V.1 L'importance d'agir sur les parents et la structure familiale

Pour réaliser de la prévention chez le tout petit, les médecins évaluaient tout d'abord le contexte de la structure familiale. En effet, l'écran était un **outil essentiel aux parents au quotidien**, par exemple dans le cadre du travail.

E4 : « *euh les parents qui essaient de lutter contre, ils ont du mal parce que c'est vraiment très présent* »

Et l'enjeu des médecins était de faire prendre conscience aux parents **du poids de leur comportement au domicile** :

E2 : « *leur faire prendre conscience que c'est un problème mais en fait ça remet en cause beaucoup de leurs habitudes de vie* »

Si ceux-ci ne modifiaient pas leurs habitudes en limitant leur utilisation au domicile en présence des enfants, ces derniers ne pouvaient pas se limiter et comprendre les mesures de restriction.

E4 : « *C'est important d'aborder qu'est-ce qu'il se passe à la maison, comment vous gérez à la maison* »

Une **motivation parentale** considérée plus facile à engager puisqu'il s'agissait d'agir sur leur enfant et non sur eux même ; mais freinée lors de l'application.

E2 : « *Autant pour les enfants souvent ils sont plus volontaires mais dès que ça demande... Dès que ça les touche aussi c'est compliqué de changer.* »

E3 : « *participation des parents et ils ne sont pas forcément toujours prêt au sens convaincu du bienfait et aussi par manque de temps et par manque de motivation quoi.* »

Comprendre, en termes de dimension psycho-sociale, pourquoi le parent utilise l'écran, était jugé autant important. Finalement, les freins à leur propre limitation prenaient une place majeure pour pouvoir agir chez l'enfant.

V.2. Responsabilisation des parents avant tout devant une situation de dépendance et vulnérabilité de l'enfant

Les médecins se sentaient de façon générale **plus à l'aise pour évoquer le sujet des écrans avec des enfants plus grands**, et des adolescents qu'avec les moins de 3 ans.

E4 : « *si je devais commencer un combat contre les écrans ce serait chez les plus grands. (...) j'aurais l'impression de pouvoir vraiment agir et de comprendre sur quoi est ce que j'agis.* »

L'enfant d'âge préscolaire est en situation de dépendance face au parent et expliquer cette **vulnérabilité au parent** soulevait le problème que finalement ce qui était « mal fait », ce serait de son ressort. Un message fort, que certains médecins appréhendaient à faire passer, mais que d'autre voyaient plutôt comme un message de responsabilisation.

E3 : « *je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne savent pas (...) l'impact négatif que peut amener cette exposition-là ; donc oui c'est juste un point de prévention. Je ne pense pas que ce soit mal pris.* »

Ils considéraient finalement cela **plus difficile dans le cadre d'une prévention secondaire**.

E5 : « *C'est déjà très délicat quand c'est une pathologie qui est pathologie somatique. Là, quand c'est quelque chose qui peut être prévenu par les parents c'est vraiment très délicat.* »

Il paraissait également plus difficile de dépister **un trouble de développement peut-être trop subjectif** : il fallait toujours remettre dans son contexte, le problème n'était peut-être pas la surexposition en elle-même !

E5 : « *c'est quand même très compliqué parce qu'on pense qu'il n'y a qu'une seule façon d'éduquer et en fait pas du tout, chaque enfant est unique, chaque famille est unique et donc tu as un développement qui est très individuel* »

V.3. Et prendre en compte la dimension psycho-sociale parentale

L'état de santé du parent, dans sa globalité était essentiel à évaluer. La surexposition était ressentie par les médecins comme une **façade d'un problème sous-jacent** ; ou comme une solution à un autre problème.

E4 : « *On ne parle pas de la même chose avec un père ou une mère d'un enfant de moins de 3 ans qui te dit « de toute façon je l'utilise parce que sinon je n'y arriverai pas autrement » tu sens qu'il faut aller chercher dans la structure familiale, dans le conflit économique »*

Ce ressenti était plus fort dès lors que **le parent minimisait l'exposition au domicile.**

E2 : « *l'expérience que j'en ai même si elle n'est pas très grande, c'est plutôt ça. C'est plutôt minimiser que d'affronter vraiment le problème. »*

Du besoin parental jusqu'au reflet d'une souffrance de celui-ci, l'exposition des enfants aux écrans amenait le médecin à se recentrer sur la prise en charge du parent plutôt que de l'enfant.

E4 : « *Je sais bien que c'est zéro écran avant 3 ans mais je pense quand même que si un moment elle les met 2 fois 30 min devant dans la semaine quand elle explose... je n'en sais rien, mais celle-là je ne vais pas agir sur elle »*

V.4. Retour sur des écarts peu explorés du facteur socio-économique

Dans cette prise en charge globale certains médecins avaient évoqué des **différences selon les milieux socio-économiques**. Les raisons étaient encore floues :

E5 : « *Ce qui serait intéressant ce serait de voir en fonction des critères, surtout sur le plan socio-économique je pense c'est assez intéressant de voir la différence et d'aller chercher ces gens-là parce que je pense que clairement comme sur pas mal de choses il doit y avoir un écart. »*

Et la plupart ne se sentaient **pas à l'aise d'intervenir lorsque le problème de la surexposition devenait un problème secondaire voir tertiaire dans le cadre familial.**

Ils préféraient alors s'aider de confrères et agir en équipe avec d'autres professionnels :

E1 : « *tous les troubles pédo psy, moi je les adresse (...) des pédo psychiatres, ils font des évaluations. Parce que bon... est ce que le trouble vient de la surexposition ou pas et eux ils vont poser le diagnostic parce que moi ça dépasse mes compétences »*

VI. Un ressenti général confiant et concerné pour l'avenir

VI.1. Un sujet en essor et une sensibilisation à venir

Les médecins étaient confiants d'une **meilleure sensibilisation à venir** à ce sujet.

E5 : « *on est tous d'accord que la surexposition aux écrans ça a un effet néfaste (...) Encore faut-il pouvoir le prouver et ça c'est encore un autre débat. Mais ça fait partie de ces choses-là où on débute nos carrières et on sait que ça va se développer* »

Le meilleur moyen qu'ils évoquaient était dans le **partage d'expériences et de connaissances** en petits comités tels que **pendant les groupes de pairs**.

E6 : « *les soirées médicales. Les médecins se rencontrent, on mange on rigole et on en parle.* »

D'autres y voyaient plus d'apprentissage lors de **formations médicales continues** :

E9 : « *une brève formation très pratique quoi. (...) avec une petite formation rapide nous disant voilà on a remarqué ça et ça, ça nous permet à nous d'être un peu costauds par rapport au parent demandeur.* »

Certains centres médicaux organisaient **des soirées d'informations aux parents**, et voyaient un intérêt à inclure le thème des écrans dans ces soirées.

E4 : « *C'est la maison de santé qui organise ça, une soirée d'information sur les maladies infantiles et puis vient qui veut (...) on pourrait rajouter un message pour la prévention des écrans même si ce n'est pas trop la même chose* »

Un médecin aussi a évoqué les **passages de la sécurité sociale**, annuels, lors desquels il voyait un moyen d'être informé :

E1 : « *que la sécu quand t'es en cabinet libéral, ils passent assez régulièrement, plusieurs fois par an pour te mettre à jour des dernières recommandations.* »

Ils ne savaient pas pour la plupart si **le carnet de santé** comprenait un message à ce propos.

E2 : « *enfin je ne crois pas qu'il y ait d'intitulé à ce sujet dans le carnet de santé* »

D'autres moyens encore marquant pour informer la population ont été proposés, dont les acteurs ne seraient pas de la santé mais de la société.

VI.2. Des solutions existent pour informer tout le monde sans inégalité

En termes de santé publique, les médecins prévoient une augmentation des moyens amenant l'information aux gens sans qu'ils ne le demandent : des affiches, des prospectus, à mettre en salle d'attente, en lieux publics d'éducation à l'enfance... :

E2 : « *un peu de documentation de type affiche en salle d'attente, petits prospectus pour que les gens puissent mine de rien en attendant lire sans se sentir obligé de poser une question (...) ça peut aussi faire un petit peu avancer les choses.* »

L'objectif était **d'atteindre les parents ne se posant pas la question**, ainsi de limiter au maximum la méconnaissance, et de faire alors réfléchir la population sur ce sujet :

E3 : « *voilà ces recommandations-là elles sont quand même... Tout le monde n'y a pas accès quoi, je pense que ce sont surtout les gens qui se posent un peu des questions sur la façon d'éduquer leurs enfants* »

Sur un mode plus pro-actif certains médecins se sentaient plus efficaces à l'idée de **faire participer les parents**, en faisant participer anonymement les parents par questionnaires :

E6 : « *des feuilles qu'ils puissent mettre en salle d'attente, que les parents ramassent ses feuilles et remplissent et qu'on les récupère.* »

Un sentiment général que **la politique de santé publique est à l'heure actuelle insuffisante là-dessus.**

VI.3. Entre société et santé publique, chacun doit agir pour obtenir un résultat

Un ressenti était partagé : **plus l'offre d'écrans de la société était grande, plus la prévention par les médecins serait difficile.** Deux médecins ont fait le parallèle avec le tabac, les écrans étant présents partout et accessibles à tous, la situation n'aidait pas à soulever le problème aux yeux des parents :

E5 : « *et ce n'est pas qu'un contexte médical, c'est un contexte de société où il y a une surexposition et c'est de façon générale en fait. À partir du moment où il y a du tabac partout bah on sait que ce n'est pas grave on verra plus tard quoi.* »

La prévention est en plus **un travail chronophage**, d'information, répétition, adaptation... et il n'était pas toujours facile pour les médecins de convaincre d'un intérêt de modification d'habitude.

E3 : « *les changements d'habitudes au quotidien ce n'est jamais facile !* »

E2 : « *quand on essaye de faire autrement et c'est là toute la difficulté pour les parents parce qu'ils ne voient pas bien que tout de suite (...) un résultat très concluant et pour eux ils ne voient pas l'intérêt de le faire. (...) les gens ne voient pas le problème parce qu'il n'est pas palpable tout de suite.* »

Mais malgré leur pessimisme, ils étaient convaincus qu'avec persévérance cela deviendrait plus facile après.

E5 : « à terme (...) En fait ce sera tellement dans les mœurs que les parents seront directement informés quoi. On en est à la phase de commencer l'information »

Les médecins avaient besoin **de l'aide de la société**, et de sa participation dans la chaîne de prévention : prévenir c'est informer, expliquer un problème et ses risques. Ils rappelaient les campagnes de publicité, les slogans, « les antibiotiques ce n'est pas automatique », et « mangez 5 fruits et légumes par jour ».

E6 : « c'est un levier, c'est pas tout seuls qu'on va y arriver »

Ils pensaient qu'un **message passant par la télévision** pour toucher directement le consommateur serait sûrement très efficace pour diffuser un message éducatif ou juste informatif et pour ouvrir la porte à la discussion :

E9 : « je ne veux pas dire que c'est aux médias de faire le boulot du médecin mais ça permet de sensibiliser les parents et du coup, à nous ils nous posent des questions »

E9 : « une bonne pub là-dessus ça serait intéressant. Que quelqu'un (...) finance les messages « attention aux écrans ». Mais un peu de publicités à l'anglaise quoi, qui sont un peu marquantes. Oui ça ça pourrait nous aider »

Cette participation informerait donc tout milieu socio-économique, tout type de contexte culturel, et ce de la même manière, **évitant alors le sentiment de jugement** :

E4 : « un peu un biais mais c'est vrai que je vais plus en parler à des gens dont j'ai l'impression qu'ils l'utilisent déjà »

Dans cet objectif, les médecins se voyaient intégrer aux questions de suivi du nourrisson une **question sur ce thème à titre systématique**.

C'est donc un effort de tous, de la société, aux médecins, aux professionnels de la petite enfance, et **principalement aux parents**.

En agissant au plus tôt avant la mise en place d'habitudes :

E2 : « d'éviter ce piège là parce que une fois que le rythme est pris ça peut être compliqué. »

VI.4. Les médecins restent lucides sur la nécessité de continuer les études menées

Les médecins avouaient voir ce **problème comme émergent** :

E3 : « On voit que la face émergée de l'iceberg pour le moment »

Et ils étaient **méfiant quant aux chiffres** et résultats de troubles secondaires à la surexposition des enfants de moins de 3 ans, dont le trouble du langage, et voyaient un lien causal à questionner :

E5 : « *est-ce que la prévention du trouble du langage est plus alerte ? et qu'on va avoir un suivi orthophonique plus renforcé par rapport à avant. Alors c'est que des suppositions je ne dis pas (...) Et du coup on se dit alors une augmentation, alors à quoi elle est due ?? alors effectivement il y a ce phénomène nouveau c'est peut-être ça qui explique mais il y a aussi d'autres éléments. »*

Concernant ce lien causal, un médecin a exprimé qu'il ne se sentait pas à l'aise pour **reconnaître la cause et la conséquence** dans certaines situations :

E7 : « *Après ce qu'il faut voir aussi, si ce n'est pas des troubles déjà existants qui font que les gosses se réfugient sur les écrans. Quelle est la poule, quel est l'œuf »*

Ils étaient donc en accord avec le fait que leur position et leur rôle se modifieraient avec l'avancée des connaissances scientifiques, et que les études devaient se poursuivre pour améliorer cette prévention.

E4 : « *on a du mal à trouver des études de haut niveau de preuve »*

VI.5. Mais des limites existent à cette prévention : petit message sur le développement durable et les lobbies

Quelques médecins restaient dubitatifs concernant la participation à venir de la société. Ils ont évoqué les **problématiques de financement des campagnes de publicité**, et le **lobby des fabricants d'écrans** et de contenus des écrans, qui poseraient un problème à la réalisation de campagnes efficaces.

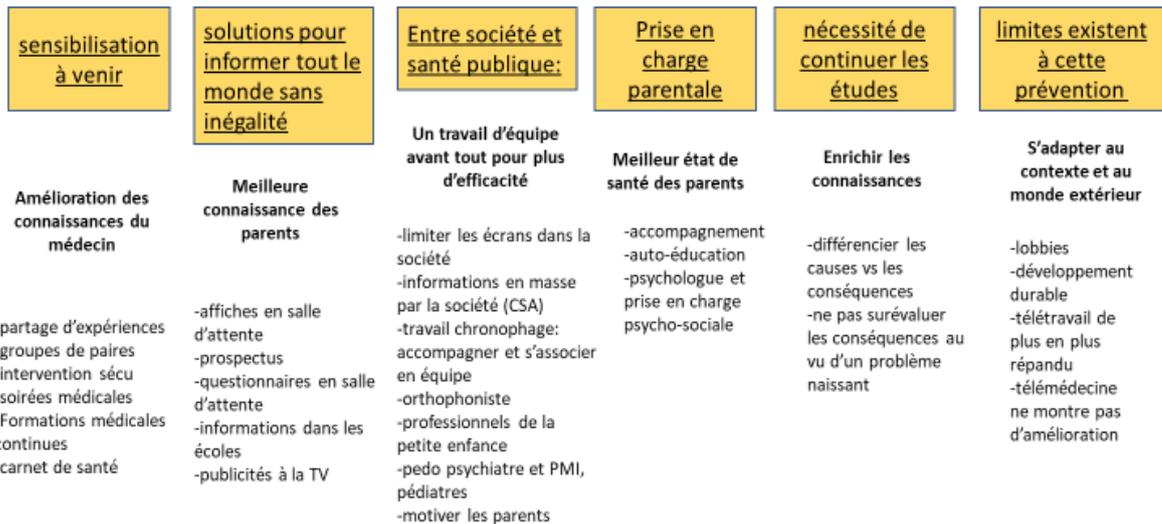
E5 : « *une sensibilisation sur les écrans, avec les pubs, les messages que voilà il faut limiter les écrans. Je pense qu'en pratique c'est compliqué parce que tu as derrière tout une industrie, tu as quand même des lobbies donc c'est compliqué, mais je pense que ce serait le bon bout sur la prévention primaire »*

E7 : « *mettez un spot pub à la TV ou autre, et là les vendeurs vont rouspéter. Et notre argent il va sauter. C'est ça la religion : business is business. « Votre santé nous est précieuse » »*

Et puis il leur paraissait clair que l'expansion de l'utilisation des écrans au quotidien pour les parents pour des obligations professionnelles, organisationnelles, gestion du domicile, n'allait pas aider à la limitation.

Enfin, un médecin sentait qu'un autre versant du problème pourrait se joindre à celui-ci dans un avenir proche, celui de sa **confrontation au développement durable !**

Un ressenti général confiant et concerné pour l'avenir



DISCUSSION ET PERSPECTIVES

I. Points forts et points faibles de l'étude

I.1. Les forces

Le sujet de cette étude est récent, c'est un sujet d'actualité, qui a été traité dans d'autres thèses en médecine générale, notamment ces 2 dernières années (V, 32). Il existe de nombreux travaux de recherche d'orthophonistes, axés sur les troubles du langage principalement, qui sont complémentaires avec ceux des médecins.

Dans cette étude, un échantillonnage varié en âge, sexe, et lieu de pratique a permis à l'enquêtrice d'obtenir des réponses diversifiées.

Le département des Hautes Alpes concerné par l'étude offrait des zones de recrutement rurales, semi-rurales et urbaines.

Le choix de s'intéresser à la tranche d'âge des 0 à 3 ans permettait un recueil plus précis des données, ses problématiques et mesures de prise en charge étant très spécifiques et non applicables aux plus grands.

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

Néanmoins cette étude présentait de nombreux biais :

I.2. Les biais

Les biais internes :

Cette étude évaluait le ressenti et le vécu de la prévention des médecins généralistes dans un domaine récent ; ils s'exprimaient alors souvent en suppositions d'actes : c'est-à-dire qu'ils décrivaient majoritairement ce qu'ils feraient en pratique s'ils pensaient à faire cette prévention. Ce biais aurait pu être limité en réalisant une seconde évaluation à quelques mois du premier entretien. Ce qui aurait permis de valider ou non leurs pratiques.

Ce biais est, d'une certaine manière, omniprésent dans les études qualitatives, car il est impossible pour l'enquêtrice de vérifier la véracité des dires.

Il existait également un biais de recrutement : une dizaine de médecins ont refusé de participer à l'enquête. La majorité par manque de temps, d'autres par manque d'intérêt pour l'étude, d'autres refusaient de participer à une enquête qualitative. Il en est ressorti que certains médecins avaient l'air d'être régulièrement contactés pour ces enquêtes.

Un médecin ne pensait pas apporter d'information pertinente pour l'étude, et malgré l'intérêt de l'enquêtrice pour son discours, il a malheureusement refusé catégoriquement d'y participer. Car elle avait, disait-elle, une vision globale assez pessimiste de l'existence humaine et de l'évolution du monde en terme climatique et géopolitique.

Trois des neuf médecins interrogés n'avaient pas d'interne en stage chez eux, il y avait donc une majorité de médecins déjà concernés par la formation médicale.

Dans ce cadre, la réalisation de focus group aurait été un atout pour permettre aux médecins d'échanger afin de faire naître de nouvelles idées et de rebondir sur certains points. Tous les entretiens réalisés étaient individuels en semi-dirigés.

Les biais d'investigation :

C'était pour l'enquêtrice une première expérience de recherche qualitative : il est certain que lors des entretiens, elle a pu manquer de neutralité dans ses expressions : une réaction d'étonnement ou de désaccord

lisible sur son visage a pu influencer le discours du médecin de peur d'être jugé, ou de « se tromper ». Ce biais a été reconnu dès le début, et l'enquêtrice a cherché à le limiter en gagnant de l'expérience dans la conduite des entretiens.

La plupart des médecins ont considéré l'enquêtrice comme une consœur, et s'autorisaient alors à parler librement de leur pratique professionnelle.

Une modification du canevas d'entretien a été réalisée après la 3ème interview ce qui a pu influencer les réponses ultérieures.

Les biais d'interprétation :

Un biais d'interprétation était inévitable au moment de l'interprétation de l'étude qui est par essence subjective.

Mais l'enquêtrice a limité ce biais par un double codage réalisé sur 4 entretiens, permettant une triangulation des données.

Les biais externes :

Le lieu de l'entretien était le lieu de travail pour la plupart, ce qui a entraîné quelques interruptions (passage d'un collègue, coup de téléphone...). Deux entretiens ont été réalisés en dehors du lieu de travail et un a été réalisé avec la présence de l'interne du médecin, mais qui n'a pas participé oralement à l'entretien.

Les entretiens dans les thèses qualitatives demandent du temps et parfois le médecin ne pouvait pas se permettre un créneau assez long, ce qui a pu presser l'entretien et peut-être limiter l'expression des idées. Pour limiter ce biais, l'enquêtrice a annulé deux entretiens devant l'impossibilité de programmer, par le biais de la secrétaire, un temps dédié de durée suffisante.

La présence d'une secrétaire pour le recrutement et l'organisation des rendez-vous était un atout la plupart du temps, néanmoins, à plusieurs reprises, cela a été une difficulté pour communiquer directement avec le médecin.

Par ailleurs :

Une pratique encore très rare pour les tout petits donc peu de données dans le vécu comparativement au ressenti.

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.

II. Discussion en comparaison avec les données de la littérature

II.1. Les connaissances des médecins généralistes

Les données analysées de cette étude étaient globalement en accord avec les données des écrits que nous avons pu consulter sur ce sujet.

Les médecins interrogés étaient intéressés par ce sujet de prévention. Ils avaient globalement notion d'effets néfastes des écrans sur la santé des petits enfants, mais se sentaient actuellement plus vecteur d'un principe de précaution qu'acteur d'une campagne de prévention. Ils jugeaient insuffisantes leurs connaissances précises des effets, de même pour les connaissances des données scientifiques, et des recommandations sur le sujet.

Ils ressentait cela d'autant plus chez les petits de moins de trois ans. Une partie des médecins se sentait plus à l'aise pour parler des écrans avec des pré-adolescents ou adolescents, un contact direct avec le patient étant plus facile, mais aussi parce qu'ils jugeaient plus approfondies les connaissances sur les effets des écrans chez les plus grands. Les problèmes induits leur étaient plus palpables et offraient au médecin le sentiment de pouvoir agir concrètement.

Comme le montre le rapport du HCSP en Janvier 2020 dans son « *analyse de données scientifiques sur l'exposition aux écrans des enfants* » : il existe toujours un bon nombre d'incertitudes scientifiques concernant les effets et le HCSP souligne le besoin de développer la recherche (45). Il y a actuellement des effets néfastes des écrans sur les enfants qui sont presque démontrés, d'autres plutôt suspectés à ce jour. Mais les études de haut niveau de preuve sont encore insuffisantes et pour déterminer un lien de cause à effet, et l'HCSP souligne la nécessité de développer d'autres études sur le sujet. Cette notion avait été évoquée par plusieurs médecins interrogés.

Lien de causalité :

Un médecin avait insisté sur le fait que la surexposition aux écrans puisse être une conséquence d'un problème sous-jacent, et pas seulement une cause à des troubles secondaires. Sur le principe de « la poule et l'œuf », il restait prudent sur l'utilisation limitée des écrans : ces derniers pouvaient selon lui, dans certaines situations, éloigner l'enfant d'un conflit, lui évitant peut-être ainsi d'être exposé à des traumatismes psychiques, affectifs, ou physiques. Cette notion est très difficile à mettre en évidence dans les études, et nécessite encore d'être explorée.

Établir ce lien était pour le médecin essentiel pour ne pas se limiter à soigner un symptôme sans résoudre le problème initial, voir risquer d'aggraver une situation notamment des conflits relationnels, familiaux, pour

lesquels l'écran serait une échappatoire et un divertissement intéressant. Ce contexte a été évoqué pour des milieux socioéconomiquement plus défavorisés, mais n'excluait pas les milieux aisés.

Enfin, le message n'était pas qu'il ne fallait pas prévenir ces patients, mais qu'il importait d'aborder le sujet, de façon prudente et globale.

La relation au contexte socio-économique :

Tous les médecins ont évoqué le contexte socio-économique familial. Ils avaient le sentiment que l'utilisation des écrans était inégalitaire selon le milieu de la famille. Un milieu plus populaire était globalement considéré plus à risque de surexposer son enfant aux écrans. Mais la raison de ce lien n'était pas claire chez les médecins interrogés.

Certains pensaient à une hygiène de vie globalement défavorable incluant une mauvaise alimentation, un manque d'activité physique et une surexposition aux écrans.

D'autres ont évoqué le problème financier, une vidéo, par smartphones ou TV étant d'accès gratuit. L'écran était vu comme un passe-temps ou activité peu onéreuse qui offrait à l'enfant une grande diversité de jeux, et au parent une occasion soit de partager cette activité avec ses enfants, soit de réaliser ses tâches ménagères ou familiales.

Il y a en effet eu une évolution ces 20 dernières années puisque l'accès aux différents supports, télévisions puis smartphones, tablettes et ordinateurs avec internet, s'est petit à petit démocratisé et est devenu possible pour toute classe socioéconomique. L'inégalité initialement liée au manque d'accès aux écrans est à ce jour liée à leur usage et mésusage. (38)

Dans son livre « 3-6-9-12 : Apprivoiser les écrans et grandir », l'auteur S. Tisseron écrit : « Les usages excessifs et/ou problématiques des écrans ne sont pas seulement une cause des problèmes, ils sont aussi et d'abord la conséquence de souffrances quotidiennes qu'il nous faut prendre en compte ». Cela montre le recours à l'écran qui peut être une conséquence d'un problème. Et dans un contexte socio-économique plus défavorisé, il pourra être retrouvé plus de souffrance quotidienne, charge de travail, difficultés à gérer le domicile, expliquant une exposition aux écrans plus importante.

La cohorte ELFE (Étude longitudinale Française depuis l'Enfance) a démontré un autre lien : « les deux principaux facteurs favorisant une audience télévisée partagée de la mère avec l'enfant de la cohorte Elfe sont d'abord une origine immigrée de la mère (...) et un faible niveau de diplôme ».

Mais le rapport du HCSP en 2020 soutient que « La différenciation sociale de l'usage des écrans qui apparaît dans les quelques travaux qui l'analysent porte en elle le risque d'une aggravation des inégalités sociales de santé, à court et moyen termes par les effets sanitaires soulignés dans ce rapport et potentiellement à long

terme par l'impact sur la construction et le développement cognitif, psycho-social et relationnel de ces enfants » (II).

Le contexte culturel :

Bien que les médecins aient évoqué l'influence du contexte socio-économique, peu ont évoqué le contexte culturel.

L'étude s'est déroulée dans un département majoritairement rural, avec une population ayant un accès facile à la nature. Certains médecins ne s'étaient pas doutés que le problème de la surexposition aux écrans touchait jusqu'aux moins de 3 ans.

Néanmoins, dans ces zones rurales il y a aussi des populations culturellement très variées. Comme le mentionne la cohorte ELFE, certaines familles voient dans les écrans des « ressources alternatives aux injonctions scolaires », ou un moyen d'intégration culturelle et linguistique. (3)

Les médecins n'ont pas évoqué cela, mais un médecin a cité un parent ayant revendiqué les bénéfices des écrans pour l'apprentissage de langues étrangères.

Les parts socio-économiques et culturelles sont parfois difficilement dissociables.

Dans leur pratique, les médecins sont concernés par ces inégalités. Ils citent leur expérience dans les conseils d'hygiène de vie, d'alimentation ou d'activité physique.

Les médecins sont alors confrontés à des situations de prévention où ils adaptent au mieux leur discours au contexte familial qu'ils ont face à eux.

Cela est régulièrement vécu comme une difficulté car sans saisir au mieux le contexte, les médecins se risquent à un discours stigmatisant et peu efficace. Surtout lorsque ces conseils sont de plus en plus nombreux. Ils abordent là le rôle croissant de la société, qui peut à leurs yeux avoir un discours préventif général et égal pour toute la population, et augmenter l'intérêt que les gens peuvent porter à ce sujet.

Un manque de connaissance des outils disponibles :

Plusieurs médecins interrogés n'étaient pas au courant d'un bon nombre d'outils disponibles : les affiches pour la salle d'attente, les prospectus, le message présent dans le carnet de santé.

Les actions et conseils pro-actifs avec participation des parents n'ont pas non plus été évoqués par les médecins, tels que la « semaine sans écrans », « le plan media parents ». Il existe également un recueil de questions types élaboré par la Société Canadienne de Pédiatrie (25).

Néanmoins ils ont exprimé ces idées comme réalisables avec le sentiment que ça les aiderait, montrant que c'est par défaut d'information que ces actions ne sont pas faites.

II.2 les médecins généralistes et les autres acteurs de la chaîne de prévention

Les médecins étaient donc concernés, mais agissaient plus dans leur vie personnelle que professionnelle. Pour les moins de 3 ans, nombreux ont avoué ne pas avoir eu l'idée d'en parler lors de consultations, mais tous ont été confrontés et interloqués par la vision d'un petit devant un écran pendant une consultation. Ils se sentaient peu sensibilisés principalement pour cette tranche d'âge. Ils ont insisté sur une responsabilité partagée de cette prévention, allant du corps médical, à la société ainsi qu'à d'autres professionnels de la petite enfance : une chaîne de prévention où chaque partie participe de façon complémentaire pour mieux agir et de façon plus adaptée. Certains ont cité quelques mesures prises telles que les réunions annuelles d'informations des pathologies de la petite enfance organisées par la maison médicale, les messages éducatifs des orthophonistes... Mais ils semblaient y reconnaître un manque de connaissance des actions mises en œuvre par les pouvoirs publics, les institutions, et confrères.

La société a débuté une prévention par différents biais :

- une loi a été proposée en 2019 concernant l'obligation de faire apparaître des messages sanitaires sur les TV et tablettes pendant les publicités (39)
- le CSA a élaboré des journées annuelles axées sur la protection des tout petits : avec leur campagne « enfant et écrans » (28)
- en 2017 Le Défenseur des droits recommande au gouvernement d'augmenter les recherches pour mieux appréhender les risques de l'usage des appareils numériques par le tout jeune public (40)

Les institutions et professionnels de la petite enfance sont aussi actifs dans ce combat :

- « #DigitalBaby, grandir dans la vraie vie » : campagne de sensibilisation donnant des conseils aux parents sur l'utilisation et la place du numérique dans les apprentissages fondamentaux des enfants âgés de 0 à 3 ans. Ceci a été établi par La Fondation pour l'enfance en 2017 (40)
- sur le site App enfant : des spécialistes du numérique accompagnent les parents par des guides, affiches et conseils, pour l'introduction des écrans chez les enfants (41)

Les actions concrètes menées par le corps médical :

- des conseils et des objectifs concrets pour limiter les écrans au quotidien proposés par l'Afpa et accessibles sur leur site Mpedia (33)



Figure 5: Redécouvrir des activités en dehors des écrans

- des affiches et prospectus, accessibles en PMI

Des associations sont créées :

- l'association OPAL (Orthophonie et Prévention en Alsace) gérée par des orthophonistes (42)
- yakapa, programme de prévention à la maltraitance, géré par S.Tisseron, a écrit un livre d'information et d'aide aux parents et aux professionnels (43) : la surexposition d'un enfant aux écrans étant considéré comme maltraitance

De nombreux acteurs sont alarmés et agissent dans le sens d'une limitation d'exposition des petits enfants aux écrans. Les différents maillons de la chaîne évoluent et l'on remarque chez les médecins généralistes des actions moins nombreuses. Une information et une formation sont à ce jour essentielles.

Pour l'avenir, les médecins généralistes appréhendaient toujours certains obstacles, dont principalement le manque de temps, ou le manque de rémunération et de valorisation des actes préventifs, ou encore une peur d'entrer dans un discours stigmatisant avec leurs patients. Ils ont parfois remis en doute l'impact de leurs actions préventives : certains parce que l'effet-dose n'était pas clairement défini ; d'autres doutaient de l'engagement parental dans ces mesures de prévention ; et la majorité jugeait l'implication des pouvoirs publics insuffisante devant une problématique familiale plus globale.

Pour se faire, ils souhaitaient que les pouvoirs publics les aident par des campagnes de publicité, par des messages s'adressant au plus grand nombre, et par une sensibilisation générale du lien des écrans avec la santé.

Des modifications dans les relations sociales et inter-familiales seront nécessaires pour limiter l'utilisation des écrans dans les familles, et la participation sociétale est sur ce point essentielle.

Malgré un pessimisme initial sur la capacité à changer les habitudes familiales, les généralistes s'étaient sentis aidés par des messages tels que « les antibiotiques c'est pas automatique » et imaginaient un message similaire pour les écrans.

À chacun sa place et ses objectifs : la société tend à informer et éduquer le plus grand nombre, les associations accompagnent des parents sensibilisés et motivés, les orthophonistes agissent en prévention secondaire...

Si la société informe la population du lien qu'il existe entre écran et santé, les médecins généralistes seront plus à l'aise pour chercher à comprendre les motivations et contextes d'utilisation des écrans, et éduquer les parents à l'utilisation des écrans. Le sentiment de gêne exprimé par les médecins en sera diminué. Cette notion a déjà été mise en évidence auparavant dans d'autres travaux de thèse (V).

II.3. Les parents, l'enfant et les écrans

Les médecins étaient bien conscients que pour obtenir un résultat sur l'enfant de moins de 3 ans, il fallait agir sur les parents.

Devant la diversité de caractères, cultures, ou milieux familiaux socio-économiques rencontrés, le médecin a lors de sa consultation individuelle une position privilégiée pour communiquer. Néanmoins les généralistes interviewés rencontraient une gêne, et des freins à cette prévention. Les conseils diffusés, même incomplets, étaient concordants avec les recommandations actuelles : pas d'écrans avant 3 ans, ou pas d'écran pendant les repas, ou pas avant le coucher...

Les médecins étaient volontaires pour informer les parents et accompagner la famille dans leur envie de limiter les temps d'écrans au domicile, mais se trouvaient en difficulté, surtout si ces derniers ne voulaient pas entendre le message, ou étaient convaincus des bienfaits des écrans ; ou encore lorsqu'ils essayaient de diminuer les temps d'exposition et se retrouvaient face à des crises et pleurs incontrôlés de leurs enfants. Il leur arrivait alors de clore le sujet, et parfois d'en reparler à d'autres occasions.

Ils ont senti que la gêne parentale venait souvent d'un jugement interne, du sentiment d'être « mauvais parent ». Les médecins ont émis certaines idées pour aider les parents à agir sur eux même, et ainsi les bénéfiques seraient visibles naturellement chez l'enfant : utiliser une application qui quantifie leur temps passé sur leur smartphone, ou l'éteindre le soir au coucher en le laissant dans le salon, de limiter la TV au salon...

III. Perspectives

Les médecins généralistes se sentent donc impliqués dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants de moins de 3 ans, et affichent une volonté de l'améliorer. La manière de l'appliquer reste difficile à déterminer et très variable selon chaque médecin. Le nouveau rapport du HCSP de 2020 est un outil majeur pour les aider à l'avenir, et il peut être associé aux recommandations de la SFP.

Dans le cadre d'une formation continue, il pourrait être intéressant de faire participer les médecins à de courtes formations ou réunions, animées par des experts sur le sujet. Ceci avait été réalisé et jugé bénéfique, dans les Hautes Alpes, lors de la problématique de la loi rendant les 11 vaccinations du nourrisson obligatoires pour les aider à répondre aux questions et craintes parentales.

L'idée de valoriser cette prévention par la sécurité sociale et de l'inclure dans les ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) pourrait être évaluée également.

Pour être à l'aise dans leur prévention, les médecins pourraient s'appuyer sur des messages généraux, accompagner et éduquer à la parentalité face aux écrans. Mais finalement, si une gêne existe, ils pourraient aussi conseiller le parent pour limiter sa propre utilisation sans pour autant mentionner l'enfant. Les études ont montré que l'utilisation des écrans des enfants de cet âge-là était dépendante de l'attitude du parent ainsi en agissant sur le parent un bénéfice sera obtenu chez le petit.

Nous avons vu qu'un bon nombre d'actions, campagnes de publicité, prospectus d'informations et sites existent actuellement. Ces messages sont diffusés dès la maternité, puis à la TV, dans les crèches, dans les écoles, sur internet... Un certain nombre de familles sont nouvellement informées jour après jour et diminuent leur utilisation des écrans et celle de leurs enfants. Néanmoins il reste des personnes qui ne sont pas informées, ou qui ne se sentent pas concernées. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude interrogeant directement les parents afin d'évaluer de façon anonyme leur connaissance du sujet, ainsi que le biais par lequel ils ont pu être informés. Cela permettrait de comprendre les moyens d'informations les plus entendus, les points positifs ou négatifs de chacun. Cela pourrait même aider à déterminer comment sensibiliser les personnes qui ne savent pas. Cette problématique est retrouvée dans toutes les préventions, de savoir comment atteindre la personne concernée mais la plus difficile à atteindre.

La surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 3 ans est certes un problème de santé publique en plein essor, mais sa prise en charge ne peut relever du milieu médical seul. Et celui-ci n'est pas le seul à

rencontrer des freins. Les lobbies des fabricants de produits numériques sont une force de résistance à laquelle les intervenants de cette prévention peuvent se heurter. Cette problématique sort du domaine médical, mais influe sur l'efficacité du discours des médecins.

CONCLUSION

Les enfants de moins de 3 ans sont de plus en plus exposés aux écrans dans leur quotidien : qu'ils soient utilisés de façon passive ou active que le support soit : la télévision, le smartphone ou la tablette. Des articles de recherche démontrent des impacts négatifs de cette exposition croissante sur cette population et sont publiés depuis maintenant une vingtaine d'années. Leur nombre ne cesse d'augmenter. Des recommandations françaises et internationales apparaissent et incluent le médecin généraliste dans cette lutte préventive visant à limiter l'exposition de ces enfants pour en diminuer les conséquences.

L'objectif de cette étude était de connaître le vécu et les représentations que les médecins généralistes des Hautes Alpes ont dans la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 3 ans, permettant d'établir un état des lieux de la situation actuelle et de comprendre comment améliorer les pratiques par la suite.

Les médecins interrogés avaient un intérêt certain à cette prévention, mais avouaient n'agir que très peu et particulièrement pour cette tranche d'âge où les effets étaient moins connus. Ils se sentaient tous concernés dans la prévention secondaire, et appliquaient un principe de précaution si l'occasion d'une éducation se présentait. Ils n'avaient pas évoqué le sujet de façon spontanée ou systématique. Le défaut de connaissance des conséquences et des outils disponibles pour agir étaient des freins majeurs pour l'application d'une prévention primaire en cabinet et pour l'éducation parentale à l'utilisation des écrans.

Certains exprimaient un pessimisme concernant l'impact que pourrait avoir leur discours en tant que médecin. Ceux-ci jugeaient le problème actuellement plus sociétal que sanitaire, concernant l'éducation parentale. Le problème n'était pas toujours considéré comme un problème de santé publique. D'autres médecins restaient confiants sur leurs actions de prévention, mais avec un ressenti d'un nouveau combat long et complexe au vu du contexte polémique et de l'omniprésence des écrans.

Il ressortait de cette étude un besoin des médecins d'une participation sociétale préalable aux actions menées par le corps médical.

Des formations théoriques visant à sensibiliser les médecins sur les connaissances actuelles et les outils existants semblent essentielles. Les recommandations doivent être diffusées et connues des médecins et des

patients. La société doit continuer ses actions préventives malgré les difficultés qu'elle rencontre : ce qui aidera chaque médecin à agir de façon systématique et à entrer dans une éducation parentale adaptée pour une prévention primaire plus efficace.

Appliquées par différents acteurs et visant un même objectif, des actions de prévention adaptées et complémentaires sont à mettre en œuvre pour obtenir des résultats, créant une chaîne de prévention dont chaque maillon est essentiel.

La difficulté à appréhender est le fait qu'une surexposition aux écrans peut être une conséquence d'un problème sous-jacent, problème pour lequel le médecin est le premier contact. C'est une action de prévention secondaire majeure, bien que plus délicate dans cette situation. La surexposition est elle-même un symptôme avant d'être la cause de troubles chez le petit. Un renforcement de la chaîne de prévention est important, avec une bonne communication entre médecin et professionnels de la petite enfance, ainsi que le partage d'expérience entre confrères.



Bibliographie :

1. 5 à 6 écrans par foyer pour regarder des vidéos - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Toutes-les-actualites/Actualites/5-a-6-e-crans-par-foyer-pour-regarder-des-vidéos>
2. 2019 12 30 Médiamat Annuel 2019.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.mediametrie.fr/sites/default/files/2019-12/2019%2012%2030%20M%C3%A9diamat%20Annuel%202019.pdf>
3. Berthomier N, Octobre S. Enfant et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte Elfe. Culture études. 4 oct 2019;n° 1(1):1-32.
4. Équipement des ménages – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676680?sommaire=3696937>
5. CP-e-crans-enfants-09-2016.pdf [Internet]. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: <https://afpa.org/content/uploads/2017/06/CP-e-crans-enfants-09-2016.pdf>
6. Instruction obligatoire [Internet]. [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1898>
7. Fondard F. Étude sur les attitudes des parents. :12.
8. Tisseron S. Les dangers de la télé pour les bébés. :34.
9. Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid102387/loi-n-2013-595-du-8-juillet-2013-d-orientation-et-de-programmation-pour-la-refondation-de-l-ecole-de-la-republique.html>
10. 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.
11. DeLoache JS, Chiong C, Sherman K, Islam N, Vanderborcht M, Troseth GL, et al. Do babies learn from baby media? Psychol Sci. nov 2010;21(11):1570-4.
12. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, et al. Audible television and decreased adult words, infant vocalizations, and conversational turns: a population-based study. Arch Pediatr Adolesc Med. juin 2009;163(6):554-8.
13. Robb MB, Richert RA, Wartella EA. Just a talking book? Word learning from watching baby videos. Br J Dev Psychol. mars 2009;27(Pt 1):27-45.
14. Esseily R, Guellai B, Chopin A, Somogyi E. L'écran est-il bon ou mauvais pour le jeune enfant ? : Une revue de la littérature sur la prévalence de l'écran et ses effets sur le développement cognitif précoce. Spirale. 2017;83(3):28.

15. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*. avr 2004;113(4):708-13.
16. Zimmerman FJ, Christakis DA. Associations between content types of early media exposure and subsequent attentional problems. *Pediatrics*. nov 2007;120(5):986-92.
17. Miller CJ, Marks DJ, Miller SR, Berwid OG, Kera EC, Santra A, et al. Brief report: Television viewing and risk for attention problems in preschool children. *J Pediatr Psychol*. mai 2007;32(4):448-52.
18. Wolf C, Wolf S, Weiss M, Nino G. Children's Environmental Health in the Digital Era: Understanding Early Screen Exposure as a Preventable Risk Factor for Obesity and Sleep Disorders. *Children (Basel)* [Internet]. 23 févr 2018 [cité 9 sept 2019];5(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5836000/>
19. Media and Young Minds | American Academy of Pediatrics [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/19/peds.2016-2591>
20. Collings PJ, Kelly B, West J, Wright J. Associations of TV Viewing Duration, Meals and Snacks Eaten When Watching TV, and a TV in the Bedroom with Child Adiposity. *Obesity (Silver Spring)*. oct 2018;26(10):1619-28.
21. Media C on C and. Media Use by Children Younger Than 2 Years. *Pediatrics*. 1 nov 2011;128(5):1040-5.
22. Thompson DA, Christakis DA. The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatrics*. oct 2005;116(4):851-6.
23. Cheung CHM, Bedford R, Urabain IRSD, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Sci Rep*. 13 avr 2017;7(1):1-7.
24. 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 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cps.ca/fr/documents/position/le-temps-d-ecran-et-les-jeunes-enfants>
25. CPS_ScreenTime-FR.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cps.ca/uploads/about/CPS_ScreenTime-FR.pdf
26. 3-6-9-12 - Apprivoiser les écrans et grandir [Internet]. 3-6-9-12. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.3-6-9-12.org/>
27. Bach J-F, Postaire É, Bernard A. L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des sciences. Paris: Pommier; 2013.
28. La protection des tout-petits - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Proteger/Protection-de-la-jeunesse-et-des-mineurs/La-protection-des-tout-petits>

29. Le message de l'OMS au jeune enfant : pour grandir en bonne santé, ne pas trop rester assis et jouer davantage [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>
30. 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.
31. 2018TOU31037.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.upstlse.fr/2195/1/2018TOU31037.pdf>
32. Vdovenko K. Impact des écrans sur la santé des enfants. Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste. :50.
33. Découvrez les écrans, un temps pour tout [Internet]. *mpedia.fr*. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-les-ecrans-temps-pour-tout/>
34. Nos outils sur les écrans [Internet]. *mpedia.fr*. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/outils-thematique-ecrans/>
35. les écrans : un danger pour les enfants de 0 à 4 ans / Screens: danger for the 0 to 4 year olds [Internet]. [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9-eldSE57Jw>
36. Ces écrans qui capturent nos enfants [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/interception/interception-12-janvier-2020>
37. Les enfants et les écrans [Internet]. *Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR*. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/les-enfants-et-les-ecrans/>
38. Pasquier D. L'Internet des familles modestes: Enquête dans la France rurale [Internet]. *Presses des Mines*; 2018 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pressesmines/4115>
39. l18-131-syn.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l18-131/l18-131-syn.pdf>
40. rae-2018-numaccessible-21.11.18.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae-2018-numaccessible-21.11.18.pdf>
41. Enfants : quel écran pour quel âge ? [Internet]. *App-enfant*. 2015 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://app-enfant.fr/quel-ecran-pour-quel-age-infographie/>
42. Prévention écrans [Internet]. *OPAL orthophonie et prévention en Alsace*. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.association-opal.fr/prevention-ecrans/>
43. 15_06_11_la_télévision_dans_les_maternites_-_mis_en_ligne.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2020]. Disponible sur:

https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/texte/15_06_11_la_television_dans_les_maternites_-_mis_en_ligne.pdf

44. « L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans : Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques du 9 avril 2019 » disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2019/04/19.4.9-Rapport-Ecrans-et-adloescents.pdf>
45. Rapport et Avis 2019 du HCSP sur l'Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans : disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
46. L'enfant et les écrans: 2018 recommandations du groupe de pédiatrie générale (Société Française de Pédiatrie) à destination des familles et des pédiatres : disponible sur <https://www.docvadis.fr/apsq78/enfants-et-ecrans/recommandations-de-la-societe-francaise-de-pediatrie/l-enfant-et-les-ecrans-2018-recommandations-du-groupe-de-pediatrie-generale-societe-francaise-de-pediatrie-a-destination-des-familles-et-des-pediatres/>
47. Franc C, Leveillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : Une typologie des consultations et visites. Etudes et résultats. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Août 2007 ; 8 [Internet] [consulté le 10/03/2015].
Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
48. Thèse publiée en 2018 par C. FOUILLAND, et C. MICHON intitulée : représentations et pratiques des médecins généralistes d'isère et de savoie sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, et pistes pour l'amélioration des pratiques <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01849384/document>
49. Article de littérature sur le sujet intitulé : Troubles de l'attention, du sommeil, du langage... « La multiplication des écrans engendre une décérébration à grande échelle » disponible sur : https://www.lemonde.fr/sciences/article/2019/10/21/michel-desmurget-la-multiplication-des-ecrans-engendre-une-decerebration-a-grande-echelle_6016350_1650684.html

Abréviations :

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

AAP : American Academy of Pediatrics

SFP : Société Française de Pédiatrie

GPC : Groupe de Pédiatrie Générale

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

TV : télévision

SFP : Santé Publique France

PNNS : Plan National Nutrition Santé

CSA : Conseil supérieur d'Audiovisuel

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

ELFE : Etude longitudinale Française depuis l'Enfance

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

TDAH : Trouble Déficitaires Attentionnel et Hyperactivité

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

Annexe 1 :

CANEVAS D'ENTRETIEN n°1

Etude qualitative auprès des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes : Vécu et ressentis de la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge pré scolaire

Feuille de consentement aux enregistrements, servant de lettre d'information.

Toute information recueillie restera anonyme.

Etat des lieux de l'échantillon interrogé :

- lieux d'activité dans le 05
- tranche d'âge
- sexe
- l'activité pédiatrique
- ancienneté d'installation en années
- situation familiale

Question brise-glace :

- Pensez-vous qu'il existe un impact sur la santé des enfants en âge pré scolaire de cette exposition ?
Quelles conséquences ?
(Relances :
psychiatriques :
 - *développement cognitif : créativité, dextérité, persévérance, gout de l'effort (faculté au plaisir immédiat)*
 - *représentation du monde : risque d'angoisse*
 - *relations interpersonnelles : manque d'attachement essentiel au développement, défaut d'interaction*
 - *psychique : tendance aux addictions, désocialisation, rejet de l'école, intolérance à la frustration*Somatique :
 - *les troubles du sommeil*
 - *l'obésité*
 - *l'hyperactivité et l'agitation*
 - *céphalées, ophtalmo*Développement psycho moteur)

Dépistage :

- Le dépistage de cette surexposition : que faites vous ?

- A quel moment intervenir ? (*Consultations systématiques, consultations pour troubles du sommeil, pour crises inexplicables, consultations pour le parent avec enfant sur un écran pendant la consultation...*)
 - quelles difficultés rencontrez-vous à en discuter avec la famille, les parents dans la relation médecin/patient ? (*mère/père célibataire, contexte social en difficulté, charge et horaires de travail lourdes, pathologie parentale..*)
- Que ressentez-vous lorsque le parent comprend l'intérêt d'une modification de comportement mais ressent des difficultés à l'appliquer ? (*retrait strict des écrans difficile, crise des enfants, culpabilisation ressentie à l'exposition de leurs enfants ainsi qu'au retrait des écrans..*)
- Avez-vous eu des situations qui vous ont fait vous mettre en retrait concernant cette prévention ? (*réactions agressives, incompréhension, parent ne voulant pas en tendre parler*)
- Quels seraient vos besoins pour affronter les difficultés rencontrées lors de la prise en charge initiale ? (*lors de conseils de modification de comportements, comment rassurer ?*) (*prospectus, associations spécialisées ? professionnels de santé autres ?*)

Références et recommandations :

- Sur quelles références vous basez-vous lors du conseil parental ? (expérience personnelle cabinet et situations personnels, recommandations, lecture et littérature grise concernant le sujet)
- Avez-vous vu et que vous évoque les vidéos de préventions du dr DUCANDA ?
- Qu'évoque pour vous la règle 3-6-9-12 de Serge Tisseron ?
- Quel intérêt peuvent-elle apporter pour vos patients ?

Accès à un réseau de prise en charge :

- Comment voyez-vous votre implication dans cette prise en charge ?
- (consultation de contrôle systématique ? retour après avoir vu spécialiste ? ...)
- L'organisation pratique de ces consultations pose-t-elle des problèmes ? (Temps, disponibilité) Le ressentez-vous comme une surcharge de travail ?
- Avez-vous parfois recours à d'autres professionnels ? Qui ? (est-ce difficile de choisir le professionnel le plus adapté ? le choix d'une association concernée ? info des tatas ou nounou ? gestion des délais ?)
- Que pensez-vous de la politique de santé publique dans ce domaine ? (reconnaissance, implication des médecins généralistes)

Les attentes :

- Quelles propositions de réseau/ support d'information pour améliorer le dépistage précoce de cette surexposition ?
- Quelles seraient vos suggestions pour l'aide à l'information des parents des effets potentiels de cette exposition ?
- Pensez-vous qu'une formation adressée aux médecins et professionnels de la petite enfance serait utile ?

Annexe 2 :

CANEVAS D'ENTRETIEN n°2

Etude qualitative auprès des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes : Vécu et ressentis de la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge pré scolaire

Feuille de consentement aux enregistrements, servant de lettre d'information.

Toute information recueillie restera anonyme.

Etat des lieux de l'échantillon interrogé :

- lieux d'activité dans le 05
- tranche d'âge
- sexe
- l'activité pédiatrique
- ancienneté d'installation en années
- situation familiale

Question brise-glace :

- Que pensez-vous personnellement de l'impact de cette exposition, sur la santé des enfants en âge pré scolaire ?

(Relances :

Psychiatriques :

- *développement cognitif : créativité, dextérité, persévérance, gout de l'effort (faculté au plaisir immédiat)*

- *représentation du monde : risque d'angoisse*

- *relations interpersonnelles : manque d'attachement essentiel au développement, défaut d'interaction*

- *psychique : tendance aux addictions, désocialisation, rejet de l'école, intolérance à la frustration*

Somatique :

- *les troubles du sommeil*

- *l'obésité*

- *l'hyperactivité et l'agitation*

- *céphalées, ophtalmo*

Développement psycho moteur)

Dépistage :

- Quelle est votre expérience personnelle de cette prévention ? (*Vous évoque-t-elle une situation ?*)

- Quelles sont les circonstances pour lesquelles vous évoqueriez l'exposition aux écrans et ses effets secondaires chez les petits ? (*Consultations systématiques, consultations pour troubles du sommeil, pour crises inexplicables, consultations pour le parent avec enfant sur un écran pendant la consultation...*)
- quelles difficultés rencontrez-vous à en discuter avec la famille, les parents dans la relation médecin/patient ? (*Mère/père célibataire, contexte social en difficulté, charge et horaires de travail lourdes, pathologie parentale, facteur socio-économique : quelle réaction ?..*)
- Que ressentez-vous lorsque le parent comprend l'intérêt d'une modification de comportement mais ressent des difficultés à l'appliquer ? (*Retrait strict des écrans difficile, crise des enfants, frustration, culpabilisation ressentie à l'exposition de leurs enfants ainsi qu'au retrait des écrans, principe de modification du comportement parental !*)
- Avez-vous eu des situations qui vous ont fait vous mettre en retrait concernant cette prévention ? (*Réactions agressives, incompréhension, parent ne voulant pas entendre parler*)
- Quels seraient vos besoins pour affronter les difficultés rencontrées lors de la prise en charge initiale ? (*lors de conseils de modification de comportements, comment rassurer ?*) (*Prospectus, associations spécialisées ? professionnels de santé autres ?*)

Références et recommandations :

- Sur quelles références vous basez-vous lors du conseil parental ? (*Expérience personnelle cabinet et situations personnels, recommandations, lecture et littérature grise concernant le sujet*)
- Vous sentez-vous suffisamment informé pour votre pratique au quotidien ?
- Qu'évoque pour vous la règle 3-6-9-12 de Serge Tisseron, les vidéos du dr DUCANDA?

Accès à un réseau de prise en charge :

- Comment voyez-vous votre implication en tant que médecin généraliste dans cette prise en charge ? (*Consultation de contrôle systématique ? retour après avoir vu spécialiste ? ...*)
- Avez-vous recours à d'autres professionnels ? Qui ? (*est-ce difficile de choisir le professionnel le plus adapté ? le choix d'une association concernée ? info des tatas ou nounou ? gestion des délais ?*)
- Que pensez-vous de la politique de santé publique dans ce domaine ? (*Reconnaissance, implication des médecins généralistes*)

Les attentes :

- Quelles seraient vos propositions pour améliorer les actes de prévention de la surexposition chez les petits ?
- Comment pourrait-on vous aider à diffuser l'information aux parents des effets potentiels de cette exposition ?
- Pensez-vous qu'une formation adressée aux médecins et professionnels de la petite enfance serait utile ?

ANNEXE 3 : Exemple d'affiche disponible aux médecins généralistes



Annexe 4 :

Règle des 3-6-9-12 de S. Tisseron :

Apprivoiser les écrans et grandir

3 - 6 - 9 - 12



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

La TV, pas avant **3** ans
 La console personnelle, pas 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. ”
www.sergetisseron.com

À tout âge, choisissons ensemble les programmes, limitons le temps d'écran, invitons les enfants à parler de ce qu'ils ont vu ou fait, encourageons leurs créations.

ères

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.