HAL
open science

Évaluation du vécu des parents à la suite d'une information de prévention donnée par les médecins généralistes à l'aide d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans

Manon Gabe

To cite this version:

Manon Gabe. Évaluation du vécu des parents à la suite d'une information de prévention donnée par les médecins généralistes à l'aide d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02994581

HAL Id: dumas-02994581

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02994581v1

Submitted on 7 Nov 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020 N°97

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2020
Par

Manon GABE
Née le 18/07/1989 à Pau

Evaluation du vécu des parents à la suite d'une information de prévention donnée par les médecins généralistes à l'aide d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans

Sous la direction de Madame le Docteur Claire Guillard-Prudhomme

Membres du jury :

Professeur Cédric Galera	Président de jury
Docteur Sylvie Maurice	Juge
Professeur Laurent Magot	Juge
Docteur Mathilde Gilbert	Juge
Docteur Claire Guillard-Prudhomme	Directrice de thèse

Rapporteur :
Docteur Marco Romero

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Cédric Galera,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie au CH Charles Perrens de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Veuillez être assuré de ma profonde gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Laurent Magot,

Professeur associé au Département de Médecine Générale, Médecin Généraliste à Lons

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je te suis reconnaissante de ce que tu m'as transmis en tant que maître de stage, et de toute l'aide que tu m'as apportée dès le début de cette recherche. Merci pour ta disponibilité.

A Madame le Docteur Sylvie Maurice,

Maitre de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en Epidémiologie et Santé Publique à l'ISPED - Université de Bordeaux

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en remercie. Je vous prie de croire en mon profond respect.

A Madame le Docteur Mathilde Gilbert,

Pédiatre à Biarritz

Tu me fais l'honneur d'être membre de ce jury, c'est pour moi une immense fierté. Tu étais là dès le premier jour de mes études en médecine, et tu es présente pour le dernier. Je te remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ces années, tu m'as montré la voie, encouragée, soutenue jusqu'au bout. Je me souviendrai toujours du jour des examens de première année où tu avais décoré tout l'immeuble de messages d'encouragements sur des post-it ou autres supports… Merci aussi de faire partie de ma famille.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Claire Prudhomme,

Pédiatre à la Protection Maternelle et Infantile de Pau

Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice, de m'avoir aidée dans l'élaboration de cette recherche et de m'avoir apporté de manière toujours juste et agréable, tes conseils et remarques.

A Monsieur le Docteur Marco Romero,

Maitre de Conférences associé au Département de Médecine Générale, Médecin Généraliste à Samadet

Je suis touchée que tu aies accepté d'être mon rapporteur et te remercie d'avoir apporté ton expertise. Sois assuré de ma profonde reconnaissance et de toute mon amitié.

A tous les parents et médecins ayant participé à ce travail,

Je vous remercie pour le temps que vous y avez consacré.

Aux équipes des services de Gastro-entérologie du CH de Pau, de Gériatrie du CH de Pau, des Urgences du CH d'Oloron, et des Urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux. A mes maîtres de stage de médecine générale, Dr Claire Cadix, Dr Christophe Jouhet, Dr Laurent Magot, Dr Didier Marion. Aux équipes de Médecins du monde de Pau, de Béarn Addictions, et de la PMI de Pau,

La formation à vos côtés a été riche et passionnante.

A Madame Mélanie Roland,

Merci pour l'apport de vos connaissances dans le domaine de la prévention au début de ce travail.

A Lauriane Grzelka,

Merci de ton aide pour le codage et la rédaction. J'ai énormément apprécié de travailler avec toi, et ta rigueur m'a été très utile. Je suis contente que nos thèses nous aient permis de nous rencontrer !

Aux Dr Michel Bertin, Dr Jean-Michel Bonnemaizon, Dr Jean Mamert, Dr Benoît Massé et à Claudine,

Merci de votre accueil au sein de votre cabinet, travailler avec vous est très enrichissant.

A mes parents,

Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années, merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées et pour l'amour que vous portez à chacun de nous quatre. Je suis admirative de votre parcours de vie et espère pouvoir faire aussi bien. Merci Maman pour ton aide dans la rédaction de cette thèse.

A mes frères et sœur, Yan, Perrine et Clément,

J'aime nos différences et nos similitudes, notre fraternité lors de nos retrouvailles notamment à Messanges. Vous êtes des modèles pour moi et je suis très reconnaissante de tout ce que vous m'apportez. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous. Merci Perrine de ton aide dans la réalisation de ce travail. A mes belles-sœurs et beau-frère, à mes neveux et nièces, Manoa, Lou, Capucine, et Kahili, les plus beaux enfants de la Terre.

A ma grand-mère Cécile,

Je suis désolée de t'avoir fait attendre si longtemps pour cette thèse ! Mais tu vois, nous y sommes arrivées ! Je te remercie pour l'attention et l'affection que tu me portes, et je suis très fière de t'avoir comme grand-mère. A Peyo. A l'amour que vous avez donné à vos petits-enfants.

A Papy et Mamy,

Toujours très présents dans mon cœur.

A mes cousins et cousines, oncles et tantes Cassagne et Gabe,

Vous comptez tous, sans exception, énormément pour moi, vous m'avez aidée à me construire. A Catherine et Henri, merci de m'avoir accueillie lors de ma première année, à Chipette ma CC pour la vie, à Youyou, à Marine et Charlotte.

A ma Marraine Anna et à la famille Souviron,

Ma famille de cœur, chez qui j'ai passé tant de week-end étant petite pour mon plus grand bonheur…

A mon Parrain Grand-Pierre.

Au Dr Geneviève Gabe, au Dr Pascal Souviron,

Je vous ai vu enfant, les week-end et vacances, toujours prêts à assurer votre rôle, avec votre mallette dont vous ne vous sépariez jamais. Vous m'avez montré la voie de la médecine générale, je suis heureuse de l'avoir suivie.

A Anaïs,

Pour notre amitié qui dure depuis la P1 et l'époque des pauses café au balcon en face de la RPA… A nos années de coloc, notre virée en Amérique du Sud, et nos futurs moments ensemble à Pau. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi, merci. A Mat, à Nour.

A France, Julie, Maeva, Marie,

A nos 18 années d'amitié, et à celles à venir. Tant de souvenirs avec vous ! Merci particulièrement à Julie pour ta relecture précise. A Charles, le premier bébé du groupe, à son premier Dudu.

A Cécile,

A ta fidélité, ton soutien, tous les fou-rires qu'on a eus depuis le collège. A ta petite Albane.

Aux Palois, Soc, Bast, Tiénou, Timo, Chak, Flo, Matthieu, Quentin G, Pierre, Marie, Thibal, Guillaume, Thomas, Ludo, Max, Fabichou, Quentin R,

On a réussi à garder le lien depuis Jeanne d'Albret et Barthou, voire depuis l'école des Lauriers pour les plus anciens, alors que ça continue ainsi !

Aux autres copains Palois, Jean-Gui, Nelly et Tom, Polo.

Aux zouz, Anne, Annsou, Joseph, et à Etienne,

A nos journées BU et nos soirées fanfares. C'est toujours un bonheur de vous retrouver.

Aux fanfarons de Los Teoporos,

C'est en partie grâce à vous que ces années de médecine ont été merveilleuses !

A Sandy,

Merci de m'avoir prise sous ton aile dès mes premières semaines en P1. Je sais que notre amitié durera malgré la distance.

Aux copains de la montagne,

Aux papas Marc et Manu pour votre expérience (et vos blagues pourries), à Antoine et Fanny les plus pyrénéens du Poitou, qui connaissent maintenant mieux les Pyrénées que moi, à Max et Agathe pour nos sessions escalade et surf, à Will et les autres. Tous ces moments partagés en ski de rando ou en escalade avec vous m'ont permis de prendre de grands bols d'air indispensables à mon équilibre.

A la team de pédia,

Claire, Clémence, Laura, Marion J, Marion G. A Pinpin, j'attends ton retour sur Pau…

A Fiona et Julie,

Je crois bien que vous avez pris du galon et n'êtes plus au statut de simples « pièces rapportées » ! Merci pour les apéros défouloirs.

A Vincent.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **2**

TABLE DES MATIERES **7**

LISTE DES ABREVIATIONS **10**

LISTE DES ILLUSTRATIONS **11**

1. INTRODUCTION **12**

1.1 La consommation numérique des enfants en quelques chiffres 12

1.2 Conséquences de l'exposition aux écrans sur les enfants 12

1.3 Les recommandations actuelles sur l'utilisation des écrans par les enfants 13

1.3.1 Recommandations françaises 13

1.3.2 Recommandations à l'étranger 14

1.4 Place du médecin généraliste dans la prévention en santé 15

1.5 Prévention des risques liés aux écrans par le médecin généraliste 15

2. MATERIEL ET METHODES **17**

2.1 Matériel 17

2.2 Méthodes 17

2.2.1 Type d'étude 17

2.2.2 Revue de la littérature 17

2.2.3 Constitution de l'échantillon 17

2.2.4 Confidentialité et aspects éthiques 19

2.2.5 Elaboration du référentiel à l'attention des médecins généralistes 20

2.2.6 Elaboration de l'outil de prévention 20

2.2.7 Elaboration du guide d'entretien 20

2.2.8 Réalisation des entretiens 20

2.2.9 Analyse des entretiens 21

3. RESULTATS **22**

3.1 Description de l'échantillon 22

3.1.1 Recrutement des médecins généralistes et des participants 22

3.1.2 Réalisation des entretiens (*cf.* Annexe 9) 22

3.1.3 Description des participants 23

3.2 Description des résultats 24
3.2.1 Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant 24
3.2.2 Attentes envers le médecin généraliste 27
3.2.3 Place des écrans au sein du foyer 31
3.2.4 Prévention de l'exposition aux écrans par le médecin généraliste 42

4. DISCUSSION 52

4.1 Validité interne de l'étude 52
4.1.1 Discussion de la méthode 52
4.1.2 Forces et faiblesses de l'étude 54
4.2 Validité externe de l'étude 56
4.2.1 Place des écrans dans la famille 56
4.2.2 Ressenti des parents face à l'intervention du médecin généraliste 56
4.2.3 Freins exprimés et pistes d'amélioration évoquées 57
4.3 Discussion des résultats 58
4.3.1 Le médecin généraliste, placé au cœur de la prévention des écrans par les parents 58
4.3.2 L'estimation du temps d'utilisation des écrans, un levier de la prévention 58
4.3.3 Le vécu de l'information et son impact sur le comportement des parents 59
4.3.4 Des freins peu nombreux 60
4.3.5 Des pistes d'amélioration encourageantes 61

5. CONCLUSION 62

6. BIBLIOGRAPHIE 63

7. ANNEXES 70

7.1 ANNEXE 1 : Conséquences de l'exposition aux écrans sur les enfants 70
7.2 ANNEXE 2 : Plaquette d'information pour les parents 76
7.3 ANNEXE 3 : Note d'information aux parents 77
7.4 ANNEXE 4 : Formulaire de non-opposition 79
7.5 ANNEXE 5 : Avis du CPP 81
7.6 ANNEXE 6 : Référentiel à l'attention des médecins généralistes, sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants 82
7.7 ANNEXE 7 : Accord d'utilisation des données du site YAPAKA 91
7.8 ANNEXE 8 : Guide de l'entretien 92
7.9 ANNEXE 9 : Exemple d'entretien – entretien numéro 13 93

SERMENT D'HIPPOCRATE 109

ABSTRACT **110**

RESUME **111**

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPA : Académie Française de Pédiatrie Ambulatoire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DGS : Direction Générale de la Santé

EDEN : Etude des Déterminants pré et post-natals du Développement et de la santé des Enfants

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

TV : Télévision

WONCA : World Organization of Family Doctors

LISTE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants ……..……23

FIGURES

Figure 1 : Les « 4 PAS » de S. Duflo ……..……..……..…13
Figure 2 : Le carnet de santé de l'enfant ……..……14
Figure 3 : Attentes des parents envers le médecin généraliste…….……..30
Figure 4 : Utilisation des écrans par les enfants…….35
Figure 5 : Gestion de l'utilisation des écrans chez les enfants par les parents……..38
Figure 6 : Pistes d'amélioration proposées par les parents……51

1. INTRODUCTION

Les outils numériques sont parfaitement intégrés dans notre mode de vie. Aujourd'hui, en France, la moyenne est de 6.5 écrans par foyer. La télévision est l'écran le plus représenté, son taux de pénétration est de 93%. 86% de la population possède un ordinateur, 76% un smartphone, et 48% une tablette (1). S'ils sont devenus indispensables, ils sont aussi responsables de troubles, particulièrement chez les très jeunes enfants. Cependant, des travaux récents ont montré que les parents n'étaient pas assez informés de ces risques et que les médecins généralistes, principaux acteurs de prévention en santé, estimaient eux aussi manquer d'information et d'outils pour améliorer la prévention dans ce domaine.

1.1 La consommation numérique des enfants en quelques chiffres

En France, l'étude de cohorte EDEN a révélé qu'un tiers des enfants de 2 ans sont exposés plus d'une heure par jour aux écrans (2). Jusqu'à 12 mois, ils le seraient 30 minutes par jour selon l'étude Nutri-Bébé de 2013 (3). Cette dernière a aussi montré que 30% des enfants avant 3 ans prennent leurs repas devant la télévision. En ce qui concerne l'utilisation d'internet, le temps des 1-6 ans a doublé en 5 ans, passant de 2.1 heures par semaine en 2012 à 4.37 heures par semaine en 2017 selon l'IPSOS (4).
Aux Etats unis, 29% des enfants âgés de moins de 6 mois regardent un écran quotidiennement. Ils sont 62% à le faire entre 6 et 12 mois. Parmi ces derniers, la médiane d'utilisation est de 60 minutes par jour (5).

1.2 Conséquences de l'exposition aux écrans sur les enfants

L'utilisation excessive du numérique chez les enfants a des répercussions dans tous les domaines de la santé : physique, psychologique et social. En effet, elle est responsable d'obésité (2,6–8), de troubles du sommeil (6,9–11), de troubles du langage (12–18), de troubles attentionnels notamment lors de la visualisation de contenus violents (19–25), d'une diminution des performances scolaires (23,26–30), de troubles du comportement avec une tendance à la

victimisation, à l'agressivité et à l'isolement social (27,31–35), et enfin de troubles visuels (36,37) (*cf.* Annexe 1).

1.3 Les recommandations actuelles sur l'utilisation des écrans par les enfants

Face à la démonstration des risques sur la santé, des recommandations ont été établies pour limiter la consommation des écrans par les enfants.

1.3.1 Recommandations françaises

Le Ministère de la Santé a remis via la Direction Générale de la Santé (DGS) un avis déconseillant la consommation de la télévision jusqu'à l'âge de 3 ans, indépendamment du type de programme, et considère qu'au-delà de 3 ans, chez le jeune enfant, l'usage de la télévision doit être particulièrement prudent. Il se prononce contre les chaines télévisées spécifiques pour les enfants de moins de 3 ans (38).

De plus, le Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes reprend une campagne de prévention réalisée par S. Duflo, psychologue clinicienne. Elle est à l'initiative du trèfle aux 4 feuilles rappelant les « 4 PAS » : Pas dans la chambre de l'enfant, Pas pendant le repas, Pas avant de se coucher, Pas le matin (39).

Figure 1 : *Les « 4 PAS » de S. Duflo*

Le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) en 2008, suite à l'avis d'experts du Ministère de la Santé, se prononce contre les programmes spécifiques dédiés aux enfants et affirme que la télévision n'est pas adaptée aux enfants de moins de 3 ans (40).

L'Académie Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) en 2011, reprend la règle des 3-6-9-12 de S. Tisseron, psychiatre psychanalyste et docteur en psychologie, qui énonce (41):

- Pas d'écran avant 3 ans
- Pas de console de jeu avant 6 ans
- Pas d'internet accompagné avant 9 ans
- Pas d'internet seul avant 12 ans

S. Tisseron précise qu'à tout âge il faut : utiliser des programmes adaptés à l'âge de l'enfant, fixer des règles sur le temps d'utilisation, inviter l'enfant à parler de ce qu'il regarde.

L'Académie des Sciences, dans son rapport de 2013, adopte une position moins stricte (42). Elle prévient toutefois de la dangerosité de l'exposition passive aux écrans et leur utilisation déconseillée avant 2 ans, y compris avec les DVD spécialement commercialisés pour développer le langage. Elle n'exclut pas l'usage des tablettes, qui pourrait contribuer à un éveil précoce des bébés au monde des écrans, si elles sont utilisées avec un tiers. Cette dernière idée a été remise en cause notamment par MN. Clément et O. Duris dans un article de 2017 (43). Ce rapport recommande aussi de favoriser l'alternance des activités, d'encourager les pratiques partagées et créatrices, de fixer les limites et d'apprendre à se protéger des écrans.

Enfin, la prévention des écrans a sa place dans le nouveau carnet de santé de 2018.

Le bébé et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.)

Interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.

Avant 3 ans : évitez de mettre votre enfant dans une pièce où la télévision est allumée même s'il ne la regarde pas.

Quel que soit son âge, évitez de mettre un téléviseur dans la chambre où il dort ; ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ; ne lui faites pas utiliser de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Figure 2 : *Le carnet de santé de l'enfant*

1.3.2 Recommandations à l'étranger

L'OMS, en 2019, a établi des recommandations sur l'activité physique, la sédentarité et le sommeil pour les enfants de moins de 5 ans. Ainsi, elle souligne l'importance que l'enfant soit

physiquement plus actif et qu'il ne regarde pas d'écran avant l'âge de 2 ans. Entre 2 ans et 5 ans, elle propose de limiter l'usage à une heure par jour (44).
Plusieurs pays ont émis leurs propres recommandations, allant toutes dans le même sens que celles de l'OMS, comme les Etats-Unis depuis 2016, le Canada, l'Italie ou encore l'Allemagne.

1.4 Place du médecin généraliste dans la prévention en santé

D'après sa définition par la WONCA, la médecine générale doit favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace (45). Il s'agit donc d'une mission du médecin généraliste de faire de la prévention, a fortiori sur l'exposition aux écrans, étant donné les risques connus pour la santé.
L'efficacité de cette action d'éducation en santé sera d'autant plus efficace qu'elle sera jugée « acceptable » par les patients. L'acceptabilité est une qualité requise pour les programmes de dépistage selon la définition de l'OMS (46). Or nous savons que pour que l'action soit acceptable, il faut que « les intervenants abordent les personnes de façon positive, sans les culpabiliser pour leurs croyances ou comportements » (47).

1.5 Prévention des risques liés aux écrans par le médecin généraliste

Dans la thèse de médecine de M. Dartau menée chez les parents de 1749 enfants d'écoles primaires des Pyrénées Atlantiques, 35% des parents interrogés estimaient ne pas être informés du tout sur les risques liés aux écrans. En revanche, 50% étaient désireux de recevoir une information. Parmi eux, 57.9% souhaitaient que cette information soit délivrée par le médecin généraliste ou le pédiatre. De plus, chez les parents « informés », leurs connaissances sur les risques n'étaient pas forcément justes (48).
Les pratiques des médecins généralistes à ce sujet ont été évaluées dans plusieurs thèses de médecine françaises. En 2017, J. Poulain montrait que 20% des médecins généralistes ne faisaient jamais de prévention à ce sujet. Ils étaient 63% à n'en faire que rarement. Cependant 75% étaient prêts à modifier leurs pratiques (49).
Des résultats plus encourageants ont été relevés récemment par M. Homps (50) et A. Chabalgoïty (51).

Dans l'étude de M. Homps, 50 % des médecins généralistes disaient faire souvent de la prévention, celle-ci n'était systématique que dans 17.9% des cas. Le travail de A. Chabaloïty a montré que 31.3% des médecins en faisaient régulièrement et 18% en faisaient souvent. Ils étaient 42.2% à délivrer un message de prévention aux parents des enfants de moins de 2 ans, alors que dans l'étude de M. Homps, la catégorie des 0-3 ans semblait être la moins concernée par la prévention faite par le médecin. Les médecins qui faisaient de la prévention chez les parents d'enfants âgés de moins de 2 ans faisaient plus de prévention dans les autres catégories d'âge. Aussi, ils donnaient davantage de conseils précis. L'importance d'intervenir précocement avait été soulignée dans le travail de C. Fouilland et C. Michon (52).

Les freins à la prévention retrouvés dans l'étude de M. Homps étaient principalement le manque d'information sur le sujet (pour 55.7% d'entre eux) et le manque de recommandations claires (pour 58.5%). Ces résultats sont particulièrement intéressants car cette étude a aussi montré que le seul paramètre qui augmentait de façon significative la prévention était la connaissance du médecin généraliste des recommandations françaises avec la règle des 3-6-9-12. Un autre frein était le manque d'outils (pour 51.5%). Une brochure destinée aux parents était l'outil le plus proposé par les médecins généralistes (67.5%). Dans le travail de C. Fouilland et C. Michon, les médecins ont aussi exprimé le besoin d'outils pour faciliter la communication auprès des parents et aider le médecin à aborder le sujet en consultation (52). Le travail de A. Chabalgoïty confirme ces résultats en montrant que les praticiens ayant à disposition des dépliants exposant l'impact des écrans chez les enfants informaient mieux les parents (51).

Ces chiffres montrent l'intérêt de renforcer la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants par les médecins généralistes, qui sont 70% à estimer qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique. Si les parents montrent aussi un intérêt, on peut se demander si intervenir auprès d'eux ne serait pas vécu comme une atteinte à la liberté des choix individuels, comme une intrusion dans leur vie privée, ou un risque de perturbation de la structure familiale. Et ce d'autant que beaucoup de parents ont un regard positif sur les écrans : écran comme source d'apprentissage, aidant à lutter contre l'ennui, ou pouvant servir de « baby-sitter » (53).

Quel est donc le vécu des parents à la suite d'une information de prévention reçue du médecin généraliste sur les risques liés à l'exposition aux écrans pour les enfants de moins de trois ans ?

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Matériel

Un ordinateur avec connexion internet a été utilisé, ainsi qu'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word) et le logiciel Skype de communication en visio-conférence. La retranscription des entretiens a été facilitée par un site internet d'aide à la retranscription (www.recordense.com). L'enregistrement des entretiens a été fait au moyen d'un smartphone. Le logiciel N'Vivo version 12 a permis le codage et l'analyse des entretiens.

2.2 Méthodes

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés.

2.2.2 Revue de la littérature

Les recherches ont été effectuées à partir du portail documentaire de la Bibliothèque Universitaire de Bordeaux en ligne et de la bibliothèque du Centre Hospitalier de Pau.

2.2.3 Constitution de l'échantillon

2.2.3.1 Déroulement de l'étude

Notre travail a consisté, dans un premier temps, à sensibiliser un groupe de médecins généralistes aux risques liés aux écrans chez les enfants, par la délivrance d'un référentiel scientifique. Il leur a été demandé, dans un deuxième temps, de transmettre lors d'une consultation parent(s)-enfant(s) un message de prévention à l'aide d'un outil spécifique (une plaquette d'information), élaboré à cette fin. Les parents ayant reçu le message de prévention constituaient notre population étudiée. Par l'intermédiaire d'entretiens à visée non directive, nous avons ensuite procédé à l'analyse du vécu des parents ayant reçu l'information des médecins généralistes, dans le but de discuter de l'intérêt d'un renforcement d'une prévention précoce des risques liés aux écrans chez les enfants, par les médecins généralistes.

2.2.3.2 Recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait dans l'entourage du chercheur sur un modèle d'échantillonnage raisonné, afin d'obtenir une diversification maximale des données. Les critères de sélection étaient le sexe, l'âge, et le lieu d'exercice. Dans le travail de J. Poulain, il a été montré que les femmes médecins abordaient plus fréquemment le sujet de la télévision que leurs confrères masculins et que les jeunes médecins évoquaient plus souvent les écrans lorsque des troubles du sommeil existaient chez les enfants, et ce de façon significative (49). Partant du constat que la saturation des données dans les thèses qualitatives survenait généralement autour du quinzième entretien, et après avoir estimé à 2 ou 3 le nombre de patients pouvant être recruté par médecin généraliste, j'ai sélectionné 10 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques. Ils ont été recrutés autour du bassin palois pour une question de proximité géographique.

Chaque médecin a été en premier lieu contacté individuellement par téléphone puis rencontré individuellement ou en groupe. Cette rencontre avait pour but :

- D'expliquer les objectifs et le déroulement de l'étude,
- De transmettre les données scientifiques sur les risques liés à l'exposition aux écrans et les recommandations à l'aide d'un référentiel qui leur a été remis,
- De les former à l'action de prévention qu'ils devraient mener auprès des parents.

Le rôle des médecins recrutés était de réaliser une action de prévention auprès de parents d'enfants âgés de 5 mois à 12 mois (inclus) lors d'une consultation. Il leur a été demandé d'aborder le sujet des écrans par une question ouverte, de rappeler ensuite les besoins principaux de l'enfant puis les risques liés à l'exposition aux écrans pour son développement psychomoteur. Ils délivraient alors aux parents la plaquette d'information, la lettre d'information sur l'étude et la feuille de consentement (*cf.* Annexes 2, 3 et 4). La feuille de consentement devait être signée par les parents lors de la consultation.

Les médecins étaient relancés un mois après la rencontre, puis régulièrement selon les besoins de l'étude.

2.2.3.3 Recrutement des participants à l'étude

La population étudiée était les parents d'enfant âgé de 5 à 12 mois inclus, ayant reçu le message de prévention par le médecin généraliste et ayant accepté de participer à l'étude. Nous avons choisi une population de très jeunes enfants pour une prévention précoce avant que les habitudes

d'utilisation des écrans ne soient installées. Les consultations du 5e et du 12e mois sont des repères fixes pour les médecins généralistes, puisque correspondant à des dates du calendrier vaccinal.
Le nombre de sujets nécessaires n'a pu être déterminé à l'avance, contrairement à ce qui se pratique en recherche quantitative. Les participants ont donc été recrutés jusqu'à vérification de la saturation des données par deux entretiens ne faisant pas apparaitre de nouveaux codes.
Les parents étaient contactés par téléphone après un délai minimum d'un mois après la consultation avec le médecin généraliste afin d'organiser un entretien physique.

2.2.4 Confidentialité et aspects éthiques

2.2.4.1 Confidentialité

Le recueil du consentement des participants a été effectué par le médecin généraliste qui remettait la feuille de non-opposition à l'investigateur avec le nom, le prénom, le numéro de téléphone du participant (*cf.* Annexe 4). Seul l'investigateur avait accès aux données personnelles non anonymisées sur papier, détruites en fin d'étude. Aucune donnée personnelle n'a été relevée de manière informatique.
Les enregistrements audios ont été détruits après anonymisation, retranscription et transmission des entretiens retranscrits.

2.2.4.2 Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Une déclaration à la CNIL a été faite par l'intermédiaire du délégué à la protection des données de l'Université de Bordeaux.

2.2.4.3 Dépôt de dossier auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP)

Le CPP Ile de France III a été saisi après tirage au sort et a rendu un avis favorable le 18 avril 2019 pour le dossier numéro 3645-NI (*cf.* Annexe 5).

2.2.5 Elaboration du référentiel à l'attention des médecins généralistes

Nous avons fourni aux médecins généralistes un support scientifique rappelant : les temps d'exposition des enfants aux écrans, les risques liés à leur utilisation, et les recommandations déjà établies pour limiter cette exposition (*cf.* Annexe 6).

2.2.6 Elaboration de l'outil de prévention

En l'absence d'outil validé dans ce domaine, il a été décidé d'utiliser un outil de prévention largement diffusé et connu à savoir l' affiche tirée du document « Les dangers de la télé pour les bébés » de S. Tisseron issue du site www.YAPAKA.be (54).

A partir de cette affiche, nous avons réalisé une plaquette d'information avec cinq points explicatifs, justifiant l'intérêt de l'absence d'écrans chez les enfants de moins de trois ans, aussi tirés du document de S. Tisseron, simplifiés et rendus plus accessibles au grand public.

La conformité de l'outil a été vérifiée à l'aide du référentiel « Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité » de l'INPES (55). La plaquette d'information a été imprimée sur papier glacé en format A4 (*cf.* Annexe 2).

L'autorisation d'utilisation et de modification du support a été accordée par le programme YAPAKA (*cf.* Annexe 7).

2.2.7 Elaboration du guide d'entretien

Pour évaluer le vécu des parents, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Un apprentissage de la méthode de réalisation de ces entretiens a été indispensable.

Un guide d'entretien a été réalisé au préalable. Il comportait trois grands thèmes : la place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant, la place des écrans dans la famille et le vécu du message de prévention transmis par le médecin généraliste. A chaque fois, le thème était abordé par une question ouverte, large, puis deux à trois relances, préalablement élaborées, étaient proposées pour préciser ou étoffer la réponse de la personne interrogée. L'interviewer pouvait ajouter des questions en cours d'entretien mais devait s'efforcer de poser le moins possible de questions fermées (*cf.* Annexe 8).

2.2.8 Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés par l'investigatrice, auteure de ce travail.

L'interview débutait par une présentation de l'investigatrice, puis un bref rappel sur l'objet de l'étude et l'obtention du recueil du consentement d'enregistrement. Durant l'entretien, l'interviewer s'est efforcée d'être en position d'écoute active, en surveillant le respect du guide d'entretien, tout en reformulant et en effectuant des relances, sans toutefois influencer la personne interrogée.

En fin d'entretien, les données socio-démographiques étaient relevées afin d'établir les caractéristiques de la population étudiée.

2.2.9 Analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscris mot-à-mot dans les jours suivant la rencontre. Les éléments non-verbaux ont été précisés (rires, hésitations, silences). Les personnes interrogées étaient désignées par les abréviations P pour père et M pour mère, suivies d'un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

Le codage des verbatims a été effectué par deux personnes : Dr Lauriane GRZELKA et l'investigatrice elle-même. La mise en commun entre les deux responsables du codage était faite par téléphone. Un troisième investigateur pouvait être sollicité en cas de désaccord.

L'analyse des codes a suivi le modèle de la théorie ancrée.

3. RESULTATS

3.1 Description de l'échantillon

3.1.1 Recrutement des médecins généralistes et des participants

Pour constituer l'échantillon, nous avons dans un premier temps recruté 10 médecins généralistes autour du bassin palois. Deux médecins généralistes ont été recrutés en supplément afin d'augmenter le nombre de participants.

Les médecins généralistes ont à leur tour recruté des parents ou couples de parents. Tous les parents ayant reçu l'information ont exprimé leur accord pour participer à l'étude.

3.1.2 Réalisation des entretiens (*cf.* Annexe 9)

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2019 et mai 2020. Ils ont eu lieu dans le cabinet médical du médecin généraliste de l'enfant, au domicile des parents, ou au cabinet médical où exerçait l'investigatrice. Deux entretiens ont été réalisés par visio-conférence, compte-tenu de la période d'interdiction de rassemblement due à l'épidémie du virus Covid-19 en mars et avril 2020.

La durée médiane était de 20 min 52 sec, au plus court 9 min 10 sec et au plus long 36 min 24 sec.

Nous avons réalisé 16 entretiens sur un nombre de 20 parents. Un parent n'a pas donné suite lors des appels téléphoniques ; un parent a refusé la rencontre par manque de temps ; un parent n'a pas été interrogé par choix de l'investigatrice en raison d'un contexte familial défavorable ; et un parent n'a pas été contacté pour participer puisque la saturation des données avait été atteinte. Celle-ci a été obtenue lors du quatorzième entretien.

3.1.3 Description des participants

Tableau 1 : *Caractéristiques des participants*

	Sexe	Age père	Age mère	Profession père	Profession mère	Lieu de vie	Nombre d'enfant	Temps enfant écran estimé par semaine (comprenant exposition collatérale)
1	F	31 - 40	31 - 40	Ouvrier	Employé	Rural	1	3h
2	F	> 50	31 - 40	Ouvrier	Employé	Rural	1	20min
3	F	21 - 30	21 - 30	Ouvrier	Sans emploi	Rural	1	35min
4	F	21 - 30	21 - 30	Ouvrier	Sans emploi	Intermédiaire	1	1h30
5	M+F	31 - 40	31 - 40	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Rural	1	0
6	M+F	> 50	31 - 40	Ouvrier	Sans emploi	Rural	2	7h
7	F	21 - 30	21 - 30	Sans emploi	Employé	Urbain	2	0
8	F	31 - 40	21 - 30	Ouvrier	Employé	Rural	1	3h
9	M	31 - 40	31 - 40	Profession intermédiaire	Employé	Rural	2	5min
10	F	31 - 40	31 - 40	Ouvrier	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Rural	3	2h
11	M+F	21 - 30	21 - 30	Employé	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Rural	2	1h
12	F	31 - 40	31 - 40	Employé	Profession intermédiaire	Rural	2	10min
13	M+F	21 - 30	21 - 30	Employé	Sans emploi	Urbain	1	5min
14	M	21 - 30	21 - 30	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Urbain	1	20min
15	F	41 - 50	31 - 40	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Rural	1	15min
16	M	31 - 40	31 - 40	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Urbain	2	5min

3.2 Description des résultats

3.2.1 Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant

3.2.1.1 Par qui est suivi l'enfant ?

- <u>Médecin Généraliste</u>

La majorité des enfants était suivie par un **médecin généraliste** uniquement. Ce suivi était **régulier**, en majorité mensuel, auquel s'ajoutaient les consultations pour des motifs spécifiques.

« C'est le médecin généraliste qui le suit à 100%. » (P14)

« En général pour elle (montre sa fille de 1 an), si elle est malade, voilà : des rhumes, des... Et voilà. Et puis ben les visites mensuelles, les vaccins tout ça... » (M10)

Tous les parents d'enfants suivis par le médecin généraliste lui accordaient une **place importante.**

« C'est le médecin généraliste qui le suit à 100%. Donc on écoute tout ce qu'il dit, on lui accorde une grande place, enfin on lui fait confiance. » (P14)

« Ah, très très très important. Vraiment. J'ai besoin qu'une fois par mois, Dr C. voit ma fille. » (M4)

- <u>Pédiatre</u>

Quelques enfants étaient vus par un **pédiatre** pour le suivi, mais parmi eux, tous voyaient un médecin généraliste pour les consultations ponctuelles (fièvre, etc.). Le recours à ce dernier semblait plus **facile** lors de ces situations.

« Ce qu'il se passe c'est que les enfants sont suivis de manière régulière par les pédiatres, par le pédiatre. » (P16)

« Après c'est vrai que mon médecin généraliste du coup qui habite à côté, c'est plus facile quand le pédiatre ne peut pas la recevoir... » (M12)

Certains parents se sont questionnés sur l'**intérêt** de faire suivre leur enfant par un pédiatre ou par un médecin généraliste.

« En fait je ne savais pas s'il fallait que j'aille forcément voir un pédiatre, ou un médecin, ou les deux et ma mère m'a dit que moi elle me faisait suivre par un médecin donc je me suis dit ben... » (M13)

- Suivi partagé

Peu d'enfants bénéficiaient d'un **suivi partagé** entre le pédiatre et le médecin généraliste.

« On va dire qu'il fait 100% partie du suivi de l'enfant parce que je ne fais que les rendez-vous obligatoires chez le pédiatre. » (M5)

- Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Peu d'enfants étaient suivis par la **PMI**. Les parents expliquaient apprécier le rôle des puéricultrices.

« C'est vrai que moi j'apprécie vraiment d'aller à la PMI parce qu'aussi je vois la puéricultrice avant, on fait le point, et tout ça, qui la suit depuis le début » (M2)

3.2.1.2 Raisons du choix du suivi par le médecin généraliste

- Proximité et accès facile du médecin généraliste

Ces deux raisons semblaient être importantes pour plusieurs parents.

« Mais c'est vrai que là c'était vraiment le côté, on va dire, pratique. On est à côté de la maison, si un jour on a un problème un peu plus lié à l'enfant, on peut, on sait qu'on peut l'amener dans la journée, il trouve un rendez-vous, voilà, c'est vrai que c'était ce côté-là qui était intéressant aussi. » (P11)

- Capacités pour le suivi pédiatrique

Certains parents ont choisi le médecin généraliste pour ses **aptitudes professionnelles** dans le suivi d'enfants.

« Notre généraliste nous avait dit que lui il était capable de gérer le côté pédiatre pour les enfants, donc on trouvait ça intéressant » (P11)

- Attitude du médecin généraliste avec l'enfant

Une des raisons du choix du médecin généraliste a été, pour une maman, la **douceur** qu'elle a manifestée auprès de l'enfant lors de la consultation.

« Quand j'ai rencontré le Dr C., ça ne fait pas longtemps que je la vois, je l'ai trouvée vraiment très douce, alors je me suis dit que ça pouvait le faire avec elle. » (M1)

- Parentalité du médecin généraliste

La connaissance ou la supposition de la **parentalité** du médecin généraliste a influencé ce choix pour certains parents interrogés.

« Donc on s'est dit que, bon déjà, elle a déjà l'expérience, elle doit avoir l'expérience maternelle donc...C'est... (rires) Et en plus elle est médecin donc c'était un plus quoi. » (P13)

- Indifférence médecin généraliste/pédiatre

Une maman a exprimé son **indifférence** dans la personne qui suivait l'enfant.

« Enfin c'est pareil quoi, tant qu'elle est suivie... C'est la même chose. » (M13)

3.2.1.3 Perception du médecin généraliste

- Médecin généraliste comme médecin de famille

Quelques parents ont évoqué spontanément la place du médecin généraliste comme **médecin de famille**, associée à la notion de suivi sur le long terme.

« On trouvait ça intéressant, parce que moi c'est le médecin généraliste qui me suit depuis tout petit et celui qui nous suit en famille, donc en soi... On est tous ensemble suivis par lui et après c'est vrai que... » (P11)

- Relation de confiance

Le médecin généraliste était souvent cité comme une **personne de confiance**.

« Donc on écoute tout ce qu'il dit, on lui accorde une grande place, enfin on lui fait confiance. » (P14)

« Donc pour ma fille c'est pareil, j'ai une totale confiance en ce médecin. » (M4)

- Satisfaction

Certains parents ont exprimé leur **satisfaction globale** envers le médecin généraliste et la **simplicité** de la relation qu'ils avaient avec lui.

« C'est bien, ça se passe bien avec Docteur... Nous on est satisfaits. » (P6)

3.2.2 Attentes envers le médecin généraliste

3.2.2.1 Place du médecin généraliste dans la prévention

Les parents ont reconnu dans la majorité des cas que le médecin généraliste avait un **rôle dans la prévention.**

« Tout ça c'est du préventif. Tout ça ce sont des petites choses qui pour moi sont nécessaires pour avoir moins de maladies, donc moins de fréquence de visites chez le médecin quel qu'il soit et qui sont nécessaires. » (M5)

Souvent étaient cités les domaines de l'alimentation et de la vaccination, mais aussi de la prévention des écrans.

« Après en matière de prévention, oui, c'est...Ben... Par exemple, on le voit là pour les vaccins, c'est de, pas de nous ouvrir mais de nous informer un petit peu de tous les vaccins » (P11)

« L'alimentation : à quel âge on peut commencer à lui donner à manger solide, à quel âge on peut commencer à… Pleins de choses en fait ! » (P14)

« Pour éviter justement qu'on se retrouve à la maison et qu'on se dise « ben je ne sais pas si je peux lui donner, s'il peut regarder, s'il peut… » et voilà, et ça nous éviterai après d'aller sur internet, sur des sites où il y a tout et n'importe quoi… » (M15)

- Rôles attendus dans la prévention

En matière de prévention, les parents avaient des attentes diverses à l'égard du médecin généraliste :

- **Anticipation des besoins**

« Qu'elle anticipe les besoins qui vont arriver. Les besoins de l'enfant en fait. » (M5)

- **Information et conseils**

« Vu qu'elle va bien, c'est plus de, plutôt des conseils on dira » (P13)

« Mais c'est peut-être de rappeler, enfin, nous je pense qu'on est relativement sensibles à ça, il y a plein de choses qu'on ne sait pas sans doute, mais c'est aussi peut-être de rappeler certaines règles de bases entre guillemets. » (P9)

- **Repères clairs et fiables**

« Qu'il donne des infos quoi, qu'on n'a pas spécialement ou qu'on pourrait se poser, que… Voilà quoi. Qu'on évite d'aller chercher sur internet, qu'on tombe sur des sites comme Doctissimo et qu'on tombe sur n'importe quoi. » (P14)

3.2.2.2 Autres attentes envers le médecin généraliste

Les parents ont exprimé d'autres attentes envers le médecin généraliste qui dépassaient le cadre de la prévention. Ils ont évoqué notamment :

- **L'importance du dialogue**

« C'est bien si on peut dialoguer » (M2)

- **L'implication du médecin généraliste dans la relation avec le patient**

« Mais essayer d'avoir ça, ce sens du relationnel et de garder à l'esprit le côté humain, ce qui n'est pas toujours évident tout au long de la carrière » (P9)

Aussi, ils attendaient du médecin que celui-ci :

- **Soit à l'écoute**

« C'est sûr que c'est un suivi, c'est de l'écoute » (P9)
« Mais parfois les problèmes, vous le savez, ils sont ailleurs, ça nécessite une interview, enfin un questionnement des patients » (P16)

- **Qu'il puisse repérer les problèmes et trouver les solutions**

« Pour peut-être me remettre sur les rails si elle a l'impression que je ne suis pas assez vigilante sur certaines choses » (M15)
« J'attends que quand on pose des questions, on ait des réponses » (M5)

- **Qu'il effectue le bon diagnostic**

« Ben déjà que ça soit le bon diagnostic s'il y a quelque chose » (M8)

3.2.2.3 Absence d'attente

Plusieurs parents n'avaient **pas d'attente** en matière de prévention par le médecin généraliste.

« Heu...des attentes, non pas spécialement. » (M3)

« Sur la prévention, non, c'est vrai que c'est plus vers le diagnostic, enfin une fois que c'est fait » (M8)

Les motifs de cette absence d'attente étaient différents, comme la présence **d'autres sources d'information** ou le **rôle aidant de la famille.**

« C'est vrai que niveau prévention, avec internet et tout ça, on arrive à se renseigner un petit peu » (P11)

« Au niveau de la famille peut-être qui m'aide, et si c'est pas possible ce sera le médecin en dernier recours » (M8).

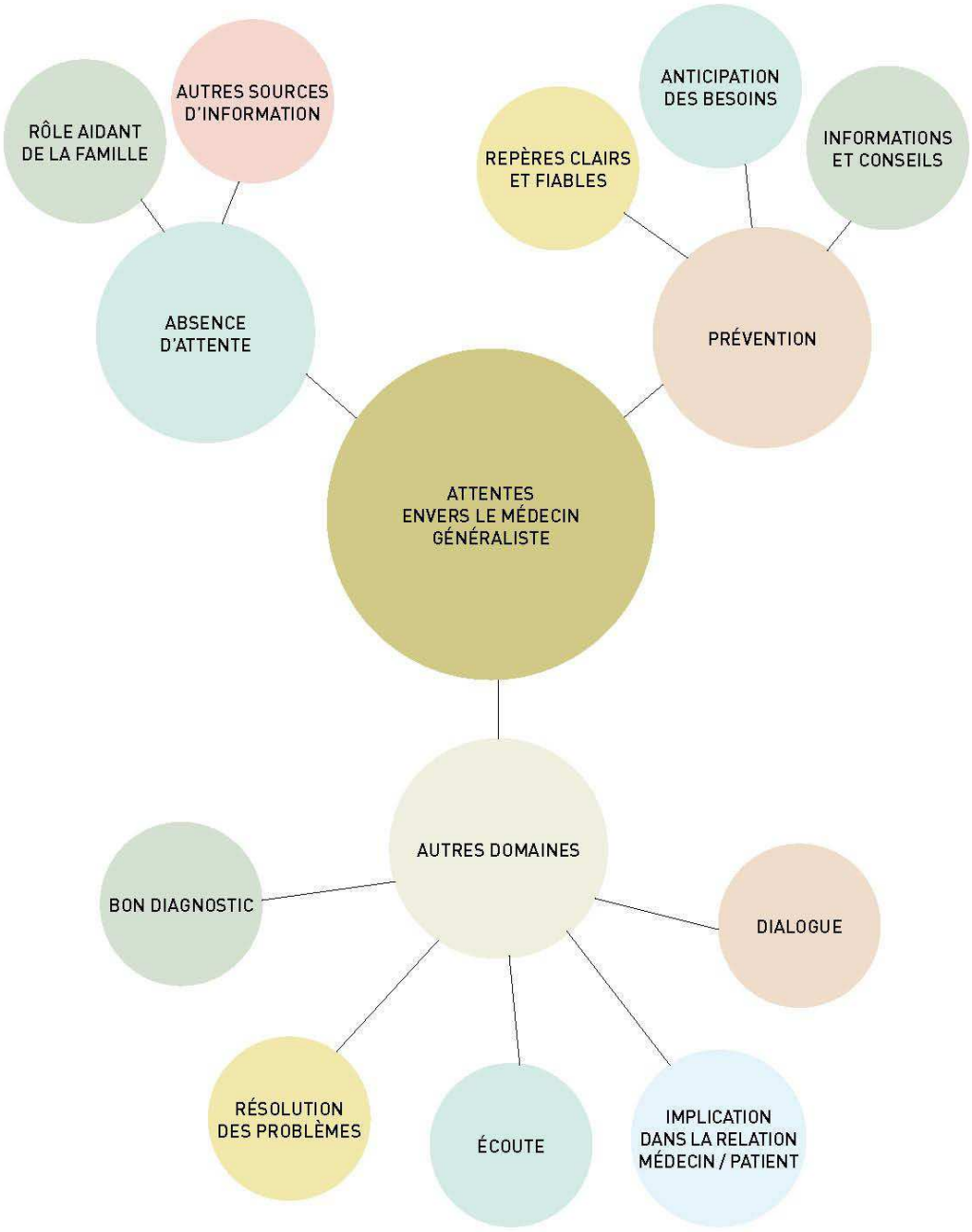


Figure 3 : *Attentes des parents envers le médecin généraliste*

3.2.3 Place des écrans au sein du foyer

3.2.3.1 Utilisation des parents

- Temps d'utilisation

Le **temps d'écrans** estimé par les parents était souvent **important** avec une préférence pour le **téléphone** et la **télévision**. L'**ordinateur** n'était que très peu utilisé dans un cadre personnel.

« Chez nous c'est la télé tout le temps allumée. Systématiquement, il me la faut en bruit de fond que je sois devant ou pas. » (M3)

« C'est vrai que dès que j'ai un petit temps libre ou quoi, c'est vrai que je suis sur le téléphone quoi ! » (M7)

Certains se sont spontanément dit **addict** au téléphone.

« Moi je suis un addict... » (P5)

Ils évoquaient leur utilisation comme un **besoin.**

« C'est quelque chose qu'il faut que je regarde au moins une fois par jour. » (M4)

La télé était fréquemment utilisée le **soir**, **quand l'enfant dormait**, et parfois **pendant les repas**.

« Nous c'est que le soir, quand on se pose une fois que les enfants sont couchés » (M10)

« Après, on la regarde quand on mange » (M13)

Une maman a affirmé utiliser son téléphone **pendant qu'elle allaitait** son enfant.

« Même quand je la fais téter des fois je suis dessus parce que c'est voilà, c'est long » (M13)

A l'opposé, presque la moitié des parents disait regarder **peu d'écrans.**

« Non mais on n'est pas écrans, ça depuis toujours » (M11)

« Dans le foyer la consommation est déjà très basse » (P14)

- Comportement des parents

Les comportements des parents vis-à-vis des écrans étaient, pour une grande majorité, **différents** au sein du couple.

« Je ne vais pas l'allumer, mais j'ai un compagnon qui est télévore » (M1)

« Je n'y suis jamais. Elle, elle y est plus oui » (P6)

Parfois, ils tentaient de **limiter** l'utilisation de leur conjoint.

« Je suis obligée de le réguler » (M1)

« Je lui dis "non non, tu n'as pas besoin, tu n'allumes pas" » (M10).

L'attitude des parents face aux écrans pouvait, pour certains, s'expliquer par l'**éducation** qu'ils avaient reçue.

« J'habitais dans un appartement, et je me suis occupée sans télé quoi » (M8)

« Enfin j'ai toujours vu mes parents aussi, allumer la télé pour regarder un film le soir en fait » (P9)

Certains parents ont **réduit leur usage depuis qu'ils sont parents** ou bien du fait de **leur propre expérience personnelle**.

« J'étais un gros addict aux jeux vidéo, enfin gros addict, addict aux jeux vidéo, et on va dire que le fait d'être devenu papa j'ai dû apprendre à ralentir » (P4)

« Et c'est pour ça que j'ai tout supprimé en fait, il y a à peu près 5 ans de cela, je n'ai plus rien et franchement... » (P13)

3.2.3.2 Utilisation des enfants

- Temps écran-enfant

En majorité, les enfants de la tranche d'âge étudiée (5 à 12 mois) regardaient **peu les écrans**, et même **aucun écran** pour la plupart.

« Moi la petite elle n'est pas du tout devant les écrans » (M12)

« Il a zéro écran, que ce soit, pas de téléphone, pas d'ordi, pas de télé, rien du tout. » (P5)

Toutefois, il existait une **exposition collatérale** par l'usage des écrans par la fratrie ou les parents, ou bien une exposition volontaire notamment pour les **échanges familiaux** (appels avec caméra).

« J'ai remarqué que là, en ce moment, il a tendance à tourner la tête le matin. » (M3)

« Elle regarde l'écran du téléphone que quand on appelle en visio mes parents par exemple » (M13)

Cette exposition dans le but d'**échanges familiaux** a pu parfois débuter lors du confinement lié à l'épidémie de Covid-19.

« Si, ben là dans le cas particulier dans lequel on est, du confinement, il a vu pour la première fois les écrans par visioconférence, les appels par visio » (P14)

Une partie des enfants de la tranche d'âge étudiée étaient exposés à la télévision **quotidiennement**.

« Le seul moment où elle, elle va être en contact avec un écran où je n'ai pas réussi à négocier... C'est le midi, pendant son déjeuner où on son frère déjeune en même temps qu'elle, où "clac" il allume la télé » (M10)

« Parce que je la laisse deux minutes à la télé, un exemple hein, le matin je lui mets un petit peu » (M4)

Concernant les **enfants plus grands** de la fratrie, l'utilisation était **plus intense**, notamment les **jours sans école**.

« Le problème c'est que lui, il est très accroc Gulli, lui maintenant il y est accroc » (P6)

« Elle regardait pendant une heure ou deux » (P16)

- <u>Types d'écrans utilisés</u>

Les écrans qu'utilisaient les enfants étaient principalement la **télévision**, parfois le **smartphone** ou plus rarement la **tablette**.

« Le matin on déjeune tous ensemble en général et que la télé est allumée aussi. » (M3)

- <u>Contenus visualisés</u>

Pour la plupart, les enfants de moins d'un an regardaient les écrans :

- **Dans le cadre d'échanges familiaux**

- **Pour regarder des photos**

« C'est vraiment un moment où on va regarder ensemble des photos ou des vidéos de famille ou de nous » (P16)

- **Pour regarder des dessins animés**

« Oui de temps en temps je vais lui mettre un dessin animé ou quoi » (M7)

- **Pour regarder des reportages animaliers**

« Elle voit les animaux mais au bout de 5 minutes c'est vrai que bon ben elle passe à autre chose et voilà quoi... » (M8)

- **Pour regarder des vidéos avec de la musique**

« Ou peut-être une fois Babyshark parce qu'elle adore cette musique ! Affreux ! Pour lui montrer les requins tout ça... » (M4).

Enfin il s'agissait pour quelques enfants, d'une visualisation de la télévision allumée en **bruit de fond**.

« De temps en temps oui, il y a la télé oui. En fond. » (M8)

- <u>Comportement de l'enfant</u>

La quasi-totalité des parents a constaté une **attirance** de l'enfant pour les écrans. Elle pouvait être **différente** selon le **type d'écran** et le **type de programme**.

« Ah c'est sûr, ça l'attire, la télé en particulier » (M2)
« Elle était plus attirée sur le téléphone que sur la télé » (M7)
« Non c'est la publicité qui l'attire. » (P11)

Parmi eux, certains enfants avaient tendance à **réclamer un écran**.

« Dès qu'elle me voit sortir le téléphone portable, elle veut le prendre » (M1)

Un seul parent a estimé que son enfant n'était **pas du tout attiré.**

« Si on laisse le smartphone posé par exemple sur la table basse du salon, il ne va pas l'attraper en fait. C'est un objet qu'il ne lui parle pas quoi » (M15)

Certains parents ont constaté que leur enfant **se lassait** des écrans.

« Elle va regarder une petite partie, après elle va vite se dissiper » (M7)

« Elle voit les animaux mais au bout de 5 minutes c'est vrai que bon ben elle passe à autre chose » (M8)

Enfin, peu de parents ont pris conscience que leurs enfants agissaient par **mimétisme**.

« Quand je vois que ma fille elle dit, elle utilise des mots comme "WhatsApp" à 3 ans et 1/2, voilà » (M12)

« Plus à le prendre comme ça et à faire semblant de faire "Allo" » (M4)

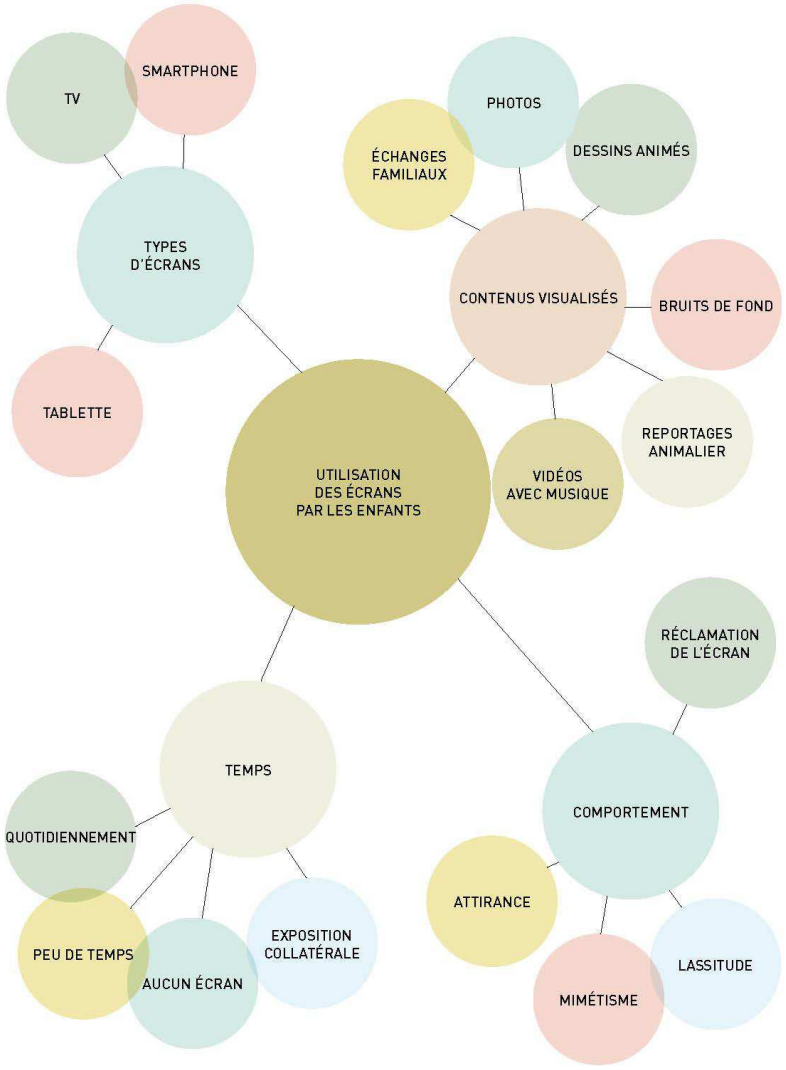


Figure 4 : *Utilisation des écrans par les enfants*

3.2.3.3 Gestion des écrans par les parents pour leurs enfants

- <u>Volonté de restreindre l'exposition</u>

Tous les parents essayaient de **limiter** leur utilisation devant leur enfant, et la majorité tentaient de limiter l'utilisation directe de leur enfant.

« Qu'on ne textote pas devant lui ou qu'on ne puisse pas lui donner accès aux écrans quoi » (P14)

« Alors elle est tentée aussi, donc là c'est pareil j'essaie de voilà, qu'elle ne s'attarde pas devant » (M8)

La plupart des parents **n'exposaient pas** leur enfant de façon **volontaire**.

« Des fois on peut ne pas faire attention, on peut aller les chercher, laisser l'écran allumé sur les infos » (P9)

« Si c'est pendant la sieste, on met à la sieste et puis ben sinon on fait en sorte qu'elle ne puisse pas y avoir accès, un de nous deux » (M10)

Ils mettaient même en œuvre des procédés pour **écarter** l'écran de l'enfant ou l'inverse.

« Je le pose en hauteur, comme ça elle n'y touche pas aussi » (M8)

« Du coup on la met dos à la télé et on essaie de ne pas lui montrer en fait les écrans » (P13)

La règle du **« zéro écran pour l'enfant »** était quelques fois établie par les deux parents. Parfois, seul le téléphone était interdit.

« On ne voulait pas le poser devant la télé forcément, pas forcément qu'il ait droit au portable, on n'a pas de tablettes, on ne veut pas qu'il ait accès jusqu'à un certain âge au moins » (M3)

« Mais le portable non, c'est un truc, voilà. Elle ne le prend pas, elle n'y touche pas, pas le droit » (M8)

- <u>Exposition volontaire</u>

Certains parents qui donnaient des écrans à leurs enfants avaient pris conscience que cela était devenu une **habitude**, voire une **action inconsciente**.

« C'est un geste qui devient une habitude » (M7)

« Mais c'est vrai inconsciemment, on le fait sans s'en rendre compte, on le faisait sans s'en rendre compte » (M10).

Un parent a exprimé un **sentiment de culpabilité** lorsqu'il donnait un écran à son enfant.

« Le soir quand on rentre du boulot et qu'on est fatigué, eh bien, on cède, au bout d'un moment... Je sais qu'on ne devrait pas mais... » (M1)

Lorsqu'ils étaient utilisés, les écrans pouvaient servir à **occuper l'enfant**, **le calmer**, ou **pour son réveil**.

« Quand elle est en crise et que je dois la faire durer jusqu'au repas ou quoi, il m'arrive de lui mettre les Titounis sur Youtube » (M1)

« Le matin je lui mets un petit peu, le temps qu'elle boive son bibi, parce qu'elle vient de se lever » (M4)

Aussi, ils étaient donnés lorsque les parents étaient **fatigués** ou **trop occupés**, ou encore **pour être tranquilles**.

« C'est l'histoire d'un quart d'heure, parce qu'on est occupés » (P11)

« Quand on a envie d'être voilà, d'être tranquille 5 minutes, ou quoi, peut-être qu'on donne le téléphone pour être tranquille » (M7)

- Alternatives aux écrans

Une grande partie des parents avaient développé des **alternatives** aux écrans, qui pouvaient être des activités faites **ensemble** ou des jeux que l'enfant faisait **seul**.

« Elle fait la sieste, et après on s'occupe autrement, elle dessine, la peinture, les jeux, les constructions, les bêtises » (M4)

« Je préfère la mettre dans sa chambre en train de jouer avec ses jouets, faire des petites activités avec elle » (M7)

Parfois, ils avaient acheté à l'enfant un **jouet imitant un écran**.

« On lui a acheté un portable à jouer qui fait de la musique pour compenser. » (M8)

Ces alternatives étaient perçues comme **plus bénéfiques** pour l'enfant.

« Si on diminue les écrans, on sort les enfants, on fait des activités avec eux, et c'est beaucoup mieux pour eux quoi » (M7)

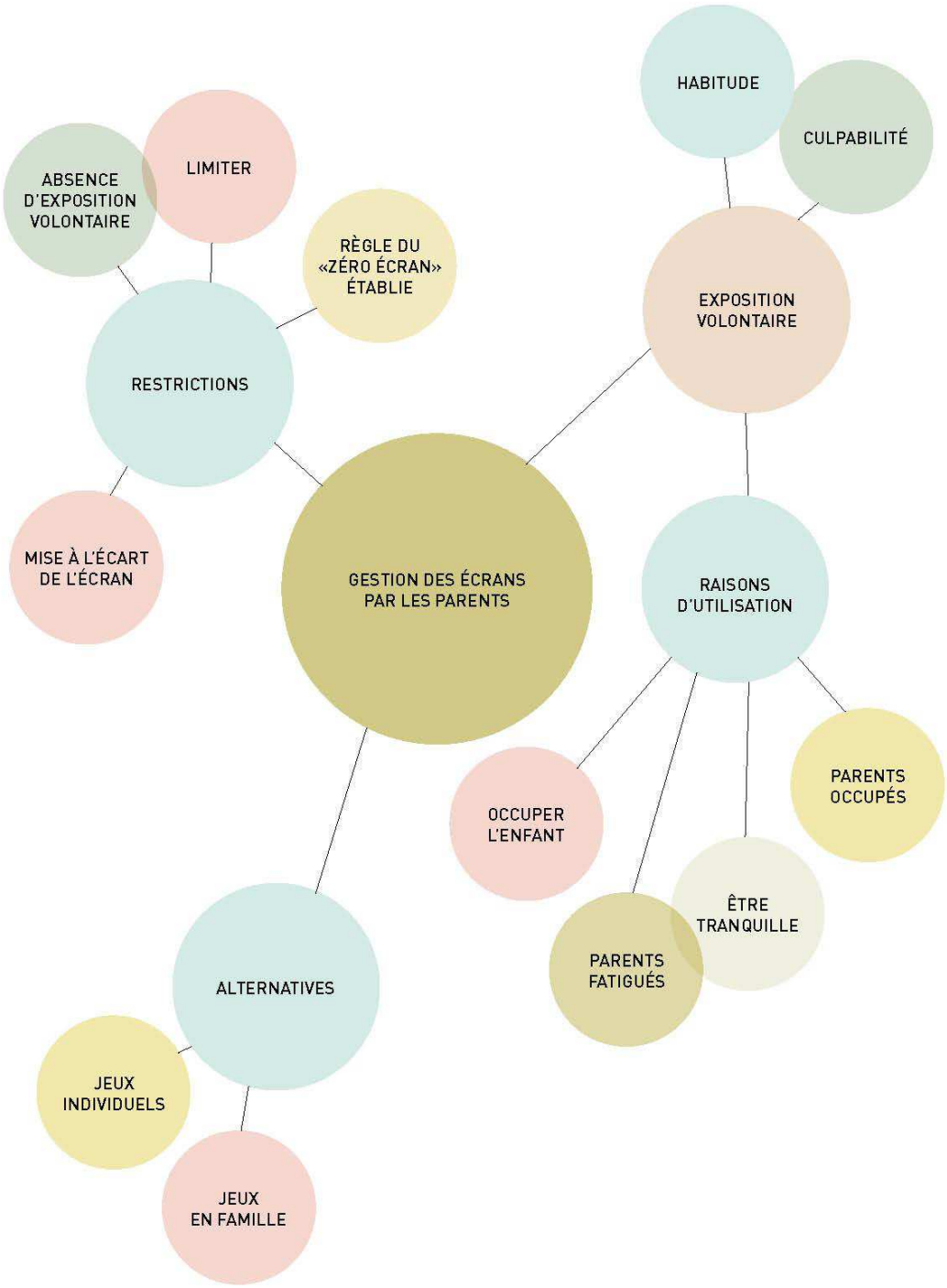


Figure 5 : *Gestion de l'utilisation des écrans chez les enfants par les parents*

3.2.3.4 Les écrans, source de préoccupation pour les parents

- <u>Sentiment général</u>

L'utilisation des écrans par leur enfant était une **préoccupation** pour l'ensemble des parents interrogés.

« Oui donc pour moi ça a été une préoccupation en fait... dès le début » (M2)

Bien que souvent **en accord**, cette préoccupation pouvait être **différente** entre les deux parents.

« Ça non, ça a été, ça avait été une parole commune, même pour nous on est très peu télé » (P11)

« Disons que lui il ne se préoccupe pas... Du moment que les enfants sont bien, ça ne le perturbe pas plus que ça quoi » (M10)

Pour beaucoup cela apparaissait comme une **évidence** de limiter les écrans pour leur enfant.

« Oui dans notre choix, c'était logique, c'est une logique » (M5)

- <u>Raisons de leur préoccupation</u>

Beaucoup d'entre eux ont évoqué les **méfaits** constatés ou suggérés des écrans sur leur enfant. Ils ont cité : l'isolement, les troubles du comportement, les troubles de la concentration, l'abrutissement, les troubles du langage, les troubles du sommeil, l'obésité, la diminution des échanges, l'impact sur le développement de l'enfant, les risques ophtalmologiques, l'effet sur le cerveau.

« Je suis arrivée, la télé était allumée, et j'ai trouvé la petite très agressive » (M1)

« Mais j'ai vu que son comportement, dès que je lui enlevais le téléphone, elle se mettait à pleurer, à crier, à taper partout » (M7)

« Parce que voilà, parce que sur le développement de l'enfant ça a un impact et... Moi je le vois surtout au niveau du vocabulaire » (M10)

Certains parents ont exprimé leur **inquiétude face aux contenus**.

« Des fois on peut ne pas faire attention, on peut aller les chercher, laisser l'écran allumé sur les infos, et suivant ce qui passe aux infos ça peut être traumatisant » (P9)

- Réflexion et adaptation de leur comportement

Ces raisons ont pu aider à déclencher chez eux des **changements de comportements** dans la gestion des écrans.

« Et donc j'ai vite arrêté parce que quand j'ai vu son comportement quoi » (M7)

« Petit à petit donc elle a commencé à les regarder vraiment 2 heures par jour et puis on voyait bien que ça changeait son comportement, il y avait l'énervement derrière, elle était excitée le soir etc… Et voilà au bout de quelques mois où il y a eu des hauts et des bas d'écran dedans, on a trouvé cette règle » (P16)

Ce changement, d'après une maman, a été facilité par sa plus grande **disponibilité**.

« Donc pour le coup le fait d'être à la maison, bon ça facilite quand même pas mal de choses » (M10)

Certains étaient **en cours de réflexion** sur le sujet, notamment sur la **manière** dont ils introduiraient les écrans et le **moment opportun**. Quelques parents pensaient que l'introduction devait passer par un **apprentissage des écrans**.

« Je pense qu'il va falloir qu'on essaie de définir déjà nous comment en tant que parents comment on va arriver à introduire ça […] C'est l'inclure comme une activité en plus mais à dose comment dirais-je, surveillée et petit-à-petit » (P9)

« Après quand elle va commencer à réclamer des choses, à ce moment-là, on va, on va fixer des règles... » (P13)

Cet apprentissage, pour un papa, passait par la juste utilisation des écrans, **en tant qu'outils et non comme objets de divertissement**.

« Il faut juste en fait, juste en fait lui faire comprendre en fait que ce n'est pas indispensable. […] C'est juste un outil. C'est pas forcément un divertissement » (P13)

3.2.3.5 Difficultés dans la gestion des écrans

Malgré la volonté de tous les parents de limiter les écrans pour leur enfant, la plupart ont exprimé des **difficultés** pour la mise en œuvre de cette limitation.

- Difficulté sociétale

Quelques parents estimaient qu'il existait une **pression sociale** sur ce thème.

« Et à l'école il se racontent les dessins animés, si tu ne mets pas les dessins animés, il ne va pas suivre tout ça » (M6)

« Je pense que quand même d'un point de vue social, il faut quand même pouvoir aussi s'intégrer dans un groupe, avoir les mêmes références donc à un moment donné il faut qu'il... Il sera aussi amené à regarder les choses que la majorité des enfants regarde. » (P9)

La difficulté pouvait venir du fait d'une **généralisation des écrans**, présents autant dans l'espace public que dans l'espace privé.

« Bon vu la société dans laquelle on vit maintenant, il y en a partout quoi, et parfois il faut vraiment avoir un portable » (P13)

- Difficulté d'appliquer des règles face à la réalité

Certains parents se sentaient en difficulté face à la **réalité de la parentalité**, devant être menée à bien **malgré le travail**.

« On ne peut pas faire toujours, on aimerait bien faire comme-ci, comme-ça, donc c'est un peu dur » (M8)

« Mais disons qu'on n'avait pas ce rituel de jouer parce que pas le temps, trop de travail » (M10)

Le **manque d'espace** au domicile pouvait être perçu comme un frein à la bonne gestion des écrans.

« C'est un peu dur vu qu'on a la télé au salon quoi, on est tout le temps au salon » (P13)

- Difficulté liée à l'entourage

L'**entourage de l'enfant** (fratrie, grands-parents) pouvait, selon les dires de plusieurs parents, rendre difficile leur gestion des écrans.

« Lui, s'il y a une fille qui la regarde, lui je ne peux pas l'empêcher lui » (P6)

Ils éprouvaient des difficultés à **sensibiliser leurs proches** à ce sujet qui pouvaient se montrer **incompréhensifs**.

« Mais là je ne peux pas lui dire, c'est ma mère quoi. Je ne peux pas lui dire "éteins la télé". Parce que je suis désemparée, je ne sais pas comment sensibiliser mon entourage en fait. » (M1)

« Il y en a qui, par exemple ma belle-mère, elle me dit "ouai de temps en temps c'est rien..." » (M7)

L'**expérience de l'entourage** pouvait cependant permettre aux parents d'agir différemment face aux écrans.

« Sachant que lui a dans sa famille des enfants, pour moi qui sont petits, qui ont été très vite accrocs au portable et ça nous posait vraiment problème en fait » (M3)

« Parce que j'ai des neveux et des nièces, qui ont très tôt eu le téléphone dans les mains (rires) et je vois comment ils sont maintenant, et je n'ai pas envie que ma fille soit comme ça ! (rires) » (M8)

3.2.4 Prévention de l'exposition aux écrans par le médecin généraliste

3.2.4.1 Connaissances des parents

Plusieurs parents **connaissaient la règle** « pas d'écran avant trois ans » avant la consultation avec le médecin généraliste.

« Il y a eu plusieurs fois où je lui ai dit "stop les écrans, avant 3 ans c'est pas bien" » (M1)

Et comme vu précédemment, beaucoup citaient spontanément des **troubles** que les écrans pouvaient provoquer, mais certains estimaient **manquer de connaissances** et **s'interrogeaient sur les risques**.

« On ne savait pas forcément tout ce qui était lié avec ça » (M13)

« Oui parce qu'en fait on ne sait pas . […] Des fois il dit "j'ai mal aux yeux". Alors on se demande si c'est pas... On a changé l'écran, il est près. » (P6)

Le **manque d'information** global sur le sujet était pointé du doigt.

« Personnellement, je n'avais pas trop d'informations là-dessus » (M13)

« C'est vrai qu'on n'en parle pas suffisamment je pense » (M8)

A deux reprises les parents ont exprimé leur **difficulté à trouver des solutions**.

« Je n'ai pas d'outils de remplacement de l'écran » (M1)

« On ne sait plus comment il faut faire pour éviter trop » (M6)

3.2.4.2 Intérêt des parents pour la prévention des écrans, volonté d'en savoir plus

Tous les parents ont montré un **intérêt pour la prévention des risques liés aux écrans**, en particulier si elle venait du **médecin généraliste**.

« On était intéressés parce qu'on a déjà entendu avant » (M6)

« Et du coup je pense que c'est bien que le médecin fasse de la prévention » (M7)

« Donc je pense que c'est vraiment important que le corps médical en général et beaucoup de gens autour de temps en temps reparlent de ça et du coup c'est... Je pense que c'est une très très bonne initiative » (P9)

Le médecin généraliste était perçu comme une **personne d'influence** et un **acteur essentiel** de cette prévention.

« Mais quand le médecin, bon le médecin a une certaine crédibilité, donc quand ça vient du médecin, on fait plus attention » (P13)

« Je pense que c'est très bien, et je pense que c'est un acteur majeur dans ce domaine » (M5)

« Donc je pense que le médecin généraliste a son rôle à jouer » (M15)

L'intérêt pour certain était plus marqué puisqu'ils exprimaient la **volonté d'en savoir plus** et **de connaître les règles**.

« Mais qu'est-ce qui est bien ? Et qu'est-ce qui n'est pas bien ? Quelles sont les... 2h par jour, 1h par jour ? 30minutes par jour ? On ne sait pas. » (P6)

« Ben vivement qu'on fasse cet entretien pour en savoir plus sur les effets des écrans » (M1)

3.2.4.3 Absence de questionnement et d'intérêt

Le **manque d'intérêt** n'a pas été retrouvé dans notre étude. Il a été suggéré par quelques parents à propos **des autres parents** et à propos **de leur conjoint**.

« Et la plupart du temps les gens qui devraient se sentir concernés et sensibilisés, ne le sont pas » (M5)

« Ben après, disons que lui il ne se préoccupe pas... Du moment que les enfants sont bien, ça ne le perturbe pas plus que ça quoi ! » (M10)

3.2.4.4 Ressenti des parents suite à l'intervention du médecin généraliste

- <u>Vécu positif</u>

La majorité des parents ont vécu de manière **positive** le message délivré par le médecin généraliste.

« Du coup je l'ai bien vécu, j'étais contente » (M1)

« Ça a fait écho à ce que j'ai entendu plus tôt, je l'ai très bien vécu » (M12)

« J'ai trouvé ça positif d'aborder le sujet » (P16)

- <u>Satisfaction, raisons de cette satisfaction</u>

Certains semblaient **satisfaits** de cette intervention, parce que cela leur permettait, entre autres raisons, d'en savoir plus.

« Oui mais il nous a bien informé sur le sujet, il nous a dit des choses qu'on ne savait pas forcément. » (M13)

- <u>Sensibilisation</u>

L'intervention du médecin généraliste a permis une **sensibilisation** de la quasi-totalité des parents.

« C'est un grand pas, au moins ça sensibilise les parents déjà » (M4)

« Oui disons que ça m'a sensibilisé, je me suis dit "bon il faut faire attention" » (M10)

« Et peut-être que le Dr H. a éveillé la lanterne » (P6)

Quelques-uns ont apprécié le fait d'**être confortés dans leur propre démarche**.

« Donc ça m'a conforté dans l'idée que j'avais, que je partais dans le bon esprit pour élever mon enfant » (P14)

« Ça m'a permis de me conforter que je faisais les choses correctement, mais dans le sens où je suis vigilant sur les points qu'il faut. » (P16)

- Surprise

Une maman a manifesté sa **surprise** lorsque le médecin a abordé le sujet en consultation, étonnée que sa fille de 8 mois pouvait être la cible de ce message de prévention des écrans.

« Ça m'a surpris. […] Ça, ça m'a interpellée. De me dire qu'on pouvait, enfin que je pouvais participer à quelque chose pour un enfant de 8 mois » (M12)

- Trop rapide

Une faible proportion de parents a estimé que le message reçu était **trop rapide** voire **insuffisant**.

« Ça a été très rapide […] Oui on n'a pas eu le temps d'échanger quoi » (M2)

« Franchement après on n'en a pas plus parlé que ça, des écrans » (M7)

3.2.4.5 Information déjà reçue

Une majorité de parents a dit **avoir déjà reçu cette information**.

« Enfin c'est un sujet que j'avais déjà entendu quoi » (P14)

Les **médias** constituaient la plus grande partie des sources d'information, devant l'**entourage** à part égale avec l'**école** et le **milieu professionnel**. Une maman a dit avoir reçu le message à la **maternité** et une autre l'a reçu à la **PMI**.

« J'ai lu beaucoup d'articles où il y a des témoignages de parents où ils pensaient que leurs enfants étaient autistes parce que… » (M7)

« J'ai des neveux, j'ai des petits cousins, et à chaque fois les écrans, c'est vrai qu'il ne faudrait pas… "Il ne faudrait pas, il ne faudrait pas", on entend tous ça. » (P14)

« Nous à Morlaàs on a été sensibilisés aussi par les orthophonistes qui nous ont fait une réunion d'information » (M15)

« Ben moi le pédiatre m'en avait déjà parlé quand je suis sortie de l'hôpital » (M13)

3.2.4.6 Plaquette d'information

- A-t-elle été lue ?

La plaquette a été **lue** par la majorité des parents présents en consultation.

« Ben je l'ai regardée, je l'ai lue » (M8)

« Je l'ai lue immédiatement en rentrant à la maison, immédiatement » (M1)

Une majeure partie des parents interrogés ont affirmé ou supposé que leur conjoint, **absent de la consultation** ne l'avait **pas lue**.

« Mon compagnon je lui ai demandé de la lire, il ne l'a pas lue ! » (M3)

« Elle n'a été lue que par moi. » (M10)

Un parent l'a affichée sur le réfrigérateur du domicile.

« Oui sur le frigo ! Donc je ne l'ai pas amenée » (M4)

- Quel souvenir le parent en a-t-il ?

Plusieurs parents avaient un **souvenir assez vague** de la plaquette, ayant nécessité un léger temps de réflexion lors de l'entretien. Une petite partie a évoqué spontanément des **détails** qu'elle contenait.

« Je ne me rappelle plus trop » (M1)

« Moi c'est ce que je vois à travers l'image en fait. C'est un enfant qui se raconte des histoires, en jouant, tout seul » (M5)

- Avis positif

En majorité, l'affichette a suscité un **avis positif**.

« Non pour moi elle est très bien. » (M4)

« Mais c'était bien expliqué » (M13)

« Je sais qu'effectivement c'était intéressant, il y avait pas mal d'explications » (P9)

Elle **répétait**, pour certains, l'information transmise par le médecin.

« Après c'est tout ce qui nous avait expliqué déjà, qui était décrit, donc du coup il n'y avait pas vraiment besoin de lire ! » (M13)

« Ouai j'apprenais des trucs mais c'était… ça allait avec ce qu'avait dit le médecin » (P14)

Une maman l'a **comparée** à des moyens existants et plaidait en sa faveur.

« On a de plus en plus de pub "info.gouv.fr" à la télé, déjà il faut allumer, il faut être réceptif, il ne faut pas faire la vaisselle, il ne faut pas juste l'entendre à moitié d'une oreille. […] Non pour moi elle est très bien. Je trouve que l'affichette là-bas elle n'est pas terrible » (M5)

- Critiques

Quelques parents ont émis des **critiques** sur l'affichette. Pour certains elle était **incomplète**.

« Illustrés. Et dans la vôtre ça n'y est pas ça » (M12)

« Je pense qu'il n'y a pas tous les risques mis dedans » (M8)

Et d'autres auraient souhaité un message **moins complexe**.

« Et peut-être moins d'informations et plus un message clé » (M15)

« J'aurais peut-être préféré un message comme ils font beaucoup sur les prospectus, des messages où ils sont très très très simples, plus large public » (P16)

3.2.4.7 Effet du message sur le comportement des parents

Pour une partie des parents, l'intervention du médecin généraliste a permis un **changement de comportement** des parents dans le sens de la réduction des écrans.

« Mais depuis qu'il nous en a parlé, bon j'évite, j'ai arrêté […] Mais après quand il nous a donné la petite fiche, la brochure, j'ai vu un peu vite fait, et puis c'est à partir de là que j'ai commencé à faire attention » (P13)

« C'est mon copain qui a changé beaucoup son attitude […] Même quand il faisait manger le petit il avait le téléphone avec lui, à regarder des vidéos quoi... Donc ça il ne le fait plus, déjà » (M3)

« En fait depuis qu'on a vu Dr H. on l'allume moins la télé pour lui... Parce qu'on s'est dit... On s'est dit "peut-être c'est pas bien en fait" » (P6)

Cette **efficacité de la prévention primaire** à ce sujet avait été évoquée par quelques parents.

« Pour le coup, le deuxième on avait déjà entendu parler, et le deuxième on avait déjà pas mal bougé » (M10)

L'intervention a pu occasionner une **conversation** dans le couple et permettre ainsi de **transmettre l'information au parent absent**.

« On a dû avoir une conversation entre le moment de cette affichette et l'entretien » (M1)
« Je n'ai pas partagé le prospectus mais j'ai quand même partagé ce qui avait été dit pendant la consultation » (P16)

Pour la plupart d'entre eux, il n'y a **pas eu de changement de comportement**, expliquant souvent qu'ils avaient déjà **mis en place des règles de limitation**.

« Pas grand-chose, notre quotidien reste un peu inchangé, dans le sens où on faisait déjà attention » (M11)
« Finalement notre attitude n'avait pas trop changé parce qu'on s'était déjà beaucoup documentés là-dessus. » (M15)

Ou bien parce qu'ils **utilisaient autant les écrans**.

« Non, ça n'a rien changé, parce que lui est pareil que moi enfin, non. On n'a pas pris moins le portable, on a continué » (M8)
« Après on a toujours le problème avec la télé... En bruit de fond... » (M4)

Une maman a remis en question l'efficacité de la prévention primaire à l'instar de l'**expérience**.

« Enfin ça a déclenché quelque chose quand j'ai vu ma fille réagir comme ça, mais après si ma fille "n'aurait " pas réagi comme ça peut-être que j'aurais continué à lui donner des écrans ou...Je veux dire, ce n'est pas parce que... On m'en a déjà parlé, je savais que, ... J'ai même lui plein d'articles sur ça, comme quoi les écrans c'est pas... » (M7)

3.2.4.8 Pistes d'amélioration

Des pistes d'amélioration ont spontanément été évoquées par les parents sans que cela ne fasse l'objet d'une question.

- Qui pourrait donner l'information ?

Plusieurs parents ont soutenu qu'il était important d'**étendre l'information** sur les risques des écrans, notamment par des campagnes médiatiques.

« Donc c'est vrai que je pense que cette sensibilisation serait vraiment ouverte à plus grande échelle » (M10)

« Je pense qu'on a sur des autres sujets, l'alcool, les accidents, le tabac etc, on a un tapage médiatique, on a, que ce soit des spots publicitaires, de la radio, des messages, des affiches dans le métro, ce genre de choses, et pourquoi pas ce sujet-là aussi quoi » (P16)

Elle pourrait être relayée par les **autres professionnels de la petite enfance** ou lors de **réunion de parents à l'école**.

« Si tous les gens qui interviennent auprès des jeunes enfants tiennent le même discours, il y aura quand même des remises en question » (M15)

« Déjà la crèche, chez la nounou, chez le médecin... […] Peut-être à l'école aussi, des réunions de parents. » (M4)

- Quand serait-il judicieux de la transmettre ?

Parfois, ils ont proposé qu'elle soit transmise **plus précocement**, par exemple à la **maternité**.

« Je pense qu'ils devraient même le remettre à la maternité » (M10)

- Quelle serait la manière la plus efficace de la transmettre ?

Quelques parents pensaient que l'information devait être **plus alarmiste** et basée sur l'**interdiction**.

« Je pense qu'il faudrait juste faire, plus vraiment "Attention ! " Il faudrait marquer plus vraiment "Attention !" "Dangereux !" » (M4)

« Ben parce que le code de la route, quand on voit les panneaux, on se dit "ah c'est interdit, c'est interdit", ben peut-être voilà. […] Voilà, sur l'interdiction. Et peut-être un peu plus, des mots un peu plus crus sur les risques ! (rires) » (M8)

Certains allaient plus loin et souhaitaient des **règles plus strictes**.

« Bon déjà moi je serais allée un petit peu plus loin, j'aurais mis "pas d'écran avant 6 ans" » (M15)

Comme vu dans la partie précédente, ils proposaient aussi un contenu de la plaquette **plus complet** mais **moins complexe**.

« C'était succin mais c'est bien que les choses aussi ne soient pas trop longues, peut-être un peu complexe » (P16)

Quelques-uns ont relevé la problématique de l'**accumulation de papiers d'informations**.

« Je crois qu'on nous donne tellement de trucs, au bout d'un moment... » (M11)

« Moi j'avais des plaquettes 4 jours avant et celles-là je lui avais montrées, donc celle-là je ne lui ai pas montrée. » (M12)

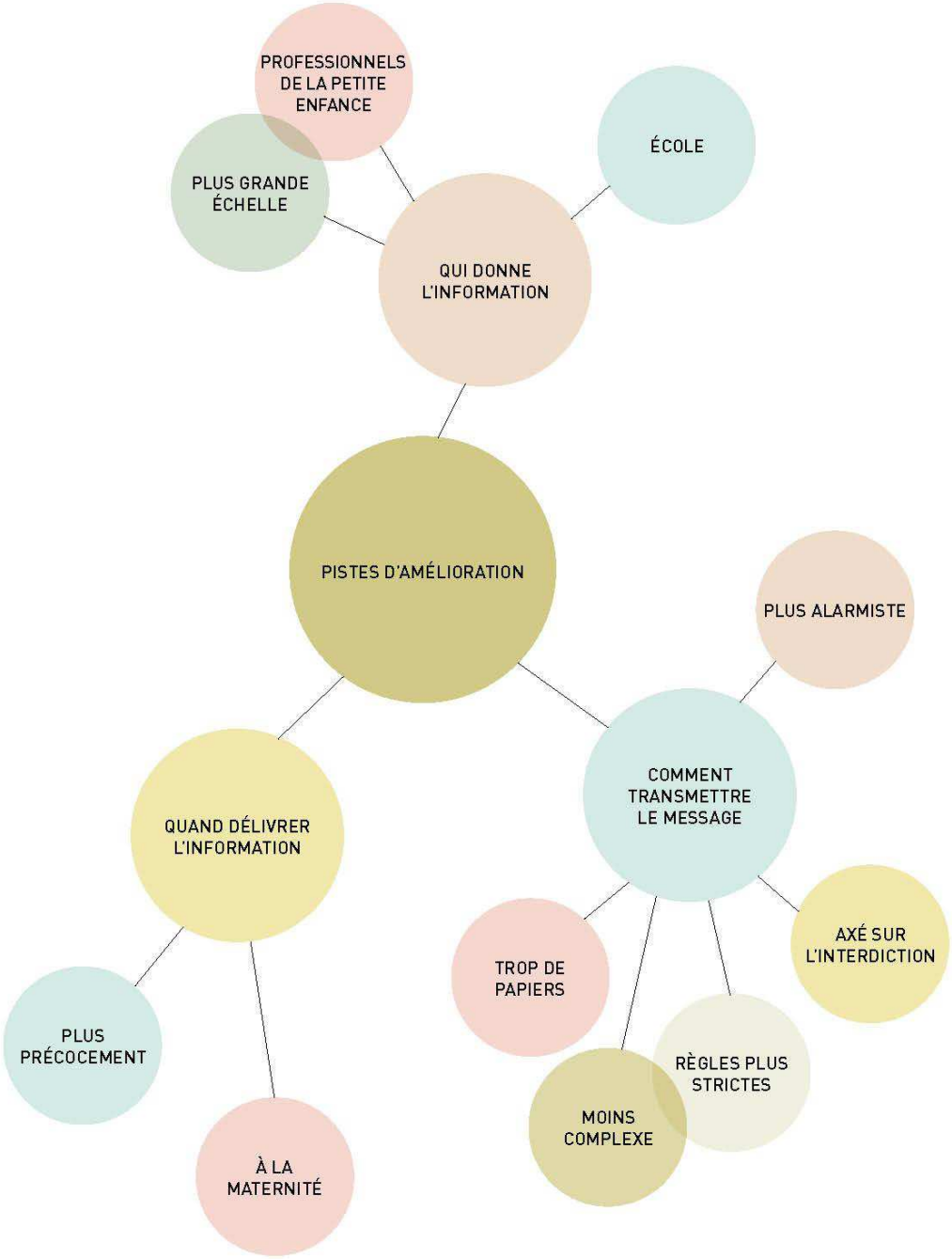


Figure 6 : *Pistes d'amélioration proposées par les parents*

4. DISCUSSION

4.1 Validité interne de l'étude

4.1.1 Discussion de la méthode

4.1.1.1 Choix de la méthode qualitative

Ce travail avait pour objectif de recueillir le vécu des parents à la suite d'une information de prévention sur les risques liés aux écrans chez les enfants lors d'une consultation de médecine générale. L'approche qualitative avec analyse en théorie ancrée était justifiée puisqu'il s'agit de la méthode la plus adaptée pour comprendre les perceptions, les comportements et l'expérience d'une population.

Par opposition à la méthode quantitative, il est impossible de quantifier, généraliser ou élargir les résultats à d'autres populations.

4.1.1.2 Entretiens semi-dirigés

Le choix de l'entretien semi-dirigé nous a permis d'obtenir des informations sur le ressenti et sur les comportements des personnes qui auraient été plus difficilement exprimés par l'emploi d'autres méthodes comme un questionnaire ou la technique des focus group. La technique de l'entretien individuel semi-dirigé permet une expression libre sans que la parole ne soit influencée par l'investigateur ou un groupe.

L'investigatrice avait au préalable réalisé une grille d'entretien, qui permettait de guider les parents autour des trois thèmes principaux. Elle a dû s'efforcer de poser un maximum de questions ouvertes, et d'éviter tout type d'intervention pouvant influencer les réponses du parent interrogé, ou ayant un caractère de jugement. Il est apparu nécessaire de modifier une question de la grille d'entretien après le troisième entretien pour améliorer sa compréhension, comme cela est autorisé en méthode qualitative.

Les parents avaient le choix du lieu de rencontre : à leur domicile, au cabinet médical de leur médecin ou au cabinet médical dans lequel exerçait l'investigatrice. Ainsi, ils pouvaient préférer un lieu plus connu et sécurisant ou au contraire un lieu plus neutre. La date de l'entretien n'était

pas imposée, les deux parties s'accordaient pour trouver un moment opportun afin que ce soit le moins contraignant possible pour la personne interrogée.

4.1.1.3 Constitution de l'échantillon

Le nombre de sujets nécessaires n'était pas déterminé à l'avance, contrairement à ce qui se pratique en méthode quantitative, puisqu'ici l'échantillon ne doit pas être représentatif de la population. Au contraire, la représentativité d'un échantillon peut effacer les cas atypiques ou déviants, critères nécessaires en recherche qualitative. Le recrutement s'est effectué sur la base du recueil des consentements et non sur les données socio-démographiques. Nous savons pourtant que les indicateurs socio-économiques sont un des facteurs déterminants de la durée de visualisation des écrans par les enfants (56). Il aurait été intéressant d'ajouter ce critère de sélection. Toutefois, l'échantillon est apparu hétérogène sur les différents critères dont la profession des parents.
Tous les sujets ont été recrutés autour du bassin palois, dans un rayon d'une trentaine de kilomètres, pour faciliter la réalisation des entretiens.

4.1.1.4 Adaptation du fait de la situation exceptionnelle liée à l'épidémie d'infection due au coronavirus Covid-19

En mars 2020, la France a subi une épidémie liée au virus Covid-19 obligeant le gouvernement à prendre une mesure sanitaire exceptionnelle de restriction des contacts humains. N'étaient autorisés que les déplacements indispensables tels que faire des courses alimentaires ou se rendre au travail si le télétravail était impossible. Pour ne pas mettre à l'arrêt ce travail de recherche, l'enquêtrice a réalisé des entretiens en visioconférence, permettant de pouvoir prendre en compte la communication non verbale, ce qu'exclut le téléphone.

4.1.2 Forces et faiblesses de l'étude

4.1.2.1 Forces de l'étude

- Originalité du sujet

Bien que le thème soit d'actualité, il n'y a, à ce jour, aucune étude qui a interrogé les parents après avoir reçu un message de prévention de l'utilisation des écrans par les enfants.

- Double encodage

L'analyse des verbatims a été faite par deux personnes différentes avant une mise en commun, renforçant ainsi la validité interne de l'étude.

- Saturation des données

L'étude a été poursuivie jusqu'à obtention de la saturation des données, survenue lors du quatorzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été effectués afin de confirmer l'absence de nouvelle idée. Ceci renforce la validité interne de l'étude.

4.1.2.2 Limites de l'étude

- Liées à l'enquêtrice

Biais d'investigation : malgré l'apprentissage théorique de la réalisation des entretiens semi-dirigés, l'enquêtrice, novice en la matière, a posé des questions fermées au fil de la discussion, pourtant proscrites. Le commentaire « d'accord » venait souvent ponctuer une phrase de la personne interrogée, ou était prononcé de manière involontaire pour l'encourager dans sa réponse. Il a parfois été difficile, notamment lors des premiers entretiens, de rebondir sur une réponse et d'effectuer une relance. De plus, pendant les entretiens, l'investigatrice a pu mettre fin à une partie de la trame parce qu'elle avait obtenu ce qu'elle recherchait, perdant ainsi peut-être des informations complémentaires.
Ce biais aurait pu être contrôlé par une formation plus approfondie à la technique des entretiens semi-dirigés. L'outil habituel des consultations médicales étant le questionnaire à réponses fermées.

Biais d'interprétation : la communication non verbale, qui n'a pas été analysée dans notre étude, a pu induire une interprétation subjective de la part de l'investigatrice qui a mené les entretiens. Ce biais a toutefois été limité par le double encodage des verbatims.

- Liées aux participants

Biais d'information :

- Biais de déclaration : des contradictions ont été mises en évidence dans le discours des parents, notamment en ce qui concernait les habitudes d'utilisation. La tendance à sous-estimer le temps d'exposition est cependant moins problématique que dans une étude quantitative.
- Biais lié à la désirabilité sociale : il se peut que les parents interrogés aient voulu mettre en avant les bonnes attitudes qu'ils adoptaient dans la gestion des écrans pour leurs enfants, et cela a pu modifier leurs réponses par peur d'un jugement. Cette attitude a pu se manifester vis-à-vis du médecin généraliste qui suivait l'enfant et vis-à-vis de l'investigatrice, elle-même médecin ; ce qui majorait ce biais. Les entretiens individuels ont permis de le limiter, mais quatre entretiens se sont passés avec les deux parents. L'un d'eux pouvait alors influer sur l'expression de l'autre, en inhibant sa parole.

Biais de sélection : les parents interrogés semblaient tous être concernés par le sujet. Nous pouvions nous demander s'ils n'avaient pas accepté de participer à l'étude justement parce qu'ils faisaient déjà preuve de précautions pour leurs enfants. Seul un parent informé a refusé de participer à l'étude, ceci va donc à l'encontre de cette hypothèse.
Trois personnes interviewées faisaient partie de l'entourage du chercheur. Ceci a pu être à la fois une faiblesse en pouvant inhiber la réponse du sujet interrogé, mais aussi une force, la personne pouvant se sentir plus à l'aise avec un interlocuteur qu'elle connaissait.
Nous pouvons aussi nous poser la question du faible nombre de parents recrutés par rapport au nombre de médecins généralistes sollicités. Les médecins ont-ils effectué une sélection de parents à qui donner l'information ? Sur quels critères ?
Pour limiter ce biais de sélection, nous aurions pu recruter les médecins généralistes selon le critère du nombre d'enfants suivis (d'après les données du Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions rendu par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie) afin d'obtenir un échantillon plus grand et de pouvoir ainsi effectuer un tirage au sort.

- Liées à la méthode

Généralisation des résultats : en recherche qualitative, il est impossible d'extrapoler les résultats, contrairement à la recherche quantitative.

Absence d'utilisation de la grille COREQ : il s'agit d'un outil d'évaluation de la validité d'une recherche qualitative. Elle aurait permis de limiter certains biais.

4.2 Validité externe de l'étude

4.2.1 Place des écrans dans la famille

Nous avons vu, dans notre étude, que la plupart des enfants ne regardaient pas ou peu d'écran, d'après les parents. D'après l'étude française Nutri-Bébé de 2013, le temps moyen passé par jour devant un écran était de 30 minutes pour les enfants âgés de 0 à 12 mois (3). Concernant leur propre consommation, les parents étaient nombreux à l'estimer importante, particulièrement pour le smartphone et la télévision. Selon l'INSEE, en 2010, les personnes âgées de 20 à 49 ans regardaient la télévision en moyenne 2h30 par jour (57). En 2018, l'étude Baromobile a montré que les français âgés de 15 à 60 ans passaient en moyenne 1h42 par jour sur un smartphone (58).

4.2.2 Ressenti des parents face à l'intervention du médecin généraliste

Les parents ayant bénéficié de l'intervention du médecin généraliste ont exprimé un ressenti positif. Ils ont manifesté de la satisfaction envers cette intervention, se sont sentis sensibilisés et confortés dans leur propre démarche. Ils n'ont pas exprimé de sentiment d'intrusion ou d'atteinte à leur liberté individuelle. C'était pourtant un des freins exprimés par les médecins généralistes dans le travail de C. Fouilland et C. Michon (52).
Ils ont aussi montré un vif intérêt pour ce sujet, ce qui va à l'encontre du résultat de la thèse de M. Homps, selon lequel l'absence supposée d'intérêt par les parents sur le sujet était un des freins pour 42% des médecins généralistes (50). Il confirme, en revanche, le résultat de la thèse de M. Dartau puisque la moitié des participants étaient intéressés par une intervention de prévention des risques liés à l'exposition aux écrans (48). De plus, dans notre étude, il leur était

intéressant que la prévention soit faite par le médecin généraliste, celui-ci tenant une place privilégiée dans le suivi de l'enfant, et bénéficiant d'une sincère confiance de leur part. Cette tendance était aussi présente dans le travail de M. Homps puisque les médecins n'étaient que 4.7% à juger que ce n'était pas leur rôle d'agir dans ce domaine (50).

Nous avions créé un support sur la base d'un document issu du site YAPAKA, remis aux parents. Cet outil a été apprécié des lecteurs, le trouvant intéressant et bien expliqué. Plusieurs thèses pointaient du doigt le manque d'outil existant et notamment le souhait des médecins généralistes de pouvoir remettre des brochures aux parents (49–51). L'affichette contenait une image représentant un enfant qui joue et un texte de cinq phrases explicatives. Il a été montré, notamment dans les études sur la prévention du tabagisme, que l'association d'une image à un texte attirait plus l'attention qu'un simple texte (59).

4.2.3 Freins exprimés et pistes d'amélioration évoquées

Un des freins exprimés par les parents était le manque de temps des médecins généralistes, qui avaient délivré le message de façon trop rapide. Il a été évoqué par 48% des médecins dans la thèse de J. Poulain qui a établi un état des lieux des pratiques des médecins généralistes de Vendée quant à l'exposition de la télévision et vidéos chez les enfants (49). De façon plus large, 9 médecins sur 10 apprécieraient d'avoir plus de temps pour remplir leur mission de prévention et d'éducation, selon le baromètre santé médecins généralistes de 2009 (60).

Des pistes d'amélioration ont été évoquées spontanément par les parents, sans que la question ne soit posée spécifiquement durant l'entretien. Ils proposaient d'étendre l'information, et que celle-ci soit effectuée par l'ensemble des professionnels de la petite enfance. Les parents s'étaient exprimés en ce sens dans la vaste enquête de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) (61). Il leur semblait nécessaire de renforcer la sensibilisation des parents et de susciter les questionnements sur les pratiques. Certains ont proposé la diffusion de guides de bonnes pratiques établissant des règles. La volonté qu'il y ait des règles établies était aussi présente dans notre étude.
Aussi, ils souhaitaient un message plus précoce, par exemple à la maternité. Cette piste avait aussi été évoquée par les médecins dans le travail de C. Fouilland et C. Michon (52).

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Le médecin généraliste, placé au cœur de la prévention des écrans par les parents

Le médecin généraliste était perçu comme une personne de confiance. Par définition, ses propos sont en mesure d'être entendus et respectés. Ceci peut donc être appliqué à la prévention des écrans, d'autant que les parents estimaient qu'elle faisait partie du rôle du médecin généraliste. Nous avons vu dans la partie précédente que ce rôle était assumé par les médecins (50).

Il est intéressant de souligner aussi que les parents avaient des attentes envers le médecin généraliste dans ce domaine malgré le fait que plusieurs avaient déjà reçu une information sur le sujet : à la maternité, à l'école pour leurs ainés, via leur entourage ou les médias. L'intervention du médecin généraliste vient donc appuyer une information déjà transmise aux parents, et permet même d'améliorer l'impact du message puisque l'intervention est précoce et ciblée. En effet le médecin, grâce à la relation qu'il a avec le patient, connait ou doit s'efforcer de connaitre l'environnement physique et social dans lequel évolue le patient. L'approche centrée sur le patient est une compétence fondamentale du médecin généraliste. Elle est indispensable à l'application d'une des autres dimensions du modèle de la marguerite des compétences du médecin généraliste, celle qui nous intéresse dans ce sujet, à savoir, assurer l'éducation en santé, la prévention individuelle et collective. Aussi nous savons aujourd'hui que la prise en compte des représentations sociales est un élément majeur dans l'efficacité de la promotion de la santé. Enfin, l'intervention du médecin généraliste offre la possibilité d'un échange, et peut être reprise lors de consultations ultérieures.

Notre étude met donc en avant l'hypothèse selon laquelle l'intervention du médecin généraliste peut renforcer le message de prévention sur les risques liés à l'utilisation des écrans pour les enfants.

4.3.2 L'estimation du temps d'utilisation des écrans, un levier de la prévention

Le temps de consommation parentale a été évalué comme important pour plusieurs parents. Or nous savons que l'enfant se développe en partie par le mimétisme, c'est un des moyens pour lui d'acquérir ses capacités psychomotrices, mais aussi de se sociabiliser. Aussi, il est établi que les comportements des parents influent sur ceux de leurs enfants au-delà de la simple imitation

(62). C'est par exemple le cas pour la consommation de substances toxiques (63). La thèse de M. Dartau avait montré qu'il en était de même pour la consommation des écrans : les parents d'enfants dits « grands consommateurs » d'écrans regardaient de façon significative plus les écrans que les parents d'enfants dits « petits consommateurs » (48). Le temps d'écran des parents en dehors du travail peut aussi représenter du temps non disponible pour s'occuper de l'enfant. Et l'écran peut lui-même servir de substitut au parent pour occuper l'enfant. Il est donc nécessaire de discuter avec les parents du temps de disponibilité qu'ils offrent à leur enfant.

Ces éléments suggèrent qu'une réduction de la consommation d'écrans des parents serait un moyen de limiter celle des enfants. Il serait donc utile d'informer les parents, par une discussion ouverte, sur l'apprentissage des comportements de l'enfant par l'imitation. Il serait même envisageable d'intervenir auprès des parents au sujet de leur propre consommation, mais ce pourrait être vécu comme une atteinte à leur liberté individuelle.

Des contradictions ont été mises en évidence sur l'estimation du temps d'écran des enfants par les parents avec une tendance à la sous-estimation. L'évaluation quantitative de la consommation n'était pas un objectif de l'étude. Cependant, aider les parents à évaluer avec justesse la quantité du temps d'utilisation des écrans de leurs enfants permet une prise de conscience de la réalité et constitue un second levier d'amélioration de la prise en charge de réduction des risques.

4.3.3 Le vécu de l'information et son impact sur le comportement des parents

Le message global, associant le discours du médecin et le support d'information, a été vécu de façon positive par les parents. Il insistait sur les besoins de l'enfant pour son développement, dans le but de ne pas culpabiliser les parents sur leurs attitudes. C'était un des critères de qualité cité dans le « Référentiel de qualité des actions en éducation pour la santé » publié par le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) Languedoc-Roussillon (47). Nous pouvons dire que cette attitude positive a permis une adhésion au message. On peut cependant s'étonner que peu de parents ont évoqué les besoins de l'enfant. Ils n'ont pas semblé avoir décodé que notre action allait dans ce sens-là. Le contenu du message oral du médecin n'était peut-être pas explicitement axé sur les besoins de l'enfant pour son développement, ou il pouvait s'agir d'une évidence pour les parents ne nécessitant pas d'être évoquée. Certains parents ont aussi réclamé une méthode plus alarmiste, insistant sur la notion de danger et d'interdiction. En matière de prévention en santé, ce ne sont pourtant pas les interventions les plus efficaces, comme il a été

prouvé dans la prévention du tabagisme (64). L'enquête ONE de 2015 « Les enfants et les médias » avait montré que les parents, notamment ceux du groupe intermédiaire, étaient demandeurs de davantage de prévention centrée sur les effets négatifs des écrans (61). Associer l'information sur les effets négatifs et sur les besoins de l'enfant est une bonne manière de répondre aux attentes des parents sans pour autant qu'ils ne se sentent dévalorisés. C'est une tendance que nous avons constaté dans notre étude et qui nécessite d'être confirmée par une recherche quantitative. Si le message est acceptable par les parents, cela permettra aux parents d'être confortés dans leur attitude de prudence dans l'utilisation des écrans, de fixer des règles éducatives claires et de mieux les appliquer ; ce qui dans la réalité évoquée par certains parents, n'est pas facile.

De plus, notre étude a montré que l'intervention du médecin a pu être à l'origine d'une discussion dans le couple sur le sujet des écrans. Les parents ont parfois modifié leurs comportements dans le but de réduire l'exposition de leur enfant aux écrans. Nous pouvons donc penser que le message peut être efficace. Une étude quantitative de mesure de l'efficacité de l'action de prévention serait nécessaire pour le confirmer. Il serait cependant illusoire de penser que l'intervention faite par le médecin généraliste puisse suffire à elle-seule à réduire à long terme la consommation numérique chez les enfants. Comme l'ont dit les parents, étendre l'information, la transmettre par l'ensemble des professionnels de santé et par les médias, notamment au travers de campagnes de prévention, est indispensable.

4.3.4 Des freins peu nombreux

Nous avons déjà vu que certains parents avaient trouvé que le message avait été transmis trop rapidement et que les médecins avaient le désir de consacrer davantage de temps pour mener à bien des actions de prévention. Un moyen de gagner en efficacité pour la prévention des écrans serait de faire une consultation en deux temps : transmettre le message de prévention lors de la première consultation puis l'évoquer de nouveau lors d'une deuxième consultation, en interrogeant les parents sur leurs pratiques et leurs besoins à ce sujet.

De plus, le travail a mis en évidence la difficulté que le message atteigne le parent absent, celui-ci pouvant être moins concerné par le sujet, avoir un point de vue différent ou avoir d'autres préoccupations. Il y a donc une perte d'efficacité du message de prévention et une faible possibilité de changement des comportements vis-à-vis de l'utilisation des écrans. Demander aux parents de venir en consultation à deux est une possibilité, par exemple lors d'une

consultation spécifique comme celle du 9e mois. Ceci améliorera aussi la sensibilisation de l'entourage de l'enfant (grands-parents, famille, assistantes maternelles…).
Enfin, certains ont évoqué l'accumulation de prospectus dissuadant une lecture attentive, alors que d'une manière générale, l'outil a été évalué de façon positive. La validité de notre outil est à vérifier par une étude quantitative de large ampleur. Un message sous forme de vidéo envoyée aux parents ou d'affiche dans le cabinet de consultation pourrait être une alternative.

4.3.5 Des pistes d'amélioration encourageantes

Les parents ont proposé d'étendre l'information, et qu'elle soit transmise par un plus grand nombre d'intervenants. C'est une notion importante puisqu'on sait que les campagnes d'information grand public constituent un facteur favorisant les pratiques de prévention pour les médecins généralistes (60). Il est à noter qu'aucun parent n'a parlé du message présent dans le carnet de santé ce qui pourrait nous faire penser qu'il n'a pas été lu. Pourtant une étude de 2012 portant sur l'évaluation du carnet de santé dans sa version de 2006 a montré que 8 parents sur 10 avaient repéré la partie « Conseils aux parents » (65). Ces conseils ont été lus par la majorité des parents et se sont révélés utiles pour la plupart des parents. C'est dans cette partie du carnet qu'a été ajoutée le conseil sur l'utilisation des écrans en 2018.
Ils ont aussi souhaité que l'information soit donnée plus précocement. Il est aujourd'hui évident que l'intervention sur l'exposition aux écrans doit être précoce. La méta-analyse de 2011 de G. Wahi a montré qu'il y avait une réduction significative du temps d'écran dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin chez les enfants en âge préscolaire ($p=0.04$) (66). De même, le travail de A. Chabalgoïty a montré qu'il existait une corrélation entre le fait que le médecin fasse de la prévention des écrans avant l'âge de deux ans, et le fait que l'information de prévention soit complète, de meilleure qualité et réalisée fréquemment (51).
Enfin, certains parents voulaient un message plus clair et plus simple. Les explications présentes sur notre affichette mériteraient alors peut-être d'être simplifiées. Mais obtenir un consensus sur un outil de prévention ne se fait pas par le biais d'une étude qualitative. Un consensus tant sur la forme que sur le fond peut s'obtenir grâce à la méthode Delphi réunissant un groupe d'expert.
Ces idées visant à améliorer la prévention à ce sujet, soumises spontanément par les parents, appuient l'intérêt qu'ils ont porté à la démarche.

5. CONCLUSION

Notre recherche a montré que les parents étaient prêts à recevoir un message de prévention sur l'usage des écrans par leurs enfants. Ce message doit être simple et positif, appuyé par un support d'information. Il doit être réalisé précocement par les médecins généralistes, acteurs dans le suivi de l'enfant et reconnus par les parents comme des personnes de confiance.

Les médecins ont eux aussi reçu un document d'information sur les risques et les recommandations existantes sur l'utilisation des écrans par les enfants. Cette information leur-a-t-elle été utile ? A-t-elle permis d'améliorer la transmission du message de prévention auprès des parents ? Qu'en est-il de l'acceptabilité des médecins généralistes à réaliser cette intervention ? Quel est le temps qu'ils sont prêts à y consacrer ? Ce sont des axes possibles d'une nouvelle recherche.

Notre recherche s'inscrit dans un travail de prévention primaire. Les médecins sont toutefois confrontés au mésusage des écrans par les enfants et aux effets que ce mésusage aura provoqué. Comment les aider à réaliser la prévention secondaire ? Quelles sont les alternatives aux écrans à proposer aux parents et aux enfants ?

Ce message de prévention adressé aux parents par le médecin généraliste ne doit pas faire oublier que la cible principale est l'enfant. Quel est l'impact de ce message sur un tout jeune enfant qui n'a pas encore acquis le langage ? S'il n'en comprend pas le contenu, il peut en percevoir le sens, surtout si ce message est répété à plusieurs reprises par les parents, par le médecin généraliste ou le pédiatre au cours d'autres consultations et par d'autres professionnels de la petite enfance. Il est donc important de s'adresser à lui directement et de le faire ainsi pour toutes les actions de soins.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. L'équipement audiovisuel des foyers aux 1er et 2e trimestres 2019 (TV) - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://www.csa.fr/Informer/Collections-du-CSA/Panorama-Toutes-les-etudes-liees-a-l-ecosysteme-audiovisuel/Les-observatoires-de-l-equipement-audiovisuel/L-equipement-audiovisuel-des-foyers-aux-1er-et-2e-trimestres-2019-TV

2. Saldanha-Gomes C, Heude B, Charles M-A, de Lauzon-Guillain B, Botton J, et al. Prospective associations between energy balance-related behaviors at 2 years of age and subsequent adiposity: the EDEN mother–child cohort. International Journal of Obesity. janv 2017;41(1):38-45.

3. Le Heuzey M-F, Turberg-Romain C. Nutri-bébé 2013 Study Part 3. Nutri-Bébé Survey 2013:3/Behaviour of mothers and young children during feeding. Arch Pediatr. oct 2015;22(10 Suppl 1):10S20-29.

4. Junior Connect' 2017 : les jeunes ont toujours une vie derrière les écrans ! [Internet]. Ipsos. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2017-les-jeunes-ont-toujours-une-vie-derriere-les-ecrans

5. Goh SN, Teh LH, Tay WR, Anantharaman S, Dam RM van, Tan CS, et al. Sociodemographic, home environment and parental influences on total and device-specific screen viewing in children aged 2 years and below: an observational study. BMJ Open. janv 2016;6(1):e009113.

6. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013-des-inegalites

7. Nunez-Smith M, Wolf E, Mikiko Huang H, Ezekiel JE, Cary PG. Media + Child and Adolescent Health: A Systematic Review. Common Sense Media. nov 2008.

8. Sisson SB, Broyles ST, Baker BL, Katzmarzyk PT. Screen time, physical activity, and overweight in U.S. youth: national survey of children's health 2003. J Adolesc Health. sept 2010;47(3):309-11.

9. 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.

10. Cheung CHM, Bedford R, Saez De Urabain IR, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. Scientific Reports. 13 avr 2017;7(1):46104.

11. Hale L, Guan S. Screen Time and Sleep among School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. Sleep Med Rev. juin 2015;21:50-8.

12. Chonchaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. Acta Paediatr. juill 2008;97(7):977-82.

13. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. Arch Pediatr Adolesc Med. déc 2010;164(12):1105-11.

14. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. The Journal of Pediatrics. oct 2007;151(4):364-8.

15. 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.

16. Zack E, Barr R, Gerhardstein P, Dickerson K, Meltzoff AN. Infant imitation from television using novel touch screen technology. Br J Dev Psychol. mars 2009;27(Pt 1):13-26.

17. DeLoache JS, Chiong C, Sherman K, Islam N, Vanderborght M, Troseth GL, et al. Do Babies Learn From Baby Media? Psychol Sci. 1 nov 2010;21(11):1570-4.

18. Barr R, Muentener P, Garcia A, Fujimoto M, Chávez V. The effect of repetition on imitation from television during infancy. Dev Psychobiol. mars 2007;49(2):196-207.

19. Zimmerman FJ, Christakis DA. Associations between content types of early media exposure and subsequent attentional problems. Pediatrics. nov 2007;120(5):986-92.

20. Landhuis CE, Poulton R, Welch D, Hancox RJ. Does childhood television viewing lead to attention problems in adolescence? Results from a prospective longitudinal study. Pediatrics. sept 2007;120(3):532-7.

21. Cheng S, Maeda T, Yoichi S, Yamagata Z, Tomiwa K, Japan Children's Study Group. Early television exposure and children's behavioral and social outcomes at age 30 months. J Epidemiol. 2010;20 Suppl 2:S482-489.

22. Martin A, Razza R, Brooks-Gunn J. Specifying the Links Between Household Chaos and Preschool Children's Development. Early Child Dev Care. 1 oct 2012;182(10):1247-63.

23. Kostyrka-Allchorne K, Cooper NR, Simpson A. The relationship between television exposure and children's cognition and behaviour: A systematic review. Developmental Review. juin 2017;44:19-58.

24. Schmidt ME, Pempek TA, Kirkorian HL, Lund AF, Anderson DR. The effects of background television on the toy play behavior of very young children. Child Dev. août 2008;79(4):1137-51.

25. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. Archives de Pédiatrie. juill 2012;19(7):772-6.

26. Lillard AS, Peterson J. The immediate impact of different types of television on young children's executive function. Pediatrics. oct 2011;128(4):644-9.

27. Pagani LS, Fitzpatrick C, Barnett TA, Dubow E. Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial, and physical well-being by middle childhood. Arch Pediatr Adolesc Med. mai 2010;164(5):425-31.

28. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. Arch Pediatr Adolesc Med. juill 2005;159(7):614-8.

29. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Extensive television viewing and the development of attention and learning difficulties during adolescence. Arch Pediatr Adolesc Med. mai 2007;161(5):480-6.

30. Barr R, Lauricella A, Zack E, Calvert SL. Infant and early childhood exposure to adult-directed and child-directed television programming: Relations with cognitive skills at age four. Merrill-Palmer Quarterly. 2010;56(1):21-48.

31. Pagani LS, Lévesque-Seck F, Fitzpatrick C. Prospective associations between televiewing at toddlerhood and later self-reported social impairment at middle school in a Canadian longitudinal cohort born in 1997/1998. Psychol Med. 2016;46(16):3329-37.

32. Hamer M, Stamatakis E, Mishra G. Psychological distress, television viewing, and physical activity in children aged 4 to 12 years. Pediatrics. mai 2009;123(5):1263-8.

33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596

34. De la pratique excessive des jeux sur écrans aux addictions – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/de-la-pratique-excessive-des-jeux-sur-ecrans-aux-addictions/

35. Tisseron S. [Livre] Les dangers de la télé pour les bébés | Yapaka [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.yapaka.be/livre/livre-les-dangers-de-la-tele-pour-les-bebes

36. Seité E. « Systèmes d'éclairage utilisant des diodes électroluminescentes : des effets sanitaires à prendre en compte ». Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 25 oct 2010;12.

37. Gaucher D, Leveziel N, Agard É, Aptel F, Badguerahanian M, Gaudric A, et al. Les myopies. Société Française d'Ophtalmologie. Elsevier Masson; 2019.

38. Avis de la DGS sur l'impact des chaînes télévisées sur le tout petit enfant (0 à 3 ans). Direction Générale de la Santé. 16 avr 2008.

39. http://www.sabineduflo.fr/ [Internet]. sabineduflo. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: http://www.sabineduflo.fr/

40. Délibération du 22 juillet 2008 visant à protéger les enfants de moins de 3 ans des effets de la télévision - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://www.csa.fr/Reguler/Espace-juridique/Les-textes-reglementaires-du-CSA/Les-deliberations-et-recommandations-du-CSA/Recommandations-et-deliberations-du-CSA-relatives-a-la-protection-des-mineurs/Deliberation-du-22-juillet-2008-visant-a-proteger-les-enfants-de-moins-de-3-ans-des-effets-de-la-television

41. Apprivoiser les écrans et grandir - La règle des 3-6-9-12 ans [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://afpa.org/outil/affiche-regle-3-6-9-12-ans/

42. Bach J-F, Postaire É, Bernard A. L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des sciences. Paris: Pommier; 2013.

43. Clément M-N, Duris O. Le bébé et la tablette numérique : intérêts et dangers. Spirale. 16 nov 2017;N° 83(3):62-71.

44. Le message de l'OMS au jeune enfant : pour grandir en bonne santé, ne pas trop rester assis et jouer davantage [Internet]. [cité 17 juin 2020]. 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

45. World family doctors. Caring for people. | WONCA Europe [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/

46. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1970 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/41503

47. Clavel S, Olivo C, Sonnier P, Stoebner-Delbarre A, Ziat M. Référentiel de qualité des actions en éducation pour la santé. CRES Languedoc Roussillon; 2006.

48. Dartau M. Les parents des enfants de moins de 5 ans de Pyrénées Atlantiques sont-ils informés des dangers d'une utilisation excessive des écrans chez leurs enfants? [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.

49. Poulain J. État des lieux des pratiques des médecins généralistes de Vendée, quant à l'exposition à la télévision et vidéos, des enfants et adolescents de 0 à 18 ans [Thèse d'exercice]. Université de Rennes; 2017.

50. Homps M. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.

51. Chabalgoïty A. Prévention par les médecins généralistes de la Nouvelle Aquitaine de l'impact des écrans chez les enfants de moins de 6 ans [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2019.

52. Fouilland C, Michon C. 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 [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble Alpes; 2018.

53. Pipard T. Quelles sont les représentations des parents concernant les enfants et les écrans ? : étude qualitative menée en région Rhône-Alpes sur 18 parents d'enfants de moins de sept ans [Thèse d'exercice]. Université Lyon I; 2014.

54. [Campagne] Maîtrisons les écrans : La campagne 3-6-9-12 donne des repères | Yapaka [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: https://www.yapaka.be/ecrans

55. SPF. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Référentiel de bonnes pratiques. [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: /notices/outils-d-intervention-en-education-pour-la-sante-criteres-de-qualite.-referentiel-de-bonnes-pratiques

56. Hoyos Cillero I, Jago R. Systematic review of correlates of screen-viewing among young children. Prev Med. juill 2010;51(1):3-10.

57. Plus souvent seul devant son écran - Insee Première - 1437 [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280984

58. OMD et S4M analysent en détail les usages mobiles des français [Internet]. PubDigitale | L'actualité de la publicité web et du marketing digital - Display, Mobile, Programmatique,

Audio, E-CRM. 2018 [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: http://www.pubdigitale.fr/omd-s4m-analysent-en-detail-des-usages-mobiles-des-francais/

59. Gygax P, Bosson M. Messages de prévention du tabagisme: formulation des messages et pertinence de l'information. Fribourg, Suisse: Université de Fribourg, Département de Psychologie; 2007 p. 69.

60. Fournier C, Buttet P. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. 2009;39.

61. Les enfants et les écrans [Internet]. Office de la naissance et de l'enfance. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: https://www.one.be/public/cest-quoi-lone/nos-campagnes/les-enfants-et-les-ecrans/

62. adsp n° 95 - Les drogues illicites en questions [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=152

63. Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 1997. 550 p.

64. Schneider TR, Salovey P, Pallonen U, Mundorf N, Smith NF, Steward WT. Visual and Auditory Message Framing Effects on Tobacco Smoking1. Journal of Applied Social Psychology. 2001;31(4):667-82.

65. Duburcq A, Courouve L, Vanhaverbeke N. Evaluation auprès des parents du carnet de santé n° CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006) [Internet]. DGS. 2012 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante

66. Wahi G, Parkin PC, Beyene J, Uleryk EM, Birken CS. Effectiveness of interventions aimed at reducing screen time in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Pediatr Adolesc Med. nov 2011;165(11):979-86.

7. ANNEXES

7.1 ANNEXE 1 : Conséquences de l'exposition aux écrans sur les enfants

1. Obésité

Aspect très largement étudié, il fait l'objet de nombreuses études. Tout d'abord, l'enquête de la DRESS sur la santé des enfants de grande section de maternelle, a montré que la proportion d'enfants ayant un écran dans leur chambre ou qui passe plus d'une heure devant un écran les jours de classe était plus importante chez les enfants en surpoids ou obèses (6).

Dans la cohorte Eden, il a été montré que plus les garçons à 2 ans passaient de temps devant la télévision, plus leur IMC à 5 ans était élevé. Ceci n'était pas valable chez les filles, dont le facteur prédictif de masse grasse élevée était plutôt le faible temps passé à jouer en plein air (2).

La revue Common Sense Media a effectué une revue de la littérature à ce sujet, et confirme que le temps passé devant un écran augmente le risque de surpoids et d'obésité pour les enfants, adolescents et les adultes (7).

Ceci se démontre par :

- La diminution de l'activité physique : le temps passé devant un écran est inversement proportionnel au temps d'activité physique (8)
- L'augmentation de la consommation d'aliments plus gras et plus sucrés (grignotage) lorsque l'enfant est devant l'écran
- La perturbation du sommeil, impliqué largement dans le risque d'obésité

2. Troubles du sommeil

Plusieurs études ont démontré l'existence d'une corrélation inverse entre temps de télévision et temps de sommeil. C'est le cas de l'enquête de la DRESS: le temps de sommeil des enfants qui ne regardaient jamais d'écran les jours d'école était de 10 heures 54 minutes contre 10 heures 24 minutes pour ceux qui y consacraient plus de trois heures par jour (6).

Ce constat a aussi été retrouvé pour les enfants plus jeunes. En 2005 dans leur étude portant sur 2068 enfants de moins de 3 ans, Thompson et Christakis ont montré la corrélation directe entre exposition à la télévision et irrégularité des rythmes de sommeil, après avoir pris en compte les autres facteurs discriminants (niveau socio-culturel, santé mentale de la mère, qualité des interactions familiales) (9).

L'impact spécifique des tablettes tactiles sur le sommeil des bébés a été étudiée par Cheung et al. dans une étude menée sur 715 enfants âgés de 6 à 36 mois. L'utilisation de tablette est associée à une réduction totale du temps de sommeil et un temps d'endormissement plus long (10).

Ceci est aussi valable pour les enfants plus grands et les adolescents (11).

Plusieurs phénomènes permettent de comprendre cette association :

- La perturbation de la sécrétion de mélatonine liée à la lumière bleue des écrans
- La diminution de l'activité physique
- L'absence de repères temporels du monde digital, pouvant provoquer des irrégularités de rythme
- Les sécrétions hormonales produites sous l'effet d'émotions fortes pouvant entrainer des perturbations du sommeil (retard à l'endormissement, cauchemars…)

3. Troubles du langage

L'étude rétrospective cas-témoin de Chonchaiya et Pruksananonda a révélé que les enfants qui ont commencé à regarder la télévision avant 12 mois à raison de plus de 2 heures quotidiennes, avaient 6 à 8 fois plus de risque de développer un retard de langage (12). L'étude de Tomopoulos de 2010 est venue confirmer ce constat (13).

Ceci est valable pour la visualisation de programmes dits « éducatifs », spécialement destinés à développer le langage des bébés. Ainsi, l'étude de Zimmerman et al. (2007) a montré que chaque heure de visualisation d'un programme « éducatif » par un enfant de 8 à 16 mois était associée à un appauvrissement du vocabulaire de 6 à 8 mots (14).

Enfin, la télévision allumée en bruit de fond aurait aussi un effet négatif sur le développement du langage. Christakis a enregistré les sons que produisaient 329 enfants de 2 à 48 mois, ceux des parents, ainsi que les sons auxquels ils étaient exposés. Par la diminution significative des interactions entre les parents et les enfants, ces derniers produisaient moins de vocalisations (15).

Les troubles du langage peuvent s'expliquer par deux mécanismes :

- Le déficit de transfert qui rend difficile pour un enfant de transposer une image de la 2D en 3D du fait de l'immaturité de son système nerveux, et donc de rendre difficile la reproduction d'informations apprises sur écran avec des objets réels (16).
- La diminution des interactions notamment avec les parents. En effet, l'expression du parent envers l'enfant est composée de tons, de rythmes, de gestes qui visent à stimuler la réactivité du bébé. En l'absence d'interaction, l'apprentissage est moins bon. C'est ce qu'a montré l'étude de DeLoache (17). Ceci est valable quel que soit le support d'apprentissage (18).

4. Troubles de l'attention

Plusieurs études longitudinales contrôlées ont démontré un lien entre quantité d'exposition aux écrans et troubles attentionnels ultérieurs. Ainsi, par exemple, un enfant de moins 3 ans consommant quotidiennement 1 heure de télévision à contenu violent double ses chances de présenter un trouble de l'attention 5 ans après (19). Pour une consommation identique, un enfant du primaire voit son risque de présenter un trouble de l'attention à l'adolescence croître de 50 %, après prise en compte d'éventuels déficits attentionnels initiaux (20).

Une exposition quotidienne à la télévision à 18 mois est associée à des problèmes d'hyperactivité et d'inattention à 30 mois selon Cheng (21).

Le contenu des programmes visualisés peut influer sur l'attention. Dans l'étude de Zimmerman et Christakis, il semble que la visualisation de programmes divertissants non éducatifs ou à contenus violents avant l'âge de 3 ans était associée à des troubles de l'attention à 8 ans (après ajustement des facteurs secondaires), alors qu'aucune corrélation n'a été montrée pour les programmes éducatifs (19).

Il faut tout de même noter la difficulté d'évaluer les capacités attentionnelles initiales des jeunes enfants, dépendantes de nombreux facteurs (22).

Enfin, cette absence d'évaluation initiale du comportement des enfants peut induire des biais de confusion, comme le rappelle Kostyrka-Allchone. Un enfant avec des signes d'hyperactivité pourra facilement être mis devant un écran dans le but de le calmer (23).

Malgré tout, la relation entre consommation des écrans et troubles attentionnels ultérieurs peut s'expliquer par trois phénomènes :

- La perturbation et la diminution du temps de jeu libre, et ce même lorsque la télévision est allumée sans que l'enfant ne la regarde. L'enfant développe sa concentration en se concentrant. Ainsi, une étude menée sur les enfants âgés de 12 à 36 mois ayant la télévision allumée en bruit de fond pendant une période de jeu libre, montrait que les périodes de jeux étaient significativement modifiées : jeux plus courts, diminution des phases de concentration intense de 25% ; alors même que l'enfant a regardé l'écran pendant moins de 5% du temps (24).
- Les deux types attentionnels entrant en jeu selon Harlé et Desmurget : un premier système « Bottom-up » qui oriente l'attention vers les stimuli externes, et un deuxième « Top-down », système de l'attention volontaire, qui mobilise la motivation, la capacité à gérer les émotions et les difficultés. Les écrans mobilisent quasi-exclusivement le premier système au détriment du second. Ceci expliquerait le phénomène d'attention paradoxale lié aux écrans, lorsque l'enfant est capable de rester concentré plusieurs heures devant un écran alors qu'il ne tient que quelques minutes devant un outil d'apprentissage plus classique (25).
- L'hyperstimulation et les sollicitations cognitives multiples liées à l'écran rendraient difficile la concentration de l'enfant lorsqu'il n'y a qu'une seule source d'information.

5. Fonctions exécutives et difficultés scolaires

L'expérience de Lillard et Peterson en 2011 a montré que les enfants d'âge préscolaire étaient significativement affectés dans leurs fonctions exécutives après avoir regardé un programme court télévisé avec un rythme rapide, comparément à leurs performances après une émission éducative ou après avoir dessiné (26).

Plusieurs études complémentaires ont permis de préciser que le contenu du programme était déterminant. C'est ainsi que Korstyrka-allchorne et al. en 2017 ont conclu que regarder un programme éducatif approprié à son âge a des effets positifs sur le développement, alors que les programmes inappropriés prédisent un plus faible accomplissement éducatif et scolaire (23).

A plus long terme, Pagani et al. dans leur étude portant sur 1314 enfants au Québec, ont constaté, après ajustement des différents facteurs individuels et familiaux, qu'une heure

de télévision supplémentaire à 29 mois avait des répercussions sur le niveau scolaire à 10 ans: faible participation en classe, moindre niveau en mathématiques (27).

L'étude de Hancox menée auprès de 1000 enfants a recueilli la consommation quotidienne d'écrans à différents âges et a évalué le degré de réussite scolaire à 26 ans (28). Elle a révélé que chaque heure de télévision consommée quotidiennement par enfant scolarisé en école primaire, augmentait de 43% le risque de voir l'enfant sortir du système scolaire sans diplôme, après ajustement des variables telles que le QI, le contexte socio-économique et la survenue de problèmes dans l'enfance.

Ces résultats sont confirmés par l'étude new-yorkaise de Johnson et al (29).

Ces effets seraient corrélés au contenu du programme visualisé (30).

6. Troubles du comportement

Des effets sur le comportement et notamment dans les interactions sociales ont été étudiés par nombre d'études longitudinales.

Pagani et al. ont montré que chaque heure supplémentaire de télévision par semaine à 29 mois augmentait de 10% le risque de victimisation à l'école à 10 ans (27).

Le risque de victimisation, d'isolement social, d'agressivité ou de comportement violent ou antisocial des enfants de 13 ans serait plus élevé en cas de consommation importante de télévision à l'âge de 2 ans et demi., selon une large étude de cohorte datant de 2016 (31).

Aussi, l'étude de Hamer,Stamatakis et Mishra a établi le lien entre détresse psychologique et exposition importante à la TV et aux écrans, associée à une faible activité physique (32).

Concernant les autres effets psycho-comportementaux, se pose la question de l'addiction aux écrans. A ce jour, l'Académie nationale de médecine mais aussi l'Académie américaine de psychiatrie qui publie le DSM, ne reconnaissent pas ce trouble en tant que tel, mais parlent plutôt de pratiques excessives (33,34).

Nous pouvons tenter d'expliquer ces comportements par la compréhension du développement de l'enfant. L'enfant développe son intelligence émotionnelle grâce à l'autre, notamment durant ses deux premières années de vie. Il a donc besoin d'interactions sociales, ce que ne peut lui donner l'écran. Aussi, il a besoin de voir qu'il peut agir sur le monde, d'observer les conséquences de ses actions, comme faire tomber une pile de cubes. Il est en interaction permanente avec le monde, au travers de ses cinq

sens. La passivité de l'écran ne permet pas cette construction. Enfin, l'enfant peut s'attacher aux personnages d'un programme digital ou à l'écran lui-même afin de se sentir en sécurité. Mais cette sécurité est illusoire, elle ne peut se trouver qu'auprès des personnes qui l'entourent (35).

7. Troubles visuels

D'après le dossier de l'ANSES de 2010, "Systèmes d'éclairage utilisant des diodes électroluminescentes : des effets sanitaires à prendre en compte", la lumière bleue est reconnue pour ses effets néfastes sur la rétine, résultant d'un stress oxydatif cellulaire. Les enfants, du fait de la transparence de leur cristallin, y sont particulièrement à risque (36).

Il existe par ailleurs une augmentation de la prévalence de la myopie. Il n'a pas été prouvé que celle-ci était directement liée à l'utilisation du numérique, mais plutôt à la diminution des activités extérieures et à l'augmentation du travail de près (37).

7.2 ANNEXE 2 : Plaquette d'information pour les parents

↑ LE DÉVELOPPEMENT D'UN JEUNE ENFANT PASSE PAR LA MOTRICITÉ POUR EXPLORER SON ENVIRONNEMENT; SON INTELLIGENCE EST SENSORIELLE ET MOTRICE.

↑ IL A BESOIN DE MANIPULER POUR SE RENDRE COMPTE QU'IL PEUT TRANSFORMER SON ENVIRONNEMENT, IL EST ACTEUR ET NON SPECTATEUR.

↑ IL DOIT FAIRE FACE À L'ABSENCE, À L'ENNUI. L'ÉCRAN NE DOIT PAS SERVIR À LE CALMER OU L'APAISER CAR MÊME SI C'EST L'EFFET QU'IL SEMBLE PRODUIRE, IL N'AIDE PAS L'ENFANT À COMBLER UN MANQUE OU SOULAGER UNE ANXIÉTÉ DE SÉPARATION.

↑ LE RYTHME DES IMAGES ET SONS SUCCESSIFS EST TROP IMPORTANT PAR RAPPORT AUX STIMULATIONS HABITUELLES DE LA VIE QUOTIDIENNE, CETTE HYPERSTIMULATION RISQUE DE MAJORER L'AGITATION DE L'ENFANT.

↑ IL S'ACCROCHE AUX ÉLÉMENTS LES PLUS PRÉSENTS DANS SON ENVIRONNEMENT DÈS LE DÉBUT DE SA VIE, IL POURRAIT DONC ESSAYER DE TROUVER UNE SÉCURITÉ AUPRÈS DES MODÈLES D'UN PROGRAMME TÉLÉVISUEL OU MÊME DE L'ÉCRAN LUI-MÊME. OR CETTE SÉCURITÉ EST ILLUSOIRE, ELLE NE PEUT SE TROUVER QU'AVEC DES PERSONNES QUI L'ENTOURENT.

7.3 ANNEXE 3 : Note d'information aux parents

Evaluation du vécu des parents à la suite de l'information donnée par les médecins au moyen d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans.

Note d'information aux patients

Manon Gabe
12 rue du Labadie 64320 Bizanos
0616208864
[redacted]

A Pau, le 09 mars 2018
Madame, Monsieur,

Je vous propose de participer à une étude portant sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants, dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale.

L'objectif de l'étude est de recueillir le vécu des parents à la suite de l'information donnée par les médecins au moyen d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants moins de trois ans.

En tant que parents de jeunes enfants, vous avez reçu de la part de votre médecin généraliste une information orale, lors d'une consultation pour votre enfant entre le 5e et le 12e mois, sur les risques liés aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, ainsi qu'une plaquette informative.
Votre médecin généraliste vous a proposé de participer, de manière anonyme, à l'étude sur ce sujet. Si vous donnez votre accord, je vous contacterai dans un deuxième temps (un mois après la consultation) par téléphone, pour que nous puissions nous rencontrer. Je procéderai à un entretien semi-dirigé qui sera enregistré à l'aide d'un dictaphone ; les résultats de ces entretiens seront ensuite analysés afin de répondre à ma question de recherche.
Un maximum de 20 parents sera inclus dans cette étude.

La durée de l'étude sera de maximum un an. A l'issu de cette période, l'ensemble des documents non anonymisés (enregistrements audio ou écrits) auront été détruits. Les documents non anonymisés ne seront consultables que par l'investigatrice principale.

Le protocole de recherche a été soumis et accepté par le CPP selon les directives de la loi Jardé n° 2012-300 du 5 mars 2012, décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 et une déclaration a été faite auprès de la CNIL par le biais du délégué à la protection des données de l'université de Bordeaux.

Toutes les données recueillies seront confidentielles et ne pourront être consultées seulement par les trois membres collaborant à la recherche, à savoir moi-même, Dr Prudhomme Guillard et Me Grzelka Lauriane. A l'issu de la recherche, aucune donnée non anonymisée ne sera conservée.

Vous pourrez à tout moment vous retirer de l'étude, sans justification. Ce retrait n'aura aucun impact sur la prise en charge de votre médecin généraliste, qui ne sera pas informé de ce refus de participer.

Manon Gabe

7.4 ANNEXE 4 : Formulaire de non-opposition

Evaluation du vécu des parents à la suite de l'information donnée par les médecins au moyen d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants moins de trois ans.

FORMULAIRE DE NON-OPPOSITION

Gestionnaire de la recherche : Dr Claire Prudhomme Guillard, pédiatre et médecin de Protection Maternelle et Infantile
[redacted]
Responsable de la recherche : Manon Gabe, médecin remplaçant
[redacted]

Madame, Monsieur,

Vous allez participer à une étude sur l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans. Cette étude permettra la rédaction d'une thèse d'exercice de médecine générale. Elle pourra aussi faire l'objet d'une communication en congrès et/ou d'un article dans une revue scientifique.

Vous avez reçu une information de prévention par votre médecin généraliste, qui vous a demandé si vous accepteriez d'être recontacté à ce sujet. Il vous a demandé vos coordonnées téléphoniques.
Après un délai de 1 mois, vous serez contacté par téléphone pour organiser, avec votre accord, un rendez-vous physique. Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone. Enfin, si vous avez accepté le rendez-vous, vous rencontrerez le responsable de la recherche pour un entretien d'environ 30 minutes.

Vos données personnelles, comme votre numéro de téléphone, ne feront l'objet d'aucun enregistrement informatique et ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche.
Vous pourrez vous retirer de l'étude à tout moment, sans aucune justification, en contactant le responsable de la recherche par mail ou par téléphone. Ceci sera sans conséquence sur les soins prodigués par votre médecin.
Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Nom et Prénom du patient :
Date de délivrance de l'information :

Opposition exprimée : • Oui • Non
Nom et Signature du médecin responsable de la consultation

7.5 ANNEXE 5 : Avis du CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES ILE DE FRANCE III

Hôpital Tarnier-Cochin, 89 rue d'Assas 75006 Paris - Tel : 01.46.33.68.67 - Email : cpp.iledefrance3@orange.fr

***Composition du bureau* : Président : Pierre LOULERGUE, Vice-Président : David SIMHON, Secrétaire : Catherine CAMUS, Trésorier : Paulette MORIN.**

A Paris, le 18 avril 2019

DS/LG/2019-029

REF : A rappeler dans toute correspondance
n° ID RCB : 2018-A02695-50
Réf. CNRIPH : 18.10.09.44422
Réf. CPP : 3645-NI

Le Comité a été saisi le 08 novembre 2018 d'une demande d'avis pour un projet de recherche non interventionnel intitulé : ***«Evaluation du vécu des parents à la suite de l'information donnée par les médecins au moyen d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 3 ans. » - « Evaluation of the parents' experience following the information given by general practitioners using a prevention tool, on the risks related to exposure to screens in children under three years » ;***

dont le promoteur est : Université de Bordeaux II ;

et l'Investigateur Principal est : Manon Gabe ;

La recherche aura lieu au sein des centres investigateurs suivants : cabinets de médecine générale de Pau et alentours dans un rayon de 25km (64).

Le Comité a notamment examiné le protocole de la recherche et son résumé -version 3 du 07/11/2018-, la lettre d'information du patient -version 1 du 05/11/2018-, formulaire de non opposition -version 2-, ainsi que tous les autres documents communiqués par le promoteur et a tenu compte de la réponse post-session du promoteur datée du 15/04/2019, incluant le protocole modifié –version 6 du 15/04/2019-, et la note d'information modifié –version 2 du 25/02/2019-, le formulaire de non opposition modifié -version 4 du 25/02/2019-, la trame des entretiens –version 2 du 26/03/2019-.

Lors de la séance du 20 NOVEMBRE 2018

Après délibération, le Comité octroie un **AVIS FAVORABLE** à la recherche, aux motifs suivants :

L'étude apparaît pertinente et le rapport bénéfices/risques acceptable.
Les objectifs de la recherche sont définis et argumentés.
Les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont décrits avec suffisamment de précisions et apparaissent bien adaptés. La méthodologie est clairement décrite et adaptée aux objectifs.
Les notices d'information et formulaires de consentement sont clairement rédigés. Ils contiennent toutes les mentions nécessaires
Par ailleurs, le Comité s'approprie la motivation inscrite dans le courrier post-session du Président du 19/12/2018.

Ont participé à la délibération du 20 novembre 2018 :

Collège n°1 :	**Titulaires :**	**Suppléants :**
Personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale :	Pr. Boyan CHRISTOFOROV	Pr. Robin DHOTE
Médecin généraliste :	Dr. Pierre LOULERGUE	
Collège n°2 :		
Personnes qualifiées sur les questions éthiques :	Françoise KLELTZ-DRAPEAU	
Représentant des travailleurs sociaux :	Catherine CAMUS	Adjouani OLMOS
Personnes compétentes en matière juridique :	David SIMHON	
Représentant des associations agrées de malades et d'usagers du système de santé :	Paulette MORIN Dominique LAMARCHE	

Le Président :

Pierre Loulergue

Le CPP Ile De France III est organisé et opère en conformité avec les Bonnes Pratiques Cliniques / International Conference on Harmonisation (ICH E6 R2) et la règlementation relative aux Recherches Impliquant la Personne Humaine selon la loi et décret d'application en vigueur.

Page **1** sur **1**

7.6 ANNEXE 6 : Référentiel à l'attention des médecins généralistes, sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants

Référentiel

PRÉVENTION DE L'EXPOSITION AUX ÉCRANS

À l'attention des médecins généralistes.

Les outils numériques font partie intégrante de notre quotidien, occupant une place plus grande de jour en jour. En France, il y a en moyenne 5.5 écrans par foyer. La télévision reste l'écran le plus représenté, son taux de pénétration est de 94% (1).

Si l'outil numérique nous rend service et devient un objet indispensable, il est aussi responsable de troubles, notamment chez les enfants, encore inconnus de certains, que ce soit du côté des parents ou du côté des médecins. Car jamais lors de notre cursus d'études médicales, nous n'avons appris les effets de l'exposition aux écrans, ni évoqué des recommandations quant au besoin de limiter la visualisation des écrans chez les enfants.

C'est notamment dans l'utilisation passive et solitaire de l'écran que les effets négatifs sur le développement psycho moteur de l'enfant se produisent, et non dans une utilisation interactive et ponctuelle.

Ce texte rappelle les temps d'exposition, les effets de l'exposition des écrans chez les enfants, les recommandations et les moyens de prévention existants.

1. LE TEMPS D'EXPOSITION DES ENFANTS

Les enfants ne sont pas épargnés par la multiplication des écrans.

En France en 2013, 83,4% des enfants de grande section de maternelle passaient plus d'une heure par jour devant un écran les jours sans classe et 42,9% les jours de classe, et 22,7% possédaient un écran dans leur chambre (2).

Dans une étude de l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) datant de 2016, 47% des enfants de moins de 3 ans utilisent des écrans interactifs comme des tablettes ou des smartphones (93% à la maison et 12% en voiture). Ils y passent en moyenne trente minutes par semaine et près d'un tiers d'entre eux l'utilise sans la présence d'un adulte. La durée médiane d'utilisation tout écran confondu est de soixante quinze minutes par semaine (3).

Aux Etats-Unis, l'âge médian auquel l'exposition régulière aux médias est introduite est de 9 mois.
Avant 6 mois 29% des enfants regardent régulièrement un écran et 62% entre 6 et 12 mois (4,5).

2 . LES RISQUES LIÉS À L'EXPOSITION DES ÉCRANS (enfant seul devant un écran)

« Chaque heure passée par un jeune enfant seul devant un écran l'empêche de faire des acquisitions essentielles : elle le détourne d'apprentissages cognitifs, manuels et relationnels primordiaux, avec des conséquences graves sur son développement cognitif et ses compétences sociales », affirme Serge Tisseron.

1) Troubles du langage

Il existe une relation entre l'apparition précoce et la fréquence élevée de visionnement de la télévision et le retard de langage. Entre 8 et 16 mois, chaque heure quotidienne de vidéos, à priori adaptées aux très jeunes enfants, se traduit par un appauvrissement du lexique de l'ordre de 10 % (6).

Aussi, chez des sujets de 2 à 4 ans, deux heures quotidiennes de télévision commerciale multiplient par trois les probabilités d'observer des retards de développement du langage. Si l'enfant est exposé quotidiennement avant un an, même à faible dose, le risque est multiplié par six (7).

L'effet de la visualisation de programmes sur des écrans sur le langage peut s'expliquer par la diminution des interactions verbales entre les parents et les enfants lorsque la télévision est allumée (8).

Or nous savons que développement psychomoteur de l'enfant fait appel à la maturation neurologique, l'apprentissage et l'expérience de l'enfant. C'est ainsi que les jeux, la relation avec son entourage et son environnement peuvent influer sur son développement (9,10).

2) Difficultés scolaires

Chaque heure de télévision consommée quotidiennement par des enfants scolarisés à l'école primaire augmente de 43% le risque de voir l'enfant sortir du système scolaire sans diplôme (11).

Une autre étude a complété ces données en montrant que les jeunes qui regardaient une heure ou plus de télévision par jour à l'âge moyen de 14 ans couraient un risque élevé d'échec scolaire, d'attitudes négatives envers l'école, de mauvaises notes et d'échec scolaire à long terme. Les jeunes qui ont regardé trois heures ou plus de télévision par jour étaient les plus susceptibles d'éprouver ces résultats (12).

3) Troubles attentionnels

Plusieurs études longitudinales ont démontré un lien entre quantité d'exposition aux écrans et troubles attentionnels ultérieurs. Le contenu des programmes visualisés peut influer sur l'attention. Ainsi, par exemple, un enfant de moins trois ans consommant quotidiennement 1h de télévision à contenu violent double ses chances de présenter un trouble de l'attention cinq ans après (13). Pour une consommation identique, un enfant du primaire voit son risque de présenter un trouble de l'attention à l'adolescence croître de 50 %, après prise en compte d'éventuels déficits attentionnels initiaux (14).

4) Troubles du sommeil

La visualisation de TV est associée à un temps réduit passé au lit et à une plus grande fatigue chez les enfants au collège (15). Cette association est valable pour les autres types d'écrans : ordinateur, jeux vidéo, utilisation d'internet (16).

Aussi il y a un lien entre le temps d'exposition et le visionnage avant le coucher, et les perturbations du sommeil (17). Il y a donc une corrélation inversement proportionnelle entre la durée de visionnage de TV et la quantité de sommeil, mais aussi la qualité du sommeil.

5) Troubles du comportement

Plusieurs études ont démontré que l'exposition à des images violentes augmente la probabilité de recours à l'agressivité physique ou verbale, le risque de passage à l'acte par le phénomène d'habitude et d'acceptation de la violence, et favorise le repli sur soi, l'isolement (18,19).

6) Obésité

Il s'agit d'une des conséquence les plus étudiées, le niveau de preuve est fort. L'enquête de la DREES sur la santé des enfants de grande section de maternelle montre que la proportion d'enfants ayant un écran dans leur chambre ou qui passent plus d'une heure devant un écran les jours de classe est plus importante chez les enfants en surcharge pondérale ou obèses (20).

TABLEAU 5

Habitudes de vie des enfants présentant un excès pondéral

En %

	Enfants en surcharge pondérale	Enfants obèses	Ensemble
Ayant un écran dans leur chambre	27,6	31,6	22,7
Passant une heure ou plus devant un écran les jours de classe	53,2	55,8	42,9
Prenant un petit-déjeuner tous les jours	87,6	83,4	92,5
Consommant tous les jours des boissons sucrées	20,9	21,1	18,2

Lecture • Parmi les enfants en surcharge pondérale, 27,6 % ont un écran dans leur chambre.
Champ • France (hors Mayotte).
Sources • DREES-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

Une autre étude française a mesuré le caractère prédictif de trois différents comportements à l'âge de 2 ans sur l'IMC à l'âge de 5 ans. Ces trois différents facteurs étaient l'exposition à la télévision, l'activité physique et les comportements alimentaires. Les résultats montrent que le temps passé devant la télévision pendant la petite enfance est prédictif du risque d'obésité ultérieur pour les garçons : plus ils passent de temps devant des écrans à 2 ans, plus leur IMC est élevé à 5 ans (21).

La revue Common Sense Media fait une revue de la littérature à ce sujet et confirme le fait que le temps passé devant un écran augmente le risque de surpoids pour les enfants et les adolescents (22).

7) Troubles visuels

D'après le dossier de presse de l'ANSES de 2010, *Systèmes d'éclairage utilisant des diodes électroluminescentes : des effets sanitaires à prendre en compte*, la lumière bleue est reconnue pour ses effets néfastes et dangereux sur la rétine, résultant d'un stress oxydatif cellulaire. Les enfants sont plus particulièrement sensibles à ce risque en raison de la transparence de leur cristallin.

Par ailleurs la lumière bleue entraine aussi des troubles du rythme circadien, pouvant être à l'origine de troubles du sommeil, de fatigue, de dépression (23).

3. LES RECOMMANDATIONS

Des recommandations ont émané ces dernières années, allant toutes dans le même sens à savoir qu'il est déconseillé de laisser un enfant regarder un écran avant 2 voire 3 ans (selon les pays).

Le ministère de la santé à remis via la Direction Générale de la Santé (DGS) un avis à ce sujet. Il se prononce contre les chaînes spécifiques pour les enfants de moins de trois ans, déconseille la consommation de la télévision jusqu'à l'âge d'au moins 3 ans, indépendamment du type de programme, et considère qu'au-delà de 3 ans, chez le jeune enfant, l'usage de la télévision doit être particulièrement prudent (24).

Suite à l'avis d'experts du ministère de la santé, **le CSA** en 2008 se prononce contre les programmes spécifiques dédiés aux enfants et affirme que la télévision n'est pas adaptée aux enfants de moins de 3 ans.

L'Académie de pédiatrie française ambulatoire (AFPA) en 2011 reprend la règle des 3-6-9-12 de Serge Tisseron (25), psychiatre psychanalyste et docteur en psychologie, qui propose :

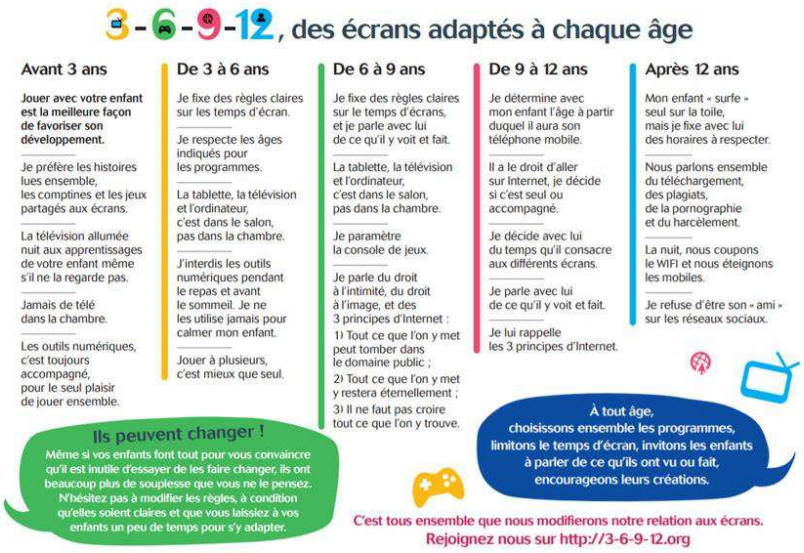
Pas d'écran avant 3 ans

Entre 3 et 6 ans : utiliser des programmes adaptés à l'âge de l'enfant, pas d'écran dans la chambre, pas de console ni de tablette seul

Entre 6 et 9 ans : pas d'internet seul, fixer des règles sur les temps d'écrans, pas d'écran dans la chambre

Entre 9 et 12 ans : pas de réseau social avant 12 ans, expliquer les règles de bases de l'utilisation d'internet (« tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public », « tout ce que l'on y met y restera éternellement », « tout ce que l'on y trouve est sujet à caution, cela peut être vrai ou faux »)

Après 12 ans : fixer des horaires, pas d'utilisation nocturne...



L'Académie des sciences en 2013 énonce le fait que l'exposition passive aux écrans est dangereuse et déconseillée avant 2 ans. Ce rapport est en revanche moins intransigeant avec l'usage des tablettes tactiles, qui pourraient contribuer, lors d'une utilisation avec un tiers, à un éveil précoce des bébés au monde des écrans. Cette dernière idée a été remise en cause notamment par MN. Clément et O. Duris dans un article paru en 2017.

En outre, il recommande de favoriser l'alternance, encourager les pratiques partagées et créatrices, fixer des limites, apprendre à se protéger des écrans (26).

L'Académie américaine de pédiatrie (AAP) propose depuis 2016 (27) :

• D'éviter l'utilisation de médias numériques chez les enfants de moins de 2 ans

• D'utiliser, si les parents veulent introduire un écran entre 18 et 24 mois, des programmes de haute qualité et de toujours accompagner les enfants dans leur utilisation (pas d'utilisation seul)

• Entre 2 et 5 ans, de limiter l'exposition à une heure par jour avec un programme de haute qualité

• D'éviter d'utiliser un écran pour calmer l'enfant

• D'éviter les écrans dans les chambres ou pendant les repas

• D'éteindre les écrans lorsqu'ils ne sont pas utilisés

4. LES OUTILS DE PRÉVENTION

Le site YAPAKA (28) : c' est un programme de prévention de la maltraitance à l'initiative du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique mis en place en 1998. Il met à disposition des outils pédagogiques, des documents de références, et réalise des campagnes de prévention.

On y trouve notamment les livres sur les écrans de S. Tisseron et ceux de P. Minotte :

« Les dangers de la TV pour les bébés »

« Grandir avec les écrans. La règle des 3-6-9-12 »

« Coopérer autour des écrans »

« Qui a peur du grand méchant web ? »

Le Centre pour l'éducation aux médias et à l'information (CLEMI) : guide pratique pour la famille, source d'informations et de conseils pour mieux utiliser les écrans (29).

Le nouveau carnet de santé : la prévention des écrans a une place dans le carnet de santé des nourrissons au même titre que la diversification alimentaire ou les conseils pour le bain (30).

Le bébé et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.)

Interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.

Avant 3 ans : évitez de mettre votre enfant dans une pièce où la télévision est allumée même s'il ne la regarde pas.

Quel que soit son âge, évitez de mettre un téléviseur dans la chambre où il dort ; ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ; ne lui faites pas utiliser de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Le défi des 10 jours sans écrans : initié en 2003 par le Québécois Jacques Brodeur, il consiste à proposer aux élèves le défi collectif de remplacer, pendant 10 jours, le temps passé habituellement devant les écrans de loisirs par des activités de découverte et de rencontre (31).

La fondation La Main A la Pâte : « les écrans, le cerveau et… l'enfant » est un projet thématique pour l'école primaire (adaptable au collège), permettant aux enseignants, enfants et parents d'explorer les raisons pour lesquelles les jeux vidéo, Internet et autres écrans sont si fascinants et captivants, tout en posant un regard scientifique élémentaire sur le cerveau (32).

Références

1. CSA.L'observatoire de l'équipement audiovisuel des foyers (consulté le 10/01/2018). [En ligne]. http://www.csa.fr/Etudes-et-publications / Les-observatoires/L-observatoire-de-l-equipement-audiovisuel-des-foyers

2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Études et Résultats ; n°920. Juin 2015

3.Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. « Enfants : les écrans se multiplient… les précautions aussi ! ». Communique presse, Septembre 2016.

4. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/Video Viewing in Children Younger Than 2 Years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:473-479.

5. Goh SN, Teh LH, Tay WR, Anantharaman S, Dam RM van, Tan CS, et al. Sociodemographic, home environment and parental influences on total and device-specific screen viewing in children aged 2 years and below: an observational study. BMJ Open. 2016 Jan;6(1):e009113.

6. Chonchaiya W, Pruksananonda C. Television viewing associates with delayed language development. Acta Paediatrica. 2008 Jul;97(7):977–82.

7. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. The Journal of Pediatrics. 2007 Oct;151(4):364–8.

8. 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. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2009 Jun 1;163(6):554.

9. Thomas N. Le développement psychomoteur de l'enfant. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie.2002 Déc. [En ligne]. http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf

10. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. Archives de Pédiatrie. 2012 Jul;19(7):772–6.

11. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of Television Viewing During Childhood With Poor Educational Achievement. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2005 Jul 1;159(7):614.

12. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Extensive Television Viewing and the Development of Attention and Learning Difficulties During Adolescence. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2007 May 1;161(5):480.

13. Zimmerman FJ, Christakis DA. Associations Between Content Types of Early Media Exposure and Subsequent Attentional Problems. PEDIATRICS. 2007 Nov 1;120(5):986–92.

14. Landhuis CE, Poulton R, Welch D, Hancox RJ. Does Childhood Television Viewing Lead to Attention Problems in Adolescence? Results From a Prospective Longitudinal Study. PEDIATRICS. 2007 Sep 1;120(3):532–7.

15. Eggermont S, Van den Bulck J. Nodding off or switching off? The use of popular media as a sleep aid in secondary-school children. Journal of Paediatrics and Child Health. 2006 Jul;42(7–8):428–33.

16. Van den Bulck J. Television viewing, computer game playing, and internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. Sleep 2004;27(1):101-4.

17. Owens J, Maxim R, McGuinn M, Nobile C, Msall M, Alario A. Television-viewing Habits and Sleep Disturbance in School Children. Pediatrics. 1999 Sep 1;104(3):e27–e27.

18. Anderson CA, Berkowitz L, Donnerstein E, Huesmann LR, Johnson JD, Linz D, et al. The Influence of Media Violence on Youth. Psychological Science in the Public Interest. 2003 Dec;4(3):81–110.

19. Committee on Public Education. American Academy of Pediatrics. Media violence. Committee on Public Education. Pediatrics. 2001 Nov;108(5):1222–6.

20.Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Études et Résultats; n°920. Juin 2015.

21. Saldanha-Gomes C, Heude B, Charles M-A, de Lauzon-Guillain B, Botton J, et al. Prospective associations between energy balance-related behaviors at 2 years of age and subsequent adiposity: the EDEN mother–child cohort. International Journal of Obesity. 2017 Jan;41(1):38–45.

22. Nunez-Smith M, Wolf E, Hunag HM, Emanuel DJ, Gross CP. Media and child and adolescent health: a systematic review. Common Sense Media. [en ligne], Washington, 2008. [En ligne]. http://ipsdweb.ipsd.org/uploads/IPPC/CSM%20Media%20Health%20Report.pdf

23. ANSES. Dossier de presse. « Systèmes d'éclairage utilisant des diodes électroluminescentes : des effets sanitaires à prendre en compte ». 2010. [En ligne]. https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2010CPA14.pdf

24. Direction Générale de la Santé. Avis de la direction générale de la santé suite aux travaux du groupe d'experts réuni le 16 avril 2008 sur l'impact des chaînes télévisées sur le tout petit enfant (0 à 3 ans). 2008 Avril. [En ligne]. https://www.unaf.fr/IMG/pdf/avisdgs_1.pdf

25. Tisseron S. La règle des 3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir. [En ligne]. https://www.3-6-9-12.org/wp-content/uploads/2018/06/flyer-apprivoiser-les-ecrans-2018-2-hr.pdf

26. Académie des sciences de l'institut de France. L'enfant et les écrans. 2013.[En ligne] http://académie-sciences.fr/pdf/rapport/avis0113.pdf

27. American Academic of Pediatrics. Media and young minds. Pediatrics. 2017 ;138 : 1-8. [En ligne]. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/10/19/peds.2016-2591.full.pdf

28. YAPAKA. [En ligne]. http://yapaka.be/

29. CLEMI. Le guide pratique la famille tout écran. [En ligne]. https://www.clemi.fr/fr/guide-famille/le-guide-pratique-la-famille-tout-ecran.html

30. Ministère chargé de la Santé. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf

31.Les 10 jours sans écrans. https://10jourssansecransurrugne.org/

32. Fondation « La main à la pâte ». https://www.fondation-lamap.org/fr/page/27843/les-ecrans-le-cerveau-et-lenfant

7.7 ANNEXE 7 : Accord d'utilisation des données du site YAPAKA

De : Yapaka
Envoyé le :mercredi 2 mai 2018 17:10
À : Manon Gabe
Objet : Re: [Nous contacter] Utilisation Affiche YAPAKA "Maitrisons les écrans"

Bonjour
Sans souci, cela rejoint le travail que nous avons réalisé pour l'affiche "Ecrans en veille, enfants en éveil" : http://www.yapaka.be/campagne/ecrans-en-veille-enfants-en-eveil

Très cordialement,

Pour être tenu(e) au courant, inscrivez-vous à la lettre d'information électronique.

YAPAKA
Coordination de la prévention de la maltraitance | Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles - Tél: +32 2 413 25 69 - Fax: +32 2 413 23 18
yapaka.be | lexemplecestnous.org | 100drine.be
Découvrez Yapaka sur Twitter | Découvrez Yapaka sur Facebook

De : yapaka.cfwb@gmail.com <yapaka.cfwb@gmail.com> de la part de Yapaka <yapaka@yapaka.be>
Envoyé : vendredi 27 avril 2018 15:20
À : manon.gabe@hotmail.fr
Objet : Re: [Nous contacter] Utilisation Affiche YAPAKA "Maitrisons les écrans"

Bonjour,

Nous vous remercions beaucoup de l'intérêt que vous portez à nos publications. Chouette de lire votre projet de thèse.
Vous pouvez tout à fait utiliser l'affiche et tout le matériel disponible sur le site (nous cédons tous les droits pour une diffusion gratuite et sans modification d'un de nos documents dans le cadre disponible sur cette page : à cette page) comme support pour votre thèse que nous serons ravi de lire!

N'hésitez pas à piocher dans le site, et à nous communiquer vos retours et suggestions pour la construction de nos outils futurs,

Très cordialement,

Claire-Anne Sevrin

Pour être tenu(e) au courant, inscrivez-vous à la lettre d'information électronique.

YAPAKA
Coordination de la prévention de la maltraitance | Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles - Tél: +32 2 413 25 69 - Fax: +32 2 413 23 18
yapaka.be | lexemplecestnous.org | 100drine.be
Découvrez Yapaka sur Twitter | Découvrez Yapaka sur Facebook

7.8 ANNEXE 8 : Guide de l'entretien

Introduction : Je réalise ce travail pour ma thèse de médecine générale. Je mène une enquête sur l'usage des écrans chez les tout-petits. Cet entretien sera enregistré, toutes vos données personnelles seront confidentielles. Je pourrai vous faire parvenir ma thèse une fois soutenue. Etes-vous toujours d'accord pour y participer ?

1) Pouvez-vous me parler de la place que vous accordez au médecin généraliste dans le suivi de votre enfant ?

Relances :

- Dans quel contexte êtes-vous amenés à consulter le médecin généraliste pour votre enfant ?

2) Le médecin a un rôle dans la prévention. La prévention en santé se définit comme l'ensemble des actions et des attitudes qui visent à éviter la survenue de maladies ou à améliorer la santé. Qu'attendez-vous de lui en en matière de prévention ?

Relances :

- Dans quels domaines ?

2) Quelle est la place qu'occupent les écrans dans votre foyer ?

Relances :

- Quels types d'écrans sont présents dans votre foyer ?
- Parlez-moi de l'utilisation des écrans par vos enfants.

3) Comment avez-vous vécu la consultation avec votre médecin généraliste lorsqu'il a évoqué les écrans ?

Relances :

- Que pensez-vous du fait que le médecin généraliste fasse de la prévention sur les dangers des écrans ?
- Que pensez-vous de la plaquette d'information qui vous a été remis ?
- Qui l'a lue ?
- Pouvez-vous me parler de l'utilisation des écrans dans la famille depuis cette consultation.

Fin d'entretien : Caractéristiques socio-professionnelles

- Âge des parents
- Nombre d'enfants et âges
- Profession des parents
- Lieu de vie
- Temps passé devant un écran par l'enfant (par semaine)

7.9 ANNEXE 9 : Exemple d'entretien – entretien numéro 13

Entretien numéro 13

23/01/2020

23 min 17 sec

MG: Alors, tout d'abord, est-ce que vous pouvez me parler de la place que vous accordez au médecin généraliste dans le suivi de votre enfant?

Mère 13: Elle n'est suivie que par le médecin généraliste.

MG: D'accord.

Mère 13: Elle ne voit pas de pédiatre.

MG: OK, d'accord. Donc pour quels motifs vous consultez le médecin généraliste ?

Mère 13: En fait je ne savais pas s'il fallait que j'aille forcément voir un pédiatre, ou un médecin, ou les deux et ma mère m'a dit que moi elle me faisait suivre par un médecin donc je me suis dit ben...

MG: D'accord.

Mère 13: On va faire que le médecin, on ne va pas s'embêter à...(rires)

MG: Oui.

Mère 13: Enfin c'est pareil quoi, tant qu'elle est suivie... C'est la même chose.

MG: D'accord, OK. Donc que le médecin généraliste. Et quand est-ce que vous consultez le médecin du coup ?

Mère 13: Ben là c'était pour toutes ses… à chaque mois. Depuis sa naissance, tous les mois jusqu'à ses 6 mois, elle a fait hier !

MG: D'accord.

Mère 13: Et j'ai consulté une seule fois je crois quand elle était malade, mais c'était pour un rhume.

MG: D'accord.

Mère 13: Sinon ben tout va bien donc je n'y vais pas! (rires)

MG: D'accord, donc c'était surtout pour le suivi.

Mère 13: Oui c'est ça, oui.

MG: D'accord, ça marche. Donc, le médecin généraliste a un rôle de prévention. La prévention en santé, c'est toutes les attitudes et les actions qui visent à améliorer l'état de santé et à diminuer le risque de maladie. Qu'est-ce que vous attendez de la part du médecin généraliste en matière de prévention?

Mère 13: (rires) Je ne me suis pas posée la question!

MG: Non...Mais est-ce que vous avez des idées?

Père 13: Vu qu'elle va bien, c'est plus de, plutôt des conseils on dira. Parce que nous c'est la première donc on ne sait pas vraiment, même si elle a 6 mois maintenant...

MG: Oui, bien sûr.

Père 13: Sinon c'est plus des conseils, et après souvent des questions. C'est vers le médecin qu'on se reporte.

MG: D'accord. Et est-ce qu'il y a des domaines en particuliers auxquels vous pensez pour justement tous ces conseils etc. ?

Mère 13: Ben en ce moment c'est tout ce qui est diversification parce qu'en ce moment elle est en plein dedans. Du coup hier j'ai posé plein de questions là-dessus. Après sur le sommeil aussi, on a parlé un petit peu. Et voilà, parce qu'après je l'allaite mais ça se passe bien donc je n'ai pas de questions !

MG: D'accord, OK...

Mère 13: Et c'est tout? (Regarde son conjoint)

Père 13: Oui.

Mère 13: Les questions qu'on se posait.

MG: OK. D'accord. Donc des attentes vraiment particulières du médecin généraliste dans le domaine de la prévention, vous n'en n'avez pas forcément ?

Père 13: Après au début on se posait la question, est-ce que, on ne savait pas si le pédiatre était vraiment nécessaire ou peut-être parce qu'il est plus spécialisé, on ne savait pas s'il était plus spécialisé ou si c'était... Nous on s'est dit en fait le médecin... C'était, au début, c'était une femme qui devait la suivre.

Mère 13: Oui mais elle était en congés donc du coup c'était Monsieur S. qui l'a remplacée.

MG: OK.

Père 13: Donc on s'est dit que, bon déjà, elle a déjà l'expérience, elle doit avoir l'expérience maternelle donc...C'est... (rires) Et en plus elle est médecin donc c'était un plus quoi. Je ne voyais pas vraiment la nécessité de voir aussi un pédiatre. Au début.

MG: D'accord, d'accord. Très bien. Alors, on va parler maintenant des écrans. Quelle place ont les écrans dans votre foyer ?

Mère 13: Heu... On a une télé !

Père 13: Et puis les portables. Sinon c'est pas... On n'est pas vraiment... Je crois qu'on n'est pas vraiment accrocs.

Mère 13: Non!

MG: D'accord.

Père 13: On allume la télé, comme ça, quand on est au salon, sinon on n'a pas...Même télé on n'a pas vraiment des programmes qu'on suit forcément quoi. Et elle, depuis qu'on a vu, depuis qu'on a entendu dire en fait qu'il fallait qu'elle évite les écrans du coup, on essaie vraiment de... C'est un peu dur vu qu'on a la télé au salon quoi, on est tout le temps au salon, du coup on la met dos à la télé et on essaie de ne pas lui montrer en fait les écrans. Elle est attirée par tout ce qui est lumière, même les reflets sur les vitres, elle va directement chercher quoi. Le portable dès qu'elle le voit, elle laisse tout ce qu'elle fait et elle le cherche.

Mère 13: (rires) Ouai! Donc du coup on le cache !

Père 13: Oui on le cache! On le met en bas vraiment, quand je suis là comme ça par exemple, je le mets comme ça par exemple (montre comment il fait avec son téléphone pour ne pas le montrer à sa fille). Mais dès qu'elle le voit allumé...

Mère 13: Oui elle est très attirée par la lumière de... Des écrans.

Père 13: Même les bouteilles qui brillent là...

MG: Ben oui c'est vrai que la lumière, même les contrastes et tout ça, elle voit bien voir tout ce qui est couleur, les reliefs et c'est vrai que ça attire. Et, du coup quand vous regardez la télé et que vous la tournez, ça se passe comment ? Elle réagit comment ?

Père 13: En fait il ne faut juste pas l'ignorer trop longtemps quoi! (rires des parents) Parce que sinon elle regarde... Après on la met à côté de nous, entre nous deux, on met les coussins en bas, et entre le sol et la table basse, et on met la couette là tout autour, et on la cale !

Mère 13: On lui fait un parc quoi!

Père 13: En fait elle est assise, elle a ses jouets au milieu mais elle est face à nous en fait. Et nous on fait face à la télé.

MG: D'accord, OK. Et donc comme ça elle ne peut pas se retourner.

Père 13: Ouai. Enfin ça dépend, elle cherche quand même !
(rire de la mère)

MG: Elle cherche quand même!

Père 13: Ouai, quand elle, quand elle s'ennuie, elle se met sur le dos et puis elle se retourne!

MG: Ah oui. Et la télé, vous vous direz, à quels moments vous la regardez dans la journée, dans la semaine ?

Mère 13: Moi je la regarde souvent. Après je l'allume, des fois je ne la regarde pas mais je l'allume, ça fait une présence... (rires)

MG: OK.

Mère 13: Après, on la regarde quand on mange.

Père 13: Souvent.

Mère 13: C'est souvent quand on mange en fait.

Père 13: C'est souvent quand on mange oui.

MG: D'accord.

Père 13: Et sinon...

Mère 13: Sinon ben non après, moi je joue avec elle, on va se promener donc du coup...

MG: D'accord. Et quand vous dites que c'est quand vous mangez, c'est le midi et le soir ?

Père 13: Plus le soir.

Mère 13: Ouai, plus le soir.

Père 13: Plus le soir. Midi, pas forcément.

MG: D'accord. OK. Et après au niveau des portables, quel usage vous en avez des téléphones portables ?

Mère 13: Moi je l'utilise souvent...

Père 13: Moi aussi.

Mère 13: Tu l'utilises très souvent.

Père 13: Mais bon après, moi... C'est plus, je ne sais pas moi, en général quand je suis à la maison, je regarde vite fait mais je ne suis pas... Je ne suis pas tout le temps là-dessus parce que ...

Mère 13: Même devant la télé t'es sur ton portable! (rires)

Père 13: Oui mais c'est parce qu'on regarde des trucs, des programmes qui ne m'intéressent pas! Donc je suis sur mon portable ! (rires) Après je suis quand même bien moins souvent, ben parce que je n'ai pas de réseau ou de... Aucun réseau social donc ça fait aussi que je, je n'y vais pas très souvent.

MG: D'accord. Et du coup tout-à-l'heure vous avez dit que quand vous étiez avec votre enfant vous étiez obligés de cacher un petit peu le téléphone, donc comment vous faites justement pour gérer entre le téléphone ou la télé, et votre enfant?

Père 13: Quand on l'a dans les bras en fait, quand on l'a dans les bras, qu'il faut vérifier quelque chose sur le portable, envoyer un SMS,... C'est là que je cache en fait. Parce que par exemple quand je l'ai là dans, sur mes genoux, dès que je le sors de ma poche, là, elle le voit directement, surtout quand je mets la lumière. Elle est directement attirée en fait. Du coup il faut que je, que je, il faut vraiment que j'attende en fait, de bien le cacher, avant de l'allumer en fait ! Sinon elle va directement le chercher !

MG: OK.

Père 13: Surtout le soir quand il fait un peu sombre, on met une petite lumière, on ne met pas la grande, justement pour elle, là du coup elle voit directement la lumière du téléphone.

MG: Vous vous faites ça aussi? (en m'adressant à la maman)

Mère 13: Ben moi, oui, mais elle ne regarde pas vraiment mon téléphone. Peut-être par rapport à comment je la tiens, elle... Même quand je la fais téter des fois je suis dessus parce que c'est voilà, c'est long (rires) ! Mais elle ne le voit pas mon téléphone quand elle tête.

MG: D'accord.
(la tétine tombe par terre) -il y de l'eau si vous voulez la rincer-

Mère 13: Merci.

Père 13: On essaie de faire attention en fait à qu'elle ne le voit pas en fait. J'essaie de cacher au maximum le portable.

MG: Et oui, d'accord. OK. Et vous avez d'autres écrans que la télé et le portable ?

Père 13: Ordinateur.

Mère 13: On a un ordinateur mais qu'on n'utilise pratiquement pas.

MG: OK...

Père 13: Pas très très souvent.

Mère 13: C'est un ordinateur portable donc...

MG: D'accord. Ordinateur portable pas beaucoup.

Père 13: Pas trop souvent non.

MG: OK.

Mère 13: Et c'est tout ce qu'on a, comme écrans.

MG: D'accord. Et, donc quelle utilisation elle en a votre fille des écrans ?

Mère 13: Ah non!

Père 13: Aucune.

Mère 13: (rires) Elle n'a pas du tout d'écran!

Père 13: Pour l'instant non.

Mère 13: Non, même dans ses jouets, il n'y a pas de...

Père 13: Pas d'écran.

MG: Pas de faux téléphone...

Mère 13: Non même pas.

MG: Et est-ce qu'il peut vous arriver de lui mettre des dessins animés, des choses comme ça?

Père et mère 13: Non.

Mère 13: Jamais.

Père 13: Elle ne regarde vraiment pas la télé en fait. Elle n'a pas...

Mère 13: Après elle regarde l'écran du téléphone que quand on appelle en visio mes parents par exemple, qui habitent loin. Mais c'est le seul moment où on lui montre les écrans, quand on appelle en visio.

MG: Oui d'accord, pour échanger avec les grands-parents, avec la famille.

Mère 13: Oui c'est ça.

MG: OK, ça marche. Et concernant la consultation avec le médecin généraliste, comment vous avez vécu cette consultation lorsqu'il a évoqué les écrans ?

Mère 13: Ben moi le pédiatre m'en avait déjà parlé quand je suis sortie de l'hôpital, à la sortie de l'hôpital, il m'avait dit "pas d'écran avant 3 ans", donc du coup je me suis dit "très bien" mais après il ne m'a pas vraiment expliqué parce que... Il avait l'air un peu pressé ! (rires)

MG: J'imagine...

Mère 13: Il a juste dit... Bon du coup, enfin, je savais déjà qu'il ne fallait pas vraiment d'écrans, que ce n'était pas bon, donc après on a écouté ce qu'il avait à nous dire et...

MG: D'accord...

Père 13: Personnellement, je n'avais pas trop d'informations là-dessus. Je ne crois même pas que je n'en avais pas entendu parler ! Mais bon après c'est, quand il en a parlé, c'est un peu logique... Un peu logique quoi ! Donc, après je trouve que moi personnellement c'est un truc

voilà à éviter pour les enfants, donc, c'est pas... Disons que ce n'est pas obligatoire en fait, on peut se passer de ça en fait, donc... Il y a plein de trucs qu'on fait avec, c'est pas vraiment nécessaire quoi.

MG: Pas indispensable.

Père 13: Non ce n'est pas indispensable du tout. Donc j'essaie de le faire, pour qu'elle ait de bonnes habitudes. Moi, par exemple, avant, j'avais tous les réseaux sociaux, ben je passais vraiment beaucoup de temps sur mon portable en fait. Quand j'étais à la fac, parfois, j'avais mon ordinateur au studio, et je me... J'ouvrais mon ordinateur en fait vu que je prenais mes cours sur l'ordinateur... Et à la maison le soir je me disais, j'ouvre mon ordinateur pour relire un peu mes cours, et je l'ouvre, je commence, et 5 -10 minutes je me dis "bon je vais faire vite fait un petit tour sur Facebook" et après j'oublie carrément que je l'avais ouvert pour les cours quoi! Et c'est pour ça que j'ai tout supprimé en fait, il y a à peu près 5 ans de cela, je n'ai plus rien et franchement... ! J'ai juste WhatsApp, mais c'est pour les appels et les SMS pour ceux qui sont à l'extérieur, qui sont à l'étranger... Et même les appels visio je n'en fais pas vraiment. Je n'en fais presque jamais d'ailleurs.

MG: Oui, d'accord.

Père 13: Sinon c'est... J'ai juste WhatsApp et puis c'est tout.

MG: D'accord donc ça pour vous, vous avez déjà de vous-même limité l'utilisation.

Père 13: Oui.

MG: Et, la consultation, comment ça s'est passé pour vous, quel a été votre ressenti?

Mère 13: Quand il nous a parlé des écrans? Ben il nous a bien informé sur le sujet, après il nous en parlé assez vite, parce qu'après il avait toute sa consultation !
(Interaction avec leur fille)

MG: Donc ça a été assez rapide...

Mère 13: Oui mais il nous a bien informé sur le sujet, il nous a dit des choses qu'on ne savait pas forcément... Même si on faisait quand même attention aux écrans, on ne savait pas forcément tout ce qui était lié avec ça...

Père 13: Non... Mais après quand il nous en parlé, il a parlé d'obésité, de... De quoi aussi ?

Mère 13: De l'isolation en fait...

Père 13: Peut-être du retard. Du retard dans certains domaines, bon après c'est peu... Il n'y a qu'à réfléchir un peu, mais c'est un peu logique tout ça...

MG: Oui...Pour vous c'est assez évident ?

Père 13: Oui, on n'y pense pas directement, mais quand on nous en parle, on n'y réfléchit un tout petit peu, et c'est quand même... Ça se tient quoi!

MG: Oui.

Père 13: Quand elle reste, quand elle préfère rester devant la télé regarder des dessins animés, elle ne va pas dehors, elle ne va pas courir, elle ne va pas jouer, donc elle dépense moins d'énergie donc elle stocke tout ce qu'elle mange et voilà elle va prendre des kilos!

MG: Oui.

Père 13: Donc c'est un peu logique quoi...

MG: Tout à fait. OK. D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez du fait que le médecin généraliste fasse de la prévention à ce sujet ?

Mère 13: Ben c'est bien! Je pense qu'il y a plein de personnes qui n'ont pas été mises au courant de...

Père 13: Ouai c'est... Après je pense que s'il nous en n’avait pas parlé, on n'aurait pas peut-être forcément fait vraiment attention. On n'aurait pas fait...

Mère 13: Pas autant.

Père 13: Pas autant en tous cas.

MG: OK.

Père 13: Pas autant. Parce que moi avant qu'il nous en parle, peut-être la télé, un tout petit peu mais téléphone et tout, je ne faisais pas attention, je l'avais, et puis voilà je répondais à des SMS, je l'avais dans les bras... Lui laissais le prendre, parfois même je mettais l'écran pour attirer son attention. Mais depuis qu'il nous en a parlé, bon j'évite, j'ai arrêté.

MG: D'accord.

Père 13: Sinon je...

MG: Donc finalement, cette consultation elle a provoqué des changements chez vous?

Père 13: Oui. Oui. Par rapport aux écrans avec elle.

MG: D'accord.

Père 13: Moi c'est là que j'ai commencé à faire attention, sinon... Je faisais un tout petit peu juste ! Mais après quand il nous a donné la petite fiche, la brochure, j'ai vu un peu vite fait, et puis c'est à partir de là que j'ai commencé à faire attention, sinon...

MG: D'accord. Et vous (s'adresse à la mère), par rapport au comportement depuis la consultation ?

Mère 13: Moi je faisais déjà attention, je faisais attention de ne pas la mettre devant la télé, parce que le pédiatre m'avait dit qu'il ne fallait pas d'écran avant 3 ans donc je me suis dit... Donc je faisais déjà attention à ça. Même le portable je ne lui montrais pas ni rien.

MG: D'accord. Vous faisiez déjà attention.

Mère 13: Oui.

MG: Donc est-ce que ça a changé un changement de comportement?

Mère 13: Je fais pareil, dès qu'elle regarde la télé, je la tourne. Même chez mes parents ou quoi parce que eux, ils ne savaient pas forcément non plus donc à chaque fois je leur dit: "non pas devant la télé!" (rires)

Père 13: C'est-à-dire que moi, elle m'en avait parlé mais bon après elle me dit plein de trucs, que je me dis, c'est pas forcément... Nécessaire quoi tout ça! Mais quand le médecin, bon le médecin a une certaine crédibilité, donc quand ça vient du médecin, on fait plus attention... Et en fait on vérifie aussi quoi ! Peut-être qu'elle m'en avait parlé mais bon, je ne m'en rappelle même pas ! Mais c'est quand le médecin en a parlé, que c'est là que j'y ai pensé en fait !

MG: OK.

Père 13: Je crois que c'est une bonne chose que ça vienne aussi des médecins.

MG: Oui ça vous a aidé à en prendre vraiment conscience.

Père 13: Oui parce que sinon on entend plein de trucs surtout quand c'est le premier. On entend plein de trucs, il y a tout le monde qui donne un petit conseil... Donc au bout d'un moment... On écoute mais on écoute juste quoi ! On ne fait plus vraiment attention à ce qu'ils disent quoi ! Mais quand ça vient du médecin, bon il y a une certaine crédibilité, donc on fait... Bon après on se déplace aussi pour le voir donc, déjà quand on y va, quand on a des petites questions, je me dis souvent: on attend, quand on va chez le médecin, quand c'est pas urgent, on attend et on demandera au médecin.

MG: Oui, oui. OK.

Père 13: Je crois que c'est vraiment bien que ça vienne du médecin.

MG: D'accord. Très bien. Et vous avez parlé de la plaquette d'information, la petite fiche qui vous a été distribuée, est-ce que vous l'avez lue ?

Mère 13: Oui.

Père 13: Moi grossièrement.

Mère 13: (rires) Il n'arrive pas à lire des trucs!

Père 13: (rires) Moi je suis...! Je ne traine pas trop sur…!

MG: D'accord, et qu'est-ce que vous en avez pensé?

Mère 13: Après c'est tout ce qui nous avait expliqué déjà, qui était décrit, donc du coup il n'y avait pas vraiment besoin de lire! (rires)

MG: Oui, tout-à-fait.

Père 13: Après...

Mère 13: Mais c'était bien expliqué, il y avait vraiment...Chaque partie... Bon après je ne me rappelle plus exactement mais oui, il parlait de l'obésité, de la dépendance, de l'isolation, qu'après ils s'isolent trop sinon... Donc oui c'était bien fait.

Père 13: Oui.

Mère 13: Après il nous avait parlé, de tout ce qu'il y avait dans la brochure, il nous en avait parlé donc... C'était un petit rappel en fait ! (rires)

MG: Oui, OK.

Père 13: Moi je n'ai pas été chercher ailleurs, juste lu vite fait ce qu'il y avait sur la brochure et je m'en suis tenu à ça quoi! Après je me suis dit, juste en fait, le principal c'est de limiter en fait, bon vu la société dans laquelle on vit maintenant, il y en a partout quoi, et parfois il faut vraiment

avoir un portable, ça facilite en fait la chose, la vie pour certaines choses. Donc bannir peut-être complètement, c'est peut-être pas la meilleure idée non plus, mais limiter au maximum surtout à cet âge-là, quand ils sont petits.

MG: Oui oui.

Père 13: Après peut-être petit-à-petit, mais bon il faut juste en fait, juste en fait lui faire comprendre en fait que ce n'est pas indispensable. C'est un outil en fait, c'est juste un outil en fait. C'est juste un outil. C'est pas forcément un divertissement. Parce que les enfants... Même mois quand j'étais, il y a quelques années, en fait, les téléphones je les utilisais... Quand j'avais des invités à la maison, je prenais le téléphone, c'était pour les jeux. Voilà, les enfants aujourd'hui quand il voient, quand ils prennent les téléphones, ceux des parents, c'est pour les jeux ou regarder des trucs sur YouTube maintenant, des vidéo, c'est tout quoi...

MG: Oui pour les divertissements tout -à-fait.

Père 13: Oui du divertissement.

MG: Plus que pour l'utilité ...D'accord. Et, est-ce que vous vous êtes fixés des règles après pour plus tard pour votre enfant ?

Mère 13: Non pas pour l'instant.

Père 13: Pour l'instant vu que elle n'a que 6 mois, bon on essaie juste d'éviter pour l'instant. Après quand elle va commencer à réclamer des choses, à ce moment-là, on va, on va fixer des règles... Mais pour l'instant vu son âge, pas trop l'utilité pour l'instant. Et vu qu'elle ne réclame pas. Elle suit juste donc. On la pose et elle ne bouge pas trop !

Mère 13: Elle râle quand elle en a marre! (rires)

Père 13: Et c'est tout! Elle réclame juste de l'attention je crois, c'est tout; et quand elle a faim.

MG: Oui, elle a besoin de vous principalement! OK. Bon très bien, je crois que nous avons fait le tour des questions, super, je vous remercie.

Caractéristiques :

Père 13 : 26 ans

Mère 13 : 23 ans

Enfants : 1 fille de 6 mois (5 mois lors de la consultation)

Mode de garde : gardée par sa mère

Profession : mère : intérimaire au chômage ; père : télésurveilleur

Lieu de vie : Lons

Temps passé devant un écran par l'enfant : programme « adapté » 0 minute

TV en fond sans qu'il ne soit devant l'écran : 5 min/sem (qq secondes par jour)

Rencontrés au cabinet médical de Billère

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

ABSTRACT

Tittle: Assessment of parents' experiences following preventive information given by means of a prevention tool by general practitioners on the risks associated with screen exposure in children under the age of three.

Introduction: The exposure to screens in children under the age of three is responsible for adverse health effects. The prevention of these risks by general practitioners is currently limited. We asked ourselves whether it could be improved. Our objective was to analyse parents' experiences following information given by general practitioners, using a prevention tool, on the risks associated with screen exposure in children under three years of age.

Materials and methods: We conducted a qualitative study by semi-structured individual interviews with parents of children between five and 12 months of age. They had received oral and written preventive information from general practitioners. The practitioners had been made aware of the risks of screen exposure in children thanks to the drafting of a scientific reference document.

Results: 16 parents were surveyed. They showed interest and satisfaction in the prevention approach taken by general practitioners. They felt informed and supported in their own educational approach. It was an opportunity for discussion within the couple and even a change in behaviour. The main difficulty encountered was getting the message to reach the child's entourage, including the other parent.

Conclusion: The prevention of screen-related risks by general practitioners seems to have been experienced as acceptable and desirable by parents. It could be generalised and extended to other early childhood professionals.

Keywords : children, screens, parents, prevention, general practitioner

RESUME

Titre : Evaluation du vécu des parents à la suite d'une information de prévention donnée par les médecins généralistes à l'aide d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans.

Introduction : L'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans est responsable d'effets négatifs pour leur santé. La prévention par les médecins généralistes à ces risques est à ce jour réduite. Nous nous sommes posé la question de savoir s'il était possible de l'améliorer. Notre objectif était d'analyser le vécu des parents à la suite d'une information de prévention donnée par les médecins généralistes à l'aide d'un outil de prévention, sur les risques liés à l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de parents d'enfants âgés de 5 mois à 12 mois. Ils avaient reçu une information de prévention orale et écrite transmise par les médecins généralistes. Ces derniers avaient été sensibilisés sur les risques de l'exposition aux écrans chez les enfants grâce à la rédaction d'un référentiel scientifique.

Résultats : 16 parents ont été questionnés. Ils ont montré intérêt et satisfaction dans la démarche de prévention faite par les médecins généralistes. Ils se sont sentis sensibilisés et confortés dans leur propre démarche éducative. Elle a été l'occasion d'une conversation dans le couple voire d'une modification des comportements. La difficulté principale rencontrée a été que le message atteigne l'entourage de l'enfant, notamment l'autre parent.

Conclusion : La prévention des risques liés aux écrans par les médecins généralistes semble avoir été vécue comme acceptable et souhaitée par les parents. Celle-ci pourrait être généralisée et étendue aux autres professionnels de la petite enfance.

Mots-clés : enfants, écrans, parents, prévention, médecin généraliste

Discipline : Médecine générale

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des Sciences Médicales – Université de Bordeaux 146 rue Léo Saignat Case 16 – Espace Santé 33076 Bordeaux