



HAL
open science

Étude des expériences des médecins généralistes de l'Hérault concernant l'impact des écrans sur le poids des enfants

Camille Sauvage

► To cite this version:

Camille Sauvage. Étude des expériences des médecins généralistes de l'Hérault concernant l'impact des écrans sur le poids des enfants. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03345280

HAL Id: dumas-03345280

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03345280v1>

Submitted on 15 Sep 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Camille SAUVAGE

Le 10 décembre 2020

**Étude des expériences des médecins généralistes de
l'Hérault concernant l'impact des écrans sur le
poids des enfants**

Directeur de thèse : Docteur David HASSID

Jury

Président : Pr Philippe Lambert

Assesseurs : Pr Diane Purper-Ouakil

Dr Cécile Raverdy

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORD Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites


ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers



PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale	
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation	
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire	
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie	
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation	
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie	
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
LABAUGE Pierre	Neurologie	
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie	
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire	
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire	
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
MERCIER Jacques	Physiologie	
MESSNER Patrick	Cardiologie	
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie	
MORIN Denis	Pédiatrie	
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie	
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire	
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)	
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale	
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire	
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie	
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale	
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie	

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique



TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viola Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie	
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie	
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie	
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale	
LONJON Nicolas	Neurochirurgie	
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie	
LUKAS Cédric	Rhumatologie	
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale	
MORANNE Olivier	Néphrologie	
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication	
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication	
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive	
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale	
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie	
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique	
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)	
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie	
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques	
RIVIER François	Pédiatrie	
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques	
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion	
ROUBILLE François	Cardiologie	
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence	
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie	
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire	

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale



CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe


BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive	
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie	
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire	
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales	
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie	
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement addictologie	
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques	

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires



BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Dr David Hassid, mon tuteur et directeur de thèse, merci pour ta patience, ta bienveillance et ton partage de connaissances.

A Pr Philippe Lambert, avec qui j'aurai l'honneur de travailler durant ce semestre, merci de présider ce jury.

A Pr Diane Purper-Ouakil, pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'y apporter votre expertise psychiatrique.

A Dr Cécile Raverdy, pour me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et d'y apporter votre expertise pédiatrique.

A ma famille, qui m'a accompagnée et soutenue dans l'accomplissement de mon rêve de petite fille .

Mes parents, qui avez été là depuis le début et avez cru en moi pendant toutes ces années. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous, pour votre amour et pour nous avoir transmis les valeurs essentielles.

Mélanie (Madame Brie), ma soeurette préférée, pour avoir supporté mon caractère pendant toute notre enfance et avec qui je passe de si bons moments. Antoine, le meilleur des beau-frères et à votre alliance grâce à qui la famille s'est agrandie, pour le plus grand bonheur de nous tous. Margot, dont j'ai l'immense honneur d'être la marraine, la plus merveilleuse des enfants.

Mes grand-parents,

Mamie Marie-Thérèse, pour toute la dévotion et l'amour que tu mets dans ta famille , pour tes talents culinaires et pour tes phrases toujours si bien trouvées que je ré-utilise au quotidien.

Papy, mon modèle ! Ton calme, ta curiosité et tes talents de bricoleur sont pour moi une grande source d'inspiration.

Mamie Odile, pour ton amour, toutes ces petites virées, ces parties de dame pleines de suspens et ces conseils si avisés qui savent toujours tomber à point.

Mes oncles et tantes, mon parrain, ma marraine,

Parrain et Tata Véronique, pour avoir été si bienveillants avec moi toutes ces années.

Françoise, pour ta générosité et ta bonne humeur permanentes et ces ti-punchs sans égal.

Tata, pour être une Tata formidable depuis toutes ces années, et Fabrice pour tous ces moments partagés avec votre petite famille.

Tonton Bertrand et Tata Nadine, pour tous ces bons moments passés à Kerbéquet.

Mes cousins et cousines, Cindy, Guérolée, Damien, Wilfried, Florian, Pierre-Louis, Clarisse, Eloane, Gurwan, Laouenn, avec qui j'ai vécu ma meilleure vie pendant mon enfance, à toutes ces balades, et à tous ces autres moments à venir.

Puis mes amis que j'ai rencontrés au fil de ma vie.

D'abord à la maternelle, Audrey et Anaïs (ma relectrice), avec qui j'ai grandi et partagé tant de choses.

Arnaud, qui ne se souvient probablement pas du sujet de la thèse, que j'aime pour son calme et son sarcasme à toute épreuve.

Laura, pour toutes ces après-midis cuisine et bien plus passés ensemble .

Margotte, depuis la classe Cambridge, toutes ces retrouvailles n'ont été que bonheur, je t'attends à la prochaine destination.

Hélène, ai-je vraiment besoin de préciser ?, merci d'exister tout simplement, merci pour tous ces moments passés avec toi et à tous les autres à venir.

Les copines du lycée, Pascaline, Val, Sandrine, à toutes ces bonnes soirées passées à vos côtés.

Mes compagnons de PACES, Alexandre et Marine, meilleurs que ceux dont j'aurai pu rêver pour passer ces années... « Et vous savez comment je le sais ? »

Mel, ce coup de foudre amical, à ta bonne humeur sans faille si appréciable.

Jean, mon super voisin, à notre canoë qui a déssalé bien trop vite.

Mes acolytes Erasmus, Maty, Raph (mon super coloc), Simon, Léna (une autre coloc en or), Servane, Dalal, Charlotte, Léo, un groupe si hétéroclite et si attachant. A votre bizarrerie et à tous ces voyages et soirées passés et à venir.

To my friends met in Erasmus, Andrea, Sandra, Marta, Victor, Joao, (la familia) and Hsinyi, hope the Covid will let us meet very soon.

Noë, la rencontre togolaise, à notre future association !

Maty et Youssef, grâce à qui la D4 et post-D4 ont été sublimes.

A toutes les superbes rencontres de Caremeau, Elise, Marion F, Réjane, Armel, Boris, Marion R, Clémence, Mathilde, Maxime, Arthur Blanc, Céline, Baptiste, Philippe, Meredith et tous les autres, à toutes ces soirées sur fond de Britney Spears.

Rim, la sœur, à tous ces petits moments si précieux et ces vacances ensemble, merci d'être si unique.

A mon coloc de cœur, Lucas, son vrai coloc Jacques, et leur quasi coloc Manu, merci d'être toujours motivés pour nos soirées.

Aux rencontres guyanaises : Momo, Jess, Fatima, Gabrielle, Gaël, Elsa, Tommaso, Julie, Yoann et Gaëlle, c'était extraordinaire, il faut qu'on organise notre rencontre d'hiver dès que ça sera possible !

A mes nouveaux colocs, Blandine, Cristian et Juliana avec qui je m'apprête à passer les mois de confinement à venir, on va devenir des as du poker.

A toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueillie au cours des différents stages qui m'ont tant appris et m'ont donné envie de continuer.

Et pour finir, à moi, pour la résilience et l'abnégation dont j'ai su faire preuve durant toutes ces années et qui m'ont amené ici aujourd'hui.

Merci à vous tous qui avez croisé mon chemin et qui avez participé à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION.....	22
MATERIEL ET METHODES.....	25
Type d'étude.....	25
Objectif de recherche	25
Recherche documentaire	26
Population	26
Inclusion	26
Non-participation.....	27
Caractéristiques de l'échantillon.....	27
Guide d'entretien.....	28
Déroulement des entretiens.....	29
Analyse	30
RESULTATS.....	31
1/ Un temps d'écran important.....	31
2/ Le sujet de l'exposition aux écrans n'est pas forcément abordé de manière systématique	35
3/ L'incidence du surpoids chez les enfants est en augmentation selon la plupart des médecins.	41
4/ Les conseils fournis aux enfants en surpoids divergent selon les praticiens.....	47
5/ Ces mesures ne sont pas toujours mises en application de façon pérenne.....	54
6/ Les actions de prévention concernant l'exposition des enfants aux écrans passent par le dialogue avec enfants et parents	61
7 / Les actions de prévention en ce qui concerne le surpoids reposent essentiellement sur le rappel des règles hygiéno-diététiques (limitation du temps d'écran, alimentation, activités physiques) lors de consultation dédiées de micronutrition fonctionnelle ou à l'occasion d'une consultation de routine.....	64
DISCUSSION.....	69
1/ Idées principales de l'étude.....	69
Chez les enfants : une place trop importante des écrans et une augmentation du surpoids	69
Chez les parents : un manque de reconnaissance du problème et un manque de motivation ou de moyens pour changer les choses.....	71
Chez les médecins généralistes : la place de la prévention.....	72

2/ Forces et faiblesses de l'étude :.....	74
a/ Forces.....	74
b/ Faiblesses	75
3/ Perspectives.....	76
CONCLUSION.....	84
ANNEXES.....	85
Annexe 1 : Questionnaire et son message d'introduction pour les médecins généralistes	85
Annexe 2 : Questionnaire modifié.....	88
Annexe 3 : règle des 3-6-9-12.....	90
Annexe 4 : Exemple de questionnaire.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	94
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	106
CERTIFICAT DE CONFORMITE AVANT SOUTENANCE.....	107
RESUME.....	108

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

CIEM : Collectif Interassociatif Enfance et Média

CoSE : Collectif Surexposition Écrans

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

INTRODUCTION

Les supports numériques connaissent un développement considérable depuis quelques années, rendant les moyens et les possibilités d'accès toujours plus nombreux et intuitifs pour les utilisateurs. Les enfants sont alors exposés aux écrans dès le plus jeune âge.

De plus, les supports de médias ont évolué permettant des usages variés (apprentissage, information, communication, mise en réseau, distractions, thérapies).

Le smartphone s'impose désormais comme l'équipement privilégié pour se connecter à internet en 2019 (pour 51% des Français, contre 31% pour l'ordinateur) ; avec un recours à la presse écrite en baisse. Cela s'explique par le fait que les modes de connexion continuent à évoluer vers toujours plus de mobilité.

En 2019 en France, on observe que 90% des enfants âgés de 12 à 17 ans déclarent posséder un téléphone mobile, dont 81% pour les 12-14 ans et 99% pour les 15-17 ans.

A noter également que 88% des Français de 12 ans et plus sont des internautes. [1]

Ces chiffres, en constante augmentation, reflètent l'importance qu'ont pris les écrans dans notre vie quotidienne.

L'avènement du numérique s'avère donc être une réalité, dans un système hyper-connecté, nomade et multi-écrans (télévision, ordinateur, jeux vidéo, tablette, smartphone). Ce phénomène a été surnommé ATAWAD par les anglo-saxons, pour « AnyTime, AnyWhere, AnyDevice ».

Or, avant 3 ans, l'enfant se construit intellectuellement à travers les expériences qu'il vit et qui engagent ses 5 sens. Ces premières années de vie sont primordiales pour la maturation de son cerveau et donc de son avenir. Devant un écran, tout cet univers en 3 dimensions se réduit à 2 sens : la vue et l'ouïe, laissant l'enfant dans une position passive, au risque d'être rapidement gagné par une excitation interne qui le dépasse et dont il ne sait que faire. [2]

Des campagnes de sensibilisation, menées par le CSA [3], ainsi que des programmes tels que YAPAKA [2], ou le collectif de professionnels CoSE, visant les parents, le corps enseignant et les pouvoirs publics ont alors lieu afin de sensibiliser les acteurs de l'éducation des enfants à ces comportements.

Ces mesures s'appuient sur le fait que des études ont prouvé un lien de causalité entre l'exposition des jeunes enfants aux écrans et troubles divers tels que les troubles cognitifs [4-7], les troubles attentionnels [8,9], les troubles du langage [10-14], l'obésité [15-19], la dette de sommeil [20,21] ainsi que la violence [22-24].

Concernant l'obésité, de nombreuses études ont trouvé un lien entre l'exposition aux médias et un risque accru d'obésité pour les enfants. [15-19] Cela pourrait s'expliquer par de nombreux facteurs :

- une augmentation des apports alimentaires quand l'enfant visionne simultanément un écran ;
- un temps de sommeil diminué ;
- une exposition à des publicités d'aliments et boissons plus riches et caloriques qui a tendance à influencer sur les préférences des enfants, leurs demandes d'achat et les habitudes de consommation ;
- un temps consacré à l'activité physique diminué et donc des enfants plus sédentaires.

Des essais contrôlés randomisés ont pu prouver qu'une réduction du temps passé devant un écran chez les enfants s'accompagnait d'une réduction du gain de poids, ce qui renforce l'idée d'une relation de cause à effet. [25]

Au vu de ces considérations, le sujet de l'exposition aux écrans chez les enfants me semble être une thématique primordiale à aborder en consultation de médecine générale.

En effet, les consultations pédiatriques (enfants de moins de 16 ans) sont très fréquentes en médecine générale. Ils constituent en effet 13% de l'ensemble des consultations et visites de ces derniers, et ce dans le cadre d'un suivi régulier (88% d'entre eux). [80]

La prévention est également au cœur de l'activité du médecin généraliste.

Au cours des différents stages que j'ai effectué chez des praticiens libéraux, j'ai pu observer que les ressentis des médecins généralistes différaient entre eux sur différentes problématiques.

Ce qui m'intéresse donc dans cette étude est de faire un état des lieux des expériences des médecins généralistes concernant l'impact des écrans sur le poids des enfants.

MATERIEL ET METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par questionnaire car le but était de recueillir des ressentis de médecins généralistes, des points de vue, données non numériques. L'idée était en effet de réussir à appréhender les expériences des médecins généralistes face à ce sujet, de mieux comprendre leurs sentiments et comportements par rapport à cette situation.

Pour ce faire, des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés.

Objectif de recherche

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des différentes expériences des médecins généralistes de l'Hérault concernant le lien entre exposition aux écrans et surcharge pondérale chez les enfants.

Recherche documentaire

La recherche bibliographique a été faite grâce aux moteurs de recherche PubMed et Google Scholar ; ainsi que le SUDOC (système universitaire de documentation), essentiellement avec ces mots-clés : « écrans », « temps d'écran », « enfant », « obésité », « surpoids », « IMC », en français et en anglais (« screens », « screen time », « children », «obesity », « overweight », « BMI »).

Les sites de l'Académie Américaine de Pédiatrie, de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, du Collectif Surexposition Ecrans (CoSE) et de Serge Tisseron ont aussi fait partie de la recherche.

Population

Inclusion

La population cible de cette étude était l'ensemble des médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte, installés dans l'Hérault. Ils ont été choisis par connaissance et via des annuaires téléphoniques sur le site Internet des Pages Jaunes et de l'Assurance Maladie (ameli.fr). La prise de contact s'est faite par téléphone dans un premier temps. Le plus souvent, c'était la secrétaire qui répondait et laissait ensuite un message au praticien mais parfois le médecin répondait directement. Un rendez-vous était ensuite fixé avec le médecin (soit lors de son rappel soit directement via la secrétaire).

Au total, 18 médecins ont pu être interviewés sur un total de 55 médecins contactés.

Non-participation

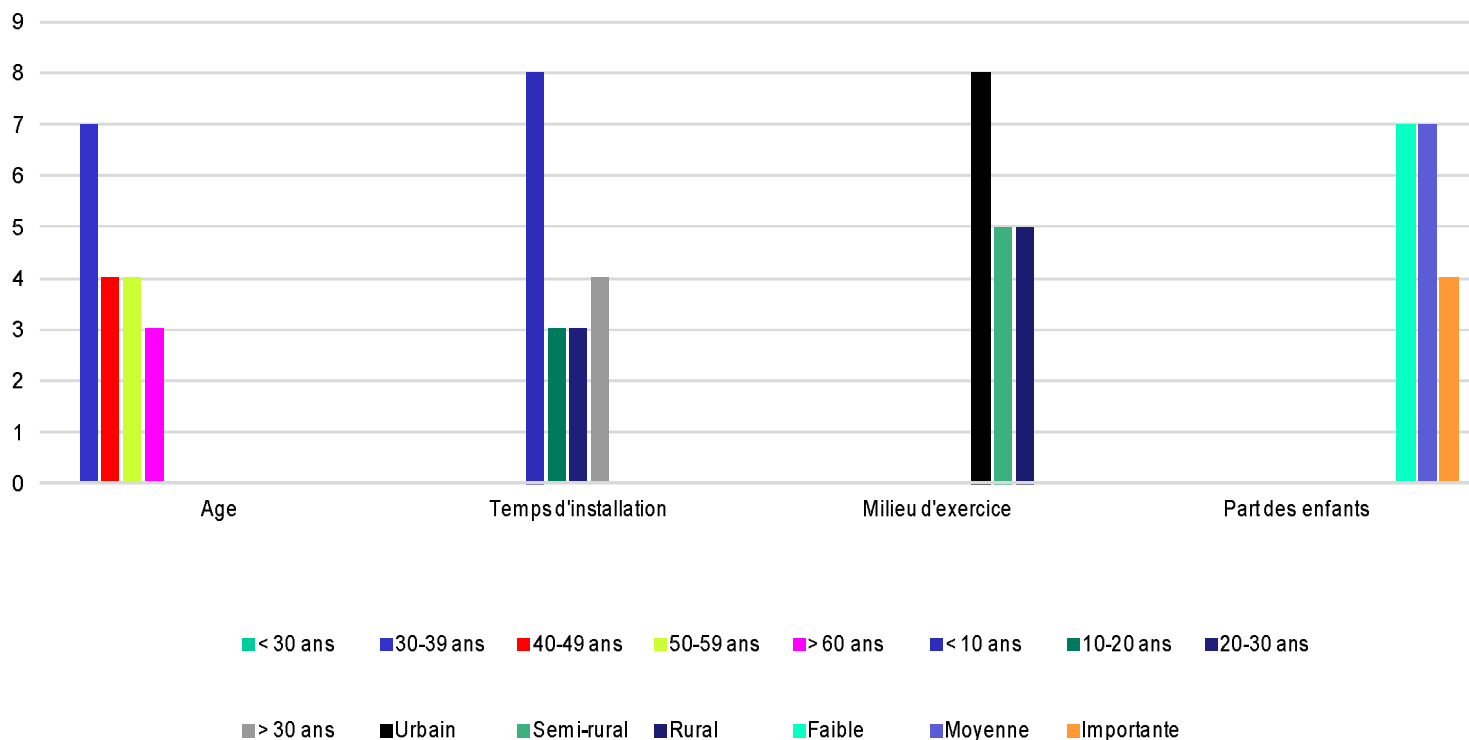
Les autres médecins contactés n'ayant pas voulu participer ont justifié leur choix par un manque de temps (situation post-covid 19) ou par une patientèle étant composée majoritairement d'adultes et de seulement quelques enfants, pas suffisamment pour répondre au questionnaire selon eux. Parfois, malgré le message de la secrétaire, la demande restait sans réponse. Certains appels n'ont également abouti à aucune réponse, malgré les relances.

Caractéristiques de l'échantillon

Dans le cadre d'une étude qualitative l'échantillon n'est pas strictement représentatif de la population cible. Le but était plutôt d'obtenir un échantillon raisonné, c'est-à-dire permettant d'obtenir tous les points de vue représentatifs de la problématique.

Il comprend ainsi 18 médecins généralistes avec les caractéristiques suivantes :

- 7 hommes et 11 femmes ;
- 0 médecin avaient moins de 30 ans, 7 avaient entre 30 et 39 ans, 4 entre 40 et 49 ans, 4 entre 50 et 59 ans et 3 avaient plus de 60 ans ;
- parallèlement, 8 étaient installés depuis moins de 10 ans, 3 étaient installés depuis 10 à 20 ans, 3 depuis 20 à 30 ans et 4 depuis plus de 30 ans.
- 8 exerçaient en milieu urbain, 5 en milieu semi-rural et 5 en milieu plutôt rural ;
- la part d'enfants dans leur patientèle était faible pour 7 d'entre eux, moyenne pour 7 et importante pour 4 des médecins interrogés. (Graphique 1)



Graphique 1 : Répartition des caractéristiques des médecins généralistes

Dans un souci d'anonymisation totale, aucun tableau récapitulatif des données n'a été réalisé de crainte que les données présentées ne permettent trop facilement d'identifier les participants.

Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré sur le mode d'un questionnaire semi-directif, avec des questions ouvertes et semi-ouvertes, dans le but de faciliter l'échange, tout en permettant de réorienter ou relancer la discussion.

Il a d'abord été élaboré sur la base des recherches documentaires effectuées et des sujets permettant de mieux appréhender la question. (Annexe 1) Il a ensuite subi quelques modifications au fil des entretiens réalisés.

En effet, la question 5 « Pensez-vous que ces mesures sont mises en application de façon pérenne ? » semblait trop fermée malgré la relance et ne donnait pas champ libre à la discussion.

De plus, après la retranscription des entretiens, une certaine redondance a été observée entre la question 4 «Quels sont les conseils que vous fournissez aux enfants en surpoids ? » et la question 6 « En quoi consistent les éventuelles actions de prévention que vous effectuez concernant l'exposition des enfants aux écrans ? Concernant le surpoids ? » au sujet du surpoids. Une septième question a donc été ajoutée au questionnaire.

La modification a donc été effective à partir du huitième entretien. (Annexe 2)

Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 2 juin et le 6 juillet 2020. Ils se sont réalisés soit en présentiel au cabinet du médecin généraliste soit par téléphone pour les plus éloignés d'entre eux.

Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après accord des participants.

Chaque entretien a ensuite été anonymisé puis détruit à la fin de l'étude.

Analyse

Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur Word au fur et à mesure du recueil de données. Chaque participant a été désigné par la lettre E, de 1 à 18.

Après plusieurs lectures approfondies des verbatim intégraux, le travail de codage manuel a été réalisé permettant une analyse selon la méthode thématique. Les données ont donc été fragmentées afin de ressortir des mots-clés ayant permis de créer des thèmes puis des sous-thèmes.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque l'analyse arrivait à saturation des données c'est-à-dire qu'il n'émergeait plus d'idées-clés nouvelles.

L'analyse a été réalisée au fil du recueil de données, permettant de voir l'émergence d'idées nouvelles ou non. Après avoir recueilli 15 entretiens, aucune donnée nouvelle n'apparaissait. Trois entretiens supplémentaires ont ensuite été réalisés pour confirmer la saturation des données. 18 entretiens ont donc été réalisés au total.

Les cinq premiers entretiens ont bénéficié d'une double analyse, par mon directeur de thèse Dr Hassid et par moi-même. Nous avons ainsi pu faire émerger les idées clés issues de ces premiers entretiens grâce à la triangulation des données, nous donnant ainsi les bases pour l'analyse de l'ensemble des verbatims. Cette double analyse a été bénéfique à l'étude par le fait que plus d'idées clés ont pu être identifiées, donnant ainsi une validité interne plus forte à l'étude.

RESULTATS

1/ Un temps d'écran important

Les médecins s'accordent pour dire que l'exposition aux écrans chez les enfants est quotidienne, variable mais de plusieurs heures par jour.

E1 : « je dirais 1/4 à 1/3 du temps de loisir des enfants. »

E3 : « Au quotidien, importante... au niveau de la quantité, les écrans ils sont là tout le temps, tous les jours. »

E5 : « Bah c'est très variable, je pense que la majorité des enfants passe plusieurs heures par jour. Euh on sort de l'école, on se met devant la télé, les jeux vidéo ou je ne sais quoi. Le matin on se lève, on allume la télé »

E8 : « Oh c'est de plus en plus présent. »

E10 : « Je pense que les parents l'utilisent comme nous, pour occuper les enfants quand ils savent pas quoi leur faire faire.... Donc importante ! »

E12 : « Oh bah une place indispensable hein, c'est devenu quasi obligatoire (...) ils font partie du quotidien »

E16 : « Une place beaucoup trop importante certainement. »

Le temps chiffré varie selon l'avis des médecins mais est en moyenne de 1h à 5h par jour.

E5 : « Donc certainement 2h par jour c'est un minimum. »

E6 : « Alors bien sur ça dépend des foyers, des âges un peu peut-être aussi, quoique... mais en moyenne je pense 2h par jour à peu près. »

E7 : « Je dirais... 3h par jour je pense... en moyenne. »

E9 : « minimum une heure par jour hein »

E10 : « ils doivent bien y passer au moins deux heures »

E12 : « je dirais supérieur à 2 heures... »

E16 : « Je dirais 3 heures par jour en moyenne. Après, ça c'est la semaine, parce que le week-end, on doit bien être à 4 ou 5h par jour je pense. »

E18 : « bah au moins une heure par jour »

Les écrans majoritairement utilisés sont surtout les téléphones (souvent celui des parents pour les plus jeunes), les tablettes puis viennent la télévision puis les jeux vidéo et les ordinateurs.

E1 : « Mais au final, oui tablette et téléphone, ce sont les principaux. »

E3 : « Je pense que le plus fréquent quand même d'une manière générale ça reste le téléphone. »

E6 : « Mais la tablette c'est vraiment ce qui ressort le plus en règle générale. »

E7 : « Surtout les téléphones portables. Les enfants, les adolescents, ils l'ont tous. Mais il y a aussi les tablettes. Fin tout ce qui est facilement accessible et polyvalent quoi. »

E9 : « C'est télé, tablettes, ordinateurs, jeux vidéo, enfin tout ça quoi. Peut-être plus téléphone et tablettes mais bon ils utilisent de tout hein. »

E12 : « Télé en premier ! Et puis après on va trouver les ordi et les portables. »

E14 : « C'est plus les tablettes en majorité. Et puis les télé et consoles aussi. »

E16 : « Bah c'est surtout les tablettes, les téléphones et puis la télévision aussi. »

E18 : « Tablettes ou portables. C'est le portable des parents surtout. »

Ces expositions sont modulées en fonction de l'âge (plus utilisation des smartphones et temps d'exposition plus important chez les adolescents, plus tablettes et jeux chez les enfants et télévision chez les tout-petits) et du sexe (plus ordinateurs et jeux en ligne chez les garçons et plus smartphones et réseaux sociaux chez les filles).

Cela dépend aussi de la catégorie socio-professionnelle dont est issue la famille de l'enfant, les enfants issus de milieux plus modestes ayant tendance à passer plus de temps devant les écrans.

E1 : « A partir du moment où ils rentrent au collège, ils passent plus de temps devant les écrans parce qu'ils ont le smartphone, jouent aux jeux vidéo tout ça... »

E4 : « Euh bah quand ils sont ados, le téléphone. Et après les petits peut être plus les tablettes et la télé pour leur mettre les dessins animés. »

E5 : « La télé c'est surtout chez les tout jeunes, les enfants pour leur mettre les dessins animés. Après ça passe aux jeux vidéo, et après entre temps, quand les parents font la connerie à 10 ans de donner des appareils, des smartphones et autres, à ce moment-là ils sont tout le temps sur internet ou autre »

E6 : « Après bien sûr en fonction des âges ils vont utiliser d'autres supports parce qu'ils ont des activités différentes... »

E7 : « Et puis ça dépend de l'âge de l'enfant, du milieu dans lequel il évolue, de la disponibilité des parents... »

E9 : « Après ça dépend des âges. Les ados c'est 3h. Peut-être un peu moins chez les petits enfants.... »

E10 : « Mais petits, (...) c'est le téléphone quand on n'est pas à la maison pour les occuper et à la maison la télé comme ça ils sont parqués et ils bougent pas. Les ados plus grands ça doit être que le téléphone. »

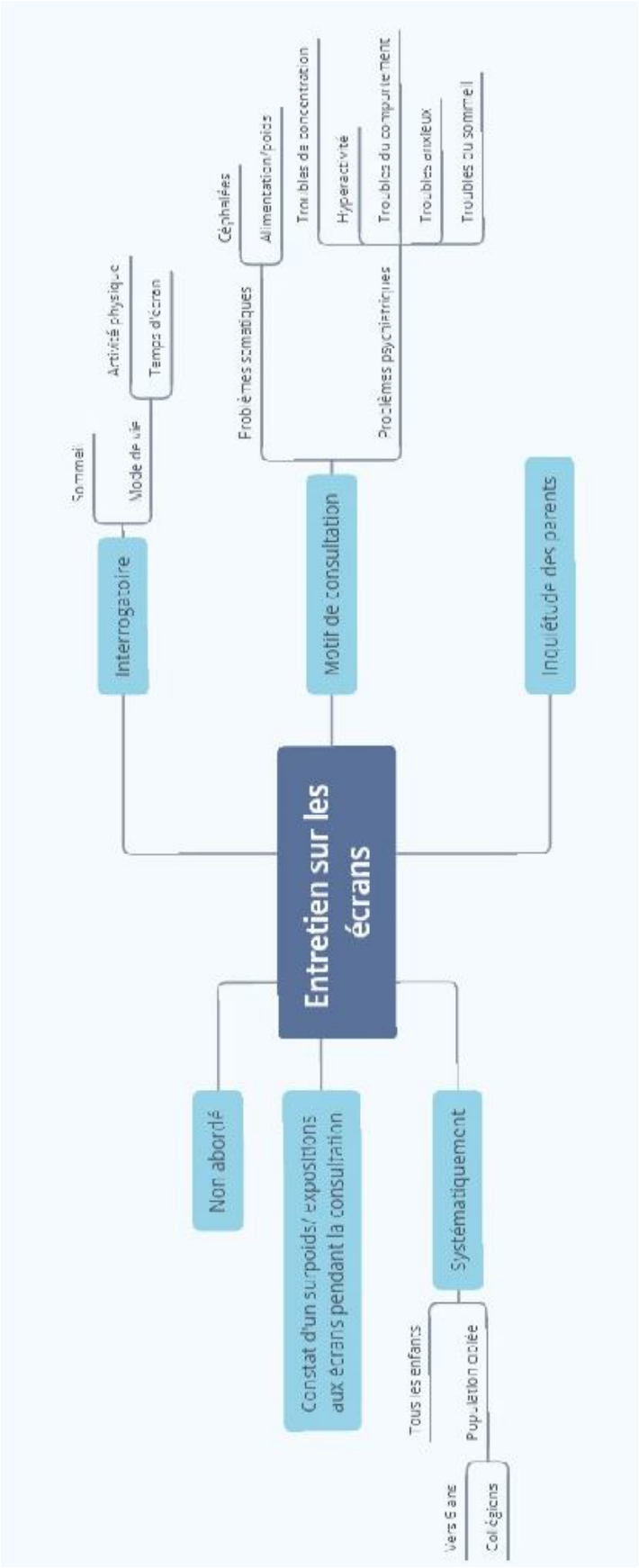
E11 : « Bah le téléphone. Chez les adolescents et enfants je pense. Et chez les petits, je sais pas... C'est plus la télé qu'ils utilisent. »

E13 : « Parce qu'un enfant de 5 ans il peut être 2h devant la télé et puis un adolescent il peut être sur son écran pendant 4 heures, le téléphone. »

E15 : « J'imagine que les adolescents, selon une expérience personnelle passent facilement 3 heures et les plus petits avant 3 ans, je pense que les campagnes ont quand même permis de diminuer fortement et j'espère que c'est proche de 0. (...) Ca dépend de l'âge aussi, les adolescents garçons sont plus sur les ordinateurs et sur les jeux en ligne et les filles sont plus sur leur smartphone et sur les réseaux sociaux et les enfants plus jeunes sont plus sur les tablettes et les jeux et les tout-petits sont sur la télé le plus souvent. »

E17 : « je vois que chez les familles plus précaires il y a beaucoup plus de parents qui donnent le portable à l'enfant par exemple pendant la consultation (...) moi ce que je constate en consultation en tous cas c'est qu'il y a un certain nombre de parents qui ont le réflexe écran / portable pour les enfants, des enfants qui réclament le portable aussi et que c'est en général d'avantage les familles soit avec beaucoup d'enfants soit en difficulté sociale. »

2/ Le sujet de l'exposition aux écrans n'est pas forcément abordé de manière systématique



a) Les moments choisis pour aborder le sujet diffèrent selon les médecins

Il peut être abordé :

- lors de l'interrogatoire, lorsque les questions posent sur :

- le sommeil,

E6 : « Quand les motifs de consultation portent sur les troubles du sommeil (...) Les parents s'inquiètent de voir que leur enfant dort mal. »

Les habitudes de vie de l'enfant : L'activité physique, Le temps d'écran

E1 : « Quand on interroge sur la qualité de sommeil, l'heure de coucher, la pratique d'une activité physique, les sorties, le temps d'écran tout ça... »

- quand le motif de consultation porte sur :

- les problèmes somatiques :

Les céphalées,

E2 : « Mais il y a aussi toutes les fois où les enfants viennent parce qu'ils se plaignent de céphalées »

○ L'alimentation / Le poids

E6 : « quand ils viennent parce qu'ils trouvent que leur enfant a pris du poids »

- les problèmes psychiatriques :

Les troubles de concentration

E7 : « Et puis bien sûr, si ils viennent pour des problèmes de sommeil, des troubles de la concentration, un surpoids.... Bah là on insiste sur le sujet, on y passe plus de temps. »

- l'hyperactivité

E2 : « ou quand les parents nous disent que les profs ou même eux à la maison ont observé des troubles de la concentration ou une hyperactivité. »

- Les troubles du comportement

E5 : « Bah quand les gens me parlent de trouble du comportement. Quand les gens me disent « ouais mais il est sauvage, il passe son temps dans sa chambre ». »

E6 : « Ils s'inquiètent du comportement de leurs enfants, ils ne comprennent pas. »

E18 : « si les enfants ont des problèmes, par exemple à type de colères... »

les troubles anxieux

E10 : « quand il y a une plainte de type troubles du comportement, troubles du sommeil, troubles anxieux... »

- les troubles du sommeil

E12 : « Bah quand les parents consultent parce qu'ils trouvent que leur enfant a des troubles de la concentration ou fait des insomnies, qu'il est anxieux ou agressif... ou si ils ont observé une chute des résultats scolaires. »

- L'inquiétude des parents au sujet du temps d'écran de leurs enfants

E1 : « Quand les parents ont du mal à gérer et contrôler l'utilisation des écrans chez leurs enfants... Alors à ce moment-là, ils viennent parce qu'ils ont besoin du discours médical pour appuyer leur démarche de limite du temps d'écran. »

E3 : « C'est plus quand les parents en parlent. Bah quand pour eux ça commence à poser problème, qu'ils trouvent que ça n'est pas normal qu'ils y soient tout le temps. »

- Quand l'exposition aux écrans ou un surpoids est constaté pendant la consultation.

E2 : « Quand un surpoids est constaté à la consultation. »

E3 : « Et puis même en consultation, (...) l'enfant pour le maintenir au calme et tout, bah on lui donne son téléphone, et ça chez le petit je le vois souvent aussi.

E4 : « Alors bon, quand ils sont en surpoids, ça j'en parle souvent. Après, en fin de consultation, surtout quand ils ont les téléphones, bon bah là j'en parle. »

E10 : « et je vais en parler dans les consultations quand il y a un problème de poids et si je veux orienter vers l'activité physique ; en général je demande aussi combien de temps ils passent devant les écrans. »

E11 : « Bah quand je vois euh... les parents pendant la consultation quand ils donnent le téléphone aux enfants tout ça. »

E14 : « des cas particuliers ou on voit les enfants avec les portables des parents pendant la consultation. »

E16 : « Bah si pendant la consultation, je vois le bambin avec le téléphone de ses parents dans les mains, là j'en parle. »

E18 : « Alors déjà si le parent fait patienter l'enfant avec l'écran, on en parle. »

Certains cependant l'abordent de manière assez systématique pendant les consultations.

E1 : « J'en parle systématiquement si le sujet n'est pas abordé par les parents. »

E4 : « Alors pas systématiquement parce que quand ils ont une pathologie aigue, là on oublie : mais quand ils viennent pour des choses moins urgentes, euh j'essaie à la fin d'en parler. »

E7 : « Par exemple, si ils viennent consulter pour un motif lambda, pas une urgence, comme un certificat médical par exemple, bah là j'en profite pour faire de la prévention. »

E9 : « J'essaie de le faire systématiquement parce que c'est important de voir ça quand même. »

E15 : « Bah à chaque fois qu'on fait une consultation de suivi. De manière systématique. »

D'autres de manière systématique mais chez une population ciblée : vers 6 ans en parlant des jeux vidéo et aux collégiens.

E16 : « Et puis vers 6 ans, j'essaie d'avoir une discussion sur les jeux vidéo. Parce qu'en général c'est à l'âge-là qu'ils commencent. (...) Quand ils sont au collège aussi j'essaie d'en parler, voir comment ça se passe au niveau scolaire, de l'intégration tout ça. C'est le moment de faire le point sur le mode de vie quoi. »

Parfois, le sujet n'est pas abordé car c'est un sujet délicat, et les médecins ont peur de culpabiliser les parents.

E8 : « Et là je suis quelques enfants mais c'est pas une question que j'aborde directement en fait. (...) Après, c'est vrai que je pense que c'est un peu culpabilisant pour les parents... Enfin je sais pas, c'est un peu compliqué. J'ai pas envie de les culpabiliser en leur demandant parce qu'ils savent qu'il faut pas trop faire... »

E13 : « Jamais ! »

E17 : « j'aborde pas du tout la question avec les familles »

b) Le médecin est celui qui amène le sujet le plus souvent

Les parents l'abordent eux aussi parfois (surtout les parents de préados ou ados) mais la plupart du temps ne l'envisagent pas comme un problème. Les enfants n'en parlent jamais (seulement quand ils demandent le téléphone aux parents pendant la consultation).

E1 : « Dans 70% des cas c'est moi. »

E2 : « Les parents ils abordent rarement le sujet. Pour eux tous ces troubles-là, c'est plus médical, ils font pas forcément le lien avant qu'on en parle. »

E4 : « Les parents ils disent « olala il fait que regarder l'écran », mais ils ont pas l'impression que les solutions vont venir de nous. »

E6 : « (les parents) veulent avoir un regard médical mais surtout un regard extérieur, quelqu'un qui pourra essayer de convaincre leur enfant. »

E10 : « C'est moi qui amène le sujet. Ils se posent pas la question les parents. Et les enfants, non jamais. »

E14 : « les parents ils abordent parfois le sujet mais plutôt pour les adolescents. Pas pour les enfants. »

E15 : « Souvent c'est les parents d'ados ou de préados qui l'amènent mais sinon pour les enfants d'autres âges c'est plutôt moi. »

E17 : « Les enfants ils en parlent jamais. Quand ils en parlent c'est quand ils réclament le téléphone à leurs parents. »

E18 : « Alors c'est plus moi qu'eux. C'est pas vécu comme un problème en soi par les parents. (...) C'est plus vu comme la solution que le problème en soi. »

3/ L'incidence du surpoids chez les enfants est en augmentation selon la plupart des médecins.

E2 : « Ca augmente. Depuis quelques années, j'ai plus de gamins qui ont des problèmes de poids. »

E12 : « C'est probablement en augmentation. »

E13 : « Je pense qu'il y en a plus. Ouais, ça augmente. »

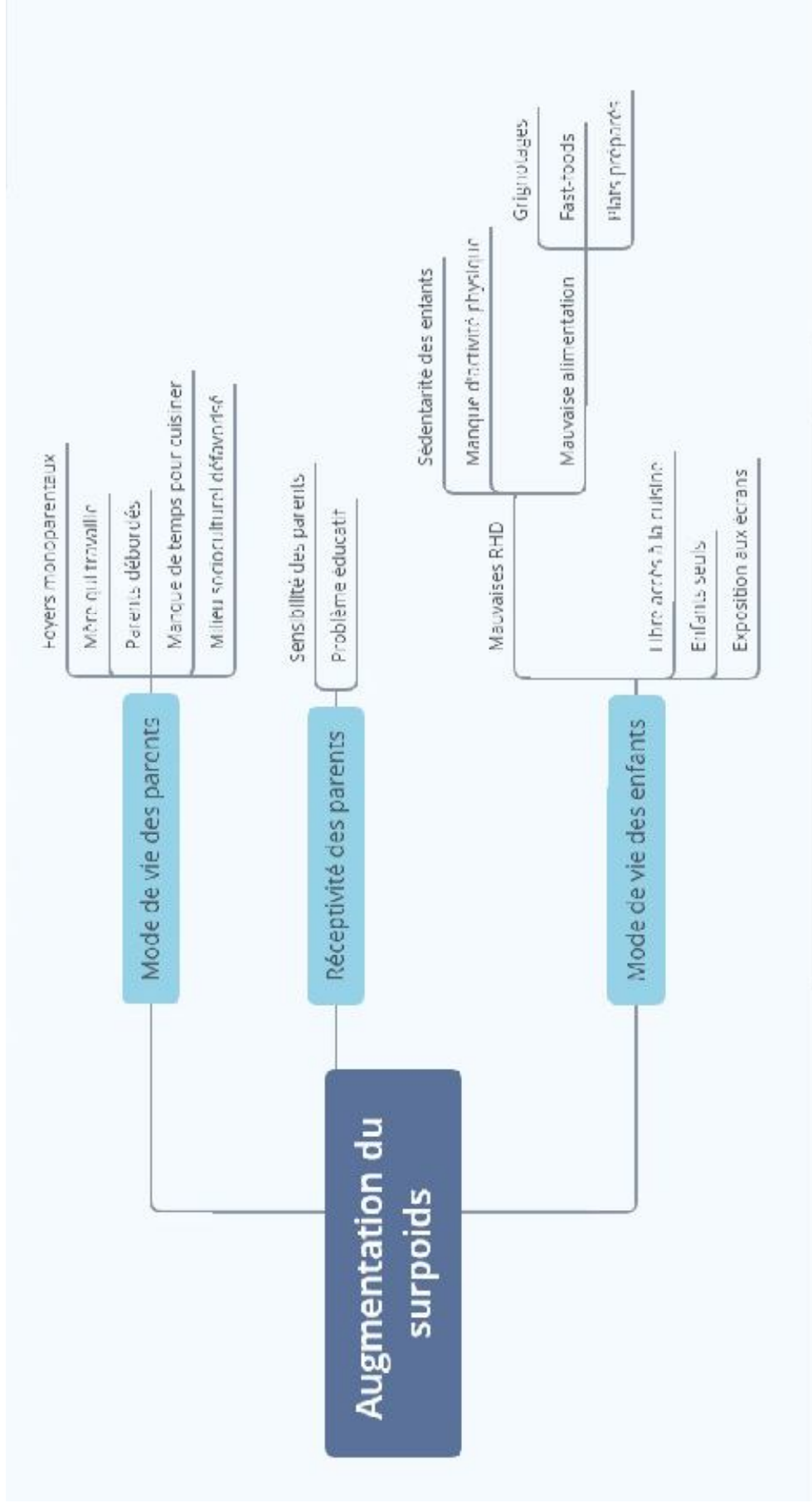
E14 : « (soupirs)... Je pense que c'est plus ... »

En revanche, c'est stable pour 7 médecins et en diminution pour le médecin E1.

E6 : « Malgré ce qu'on peut entendre, moi j'ai pas vraiment vu d'évolution que ce soit dans le bon ou le mauvais sens. C'est assez stable dans l'ensemble je trouve. »

E10 : « moi je suis installé depuis 7 ans, je pense que c'est stable. A vue de nez hein. »

E16 : « C'est stable je dirais. Non j'ai pas trop observé d'évolution... »



Les hypothèses qui ressortent pouvant expliquer cette évolution sont :

- Le mode de vie des parents :

Foyers monoparentaux

○ Mère qui travaille

E2 : « Bah déjà il y a l'augmentation du nombre de foyers monoparentaux... Et puis, plus de mères qui travaillent. Avant, il y avait plus de mères au foyer, les enfants ils étaient jamais vraiment seuls donc c'était plus facile de contrôler ce qu'ils mangeaient ou ce qu'ils faisaient. On pouvait mettre plus de limites. »

Parents débordés

E2 : « Et puis, il y a aussi le fait que les parents sont souvent débordés. Alors du coup ils font le choix de repas préparés ou de fast-foods pour le repas. »

E13 : « Après peut être que les parents sont moins disponibles pour faire des activités avec eux... »

○ Manque de temps pour cuisiner

E9 : « (les gens) prennent moins le temps de cuisiner »

E13 : « Et puis il faut que les parents soient disponibles pour préparer une alimentation équilibrée. »

○ Milieu socioculturel défavorisé

E16 : « Bah pour moi, c'est un sujet qui est à mettre en rapport avec le niveau de précarité. Parce que on voit bien, quand on a des enfants issus des milieux modestes, ils sont plus à même d'être en surpoids parce qu'ils font moins d'activité physique et parce qu'il y a une mauvaise alimentation aussi. Alors que dans les foyers issus de milieux plus favorisés, bah les enfants font des activités extra-scolaires, le régime alimentaire est plus contrôlé... »

- La réceptivité des parents :
sensibilité des parents

E14 : « le manque de stimulation de l'entourage... »

- problème éducatif

E5 : « Mais le responsable c'est la famille, c'est le père et la mère, qui pour se dédouaner d'une absence, pour avoir la paix, voilà pour tout, pour ce genre de choses. Donc je pense que l'éducation ne passe pas par les enfants mais passe par les parents. »

- Le mode de vie des enfants :

- les mauvaises règles hygiéno-diététiques (sédentarité des enfants /
Manque d'activité physique / Mauvaise alimentation (grignotage, fast-foods,
plats préparés))

E3 : « je pense que le manque d'activité, ça ça joue vraiment beaucoup. »

E4 : « Les enfants sont sédentaires et ils préfèrent faire le téléphone que bouger, aller au foot etc »

E9 : «Oui, bah malbouffe et moins de sport (...) Les plats préparés, les fast foods, le grignotage tout ça, bon bah voilà... »

E13 : « Il y a le fait qu'ils marchent moins, pour aller à l'école. »

E14 : « C'est plus la sédentarité, manque de sport »

E18 : « plus au fait que l'activité physique est pas réalisée quoi. »

libre accès à la cuisine

E4 : « En plus, avec les écrans ils ont plus tendance à grignoter vu qu'ils restent chez eux, ils ont accès à la cuisine. »

- enfants seuls

E2 : « Maintenant, les enfants ils passent plus de temps livrés à eux-mêmes et du coup bah, ils décident de l'alimentation. »

○ L'exposition aux écrans

E2 : « Et les portables... ces dernières années, on a observé une généralisation des portables chez les enfants et des ordinateurs dans les foyers. »

E9 : « C'est sûr que l'exposition aux écrans ça aide pas. »

E12 : « Bah déjà les écrans. Parce qu'il y a une réduction de l'activité physique quand même. Ils font moins de jeux dans la « vie réelle » donc ils bougent moins. »

E13 : « C'est sûrement avec le temps d'écran passé. »

E18 : « Après je pense que le surpoids il est lié au fait que quand ils sont devant les écrans ils sont inactifs. »

Mode de vie des parents et enfants n'ayant pas radicalement changé ces dernières années.

E5 : « Il y a toujours eu des familles où le sport et l'activité physique n'étaient pas quand même quelque chose qui était recherché, donc bon qu'ils soient dans leur chambre en train de dessiner, de jouer ou je ne sais quoi, ou qu'ils soient devant des écrans de télé, de toutes façons, c'est de l'inaction. »

E6 : « Je pense qu'au final, oui il y a plus d'écrans ces dernières années et ce qui va avec, le grignotage tout ça, mais bon avant ils pouvaient rester chez eux à lire ou jouer à la Nintendo ou je sais pas quoi donc bon...l'un dans l'autre ça reste une activité statique quoi. »

E10 : « J'ai pas l'impression qu'ils étaient plus sportifs il y a 5 ou 6 ans (rires). C'est toujours pareil, ouais c'est ça, le mode de vie n'a pas eu le temps de changer. »

E11 : « Il n'y a pas de changement particulier ces dernières années je pense. »

E15 : « Bah il n'y a pas de changement de mode de vie à ce point ... »

- Lié à l'exercice professionnel du médecin :
lieu d'exercice

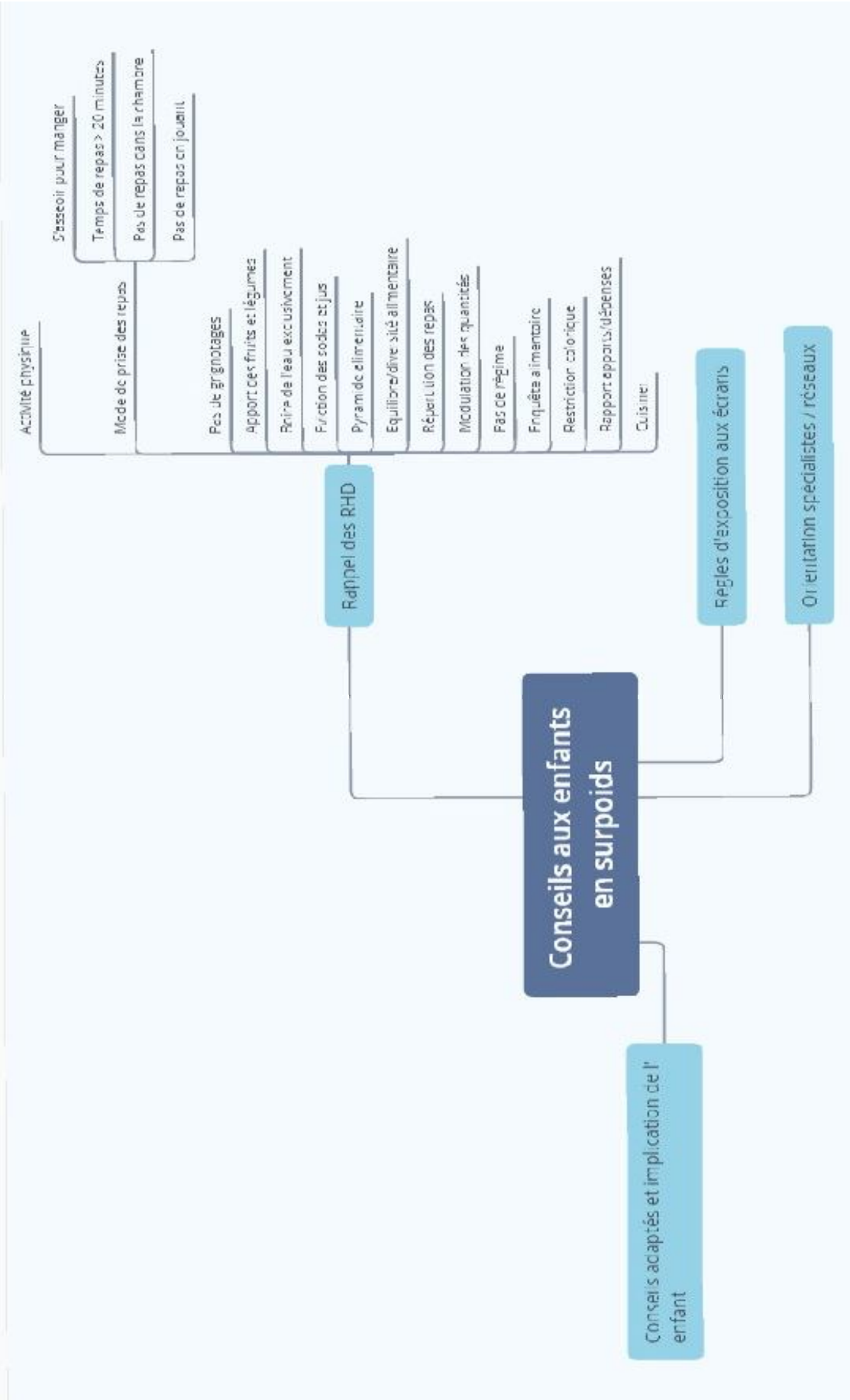
E1 : « En fait, j'ai changé de lieu d'exercice. (...) on voyait des patients avec des habitudes alimentaires différentes... (...) Maintenant, (...) C'est surtout des patients issus de milieux socio-culturels favorisés. Et là, les enfants font du sport (...). Et les parents sont eux-mêmes souvent sensibles à l'équilibre nutritionnel (...). »

- manque de recul

E7 : « Ca fait que 3 ans que je suis installée donc c'est quand même peu pour se rendre compte.... (rires) »

E17 : « Euh, alors moi ça fait 5 ans que je suis installé. Donc j'ai un recul qui est faible. »

4/ Les conseils fournis aux enfants en surpoids divergent selon les praticiens



- Pratiquer une activité physique,

E1 : « Je leur conseille de marcher tous les jours, par exemple pour aller à l'école si c'est possible »

E2 : « Bah déjà, de faire du sport. C'est le pilier ! Faut se bouger. »

E5 : « Il faut faire du sport. Parce que à cet âge-là, on oublie le sport, parce que les vestiaires, parce que la flemme... »

E9 : « et puis de se bouger... Avoir une activité physique. »

E11 : « Et faire de l'exercice. »

E13 : « Euh... de bouger ! Au maximum oui. (...)Et puis après quand ils grandissent, bah il faut essayer de les inciter à se mettre au sport »

E14 : « D'aller faire une activité en dehors de la maison au moins une fois par jour. »

E15 : « surtout d'augmenter l'activité physique, aller à pied à l'école, faire du sport »

E16 : « Alors déjà je leur conseille de faire plus d'activités physiques »

E17 : « Euh, du coup ça va être de poser la question (...) sur l'activité physique. Tout en insistant sur le côté ludique et agréable de l'activité, sur ce qu'ils peuvent faire. »

E18 : « je parle plus d'augmenter l'activité physique en fait... »

- Mode de prise des repas (S'asseoir pour manger, Prendre au moins 20 minutes pour manger, ne pas manger dans la chambre ou en jouant),

E1 : « ne pas prendre de repas devant la télé, de s'asseoir à table et puis de prendre au moins 20 minutes pour manger »

E6 : « Et puis manger lentement, prendre le temps. Il faut se poser à table et prendre le temps d'apprécier le repas. »

E7 : « Manger de tout en quantité suffisante, s'asseoir à table, prendre au moins 20 minutes pour manger, faire une activité physique.... »

E14 : « ne jamais manger dans la chambre, ne jamais manger en jouant ou devant la télévision »

E17 : « on essaye d'éviter de manger en regardant la télé. »

- Pas de grignotages,

E1 : « très important, il faut éviter les grignotages ! Mais si jamais ils ne peuvent pas s'en empêcher, bon au moins bien choisir les aliments, ça sera déjà un début. »

E3 : « Alors souvent j'essaie de revoir avec la maman au niveau de l'alimentation ; la plupart du temps les parents ils disent ils mangent équilibré, enfin il y a souvent du grignotage quand même »

E8 : « Voir avec les parents si il y a du grignotage, enfin la qualité de l'alimentation quoi... »

E11 : « Bah faire attention à l'alimentation, manger équilibré. Eviter surtout les boissons sucrées, les gâteaux et puis le grignotage ! »

E14 : « ne jamais manger entre les heures des repas »

- Apport des fruits et légumes,

E1 : « je leur dis de privilégier les fruits frais »

- Boire de l'eau exclusivement,

- éviction des sodas et jus,

E1 : « de boire de l'eau si ils ont soif. Il faut qu'ils oublient que les sodas et jus vont pas les aider à se désaltérer, au contraire... »

E5 : « Et tu bois un verre d'eau si t'as trop soif. Une cannette de coca c'est 300kcal, c'est déjà le diner du soir. »

- pyramide alimentaire,

E16 : « rééquilibrer l'alimentation comme augmenter la part de légumes et diminuer la part de féculents. »

- équilibre / diversité alimentaire,

E6 : « Et puis manger de tout. Il faut une diversité alimentaire. Ne pas manger que des pâtes et du riz par exemple. »

- répartition des repas,

E1 : « Prendre le petit déjeuner est indispensable aussi. »

E4 : « C'est vraiment matin, midi, soir et le gouter pour éviter le grignotage, ça serait plus important... »

- moduler les quantités,

E16 : « Je leur donne aussi des conseils comme de manger dans des assiettes plus petites. »

- pas de régime

E4 : « pas de régime et surtout manger un peu de tout en quantité adéquate et puis fermer la cuisine quand ils sortent de la cuisine. »

- enquête alimentaire parfois,

E5 : « Il y a toujours une petite enquête alimentaire, le style d'alimentation qu'ils ont à la maison.... »

- restriction calorique surtout au niveau des hydrates de carbone, éviter les sucreries,

E5 : « Donc déjà je leur dis si tu as faim, tu prends une tranche de pain sans beurre ni confiture, pas de gâteaux. »

E9 : « Oui bah une restriction calorique surtout au niveau des hydrates de carbone. »

E12 : « Et de manger le plus équilibré et le plus sain possible. (...) Et puis je leur conseille de réduire le sucre, les fast-foods et les plats industriels. »

E13 : « Avant de rentrer dans l'adolescence éviter de manger des cochonneries. »

E17 : « Euh, du coup ça va être de poser la question sur l'alimentation, notamment sur les boissons sucrées, sur les gâteaux et choses comme ça (...) Et faire un peu attention à tout ce qu'on mange. »

- rapport entre apports et dépenses,

E10 : « si je détecte vraiment des problèmes dans la qualité de l'alimentation, je vais m'orienter là-dessus. (...) Après je vais, euh, je vais axer vers l'activité physique. Du coup apports énergétiques/ dépenses énergétiques. »

E15 : « On travaille surtout sur la balance dépenses / apports »

- cuisiner ses propres repas

E16 : « Mais du coup, ça implique de cuisiner ses propres repas, de prendre le temps. »

b) Les règles d'exposition aux écrans sont aussi rappelées avec incitation à éliminer ou diminuer le temps d'écrans

E1 : « (je leur conseille) de limiter le temps devant les écrans. Et quand ils sont devant, bah au moins de le passer sans grignoter. »

E2 : « Et puis de limiter le temps devant les écrans au maximum. Je leur dis que c'est mieux d'aller jouer avec les copains dehors plutôt que de jouer aux jeux vidéo par exemple. »

E6 : « Et bien entendu, limiter les écrans. »

E9 : « il faut diminuer le temps d'écran »

E12 : « Je leur dis de réduire le temps d'écran. »

E15 : « Mais du coup diminuer les écrans si ils y passent trop de temps et peut-être le transformer en mouvements. »

c) Parfois, les médecins font le choix de l'orientation vers des spécialistes ou réseaux

E7 : « Et puis, quand je vois que ça suffit pas, que malgré mes conseils, il y a pas de changement, bah là je les oriente vers des spécialistes. Nutritionnistes, diététiciennes... »

E14 : « Après si vraiment il y a un échappement j'envoie à une diététicienne ou un nutritionniste. »

E18 : « Si c'est un gros surpoids souvent je les oriente vers un réseau, qui est sur Béziers. »

d) Des conseils adaptés aux parents / catégories socio-professionnelles sont dispensés et une implication de l'enfant est réalisée au maximum

E5 : « Il y en a que j'aborde de façon un peu frontale, (...) je dis « attention ». Donc là on discute un peu, savoir comment il peut maigrir. Même si tu maigris pas, au moins ne pas prendre de poids pendant quelques mois. »

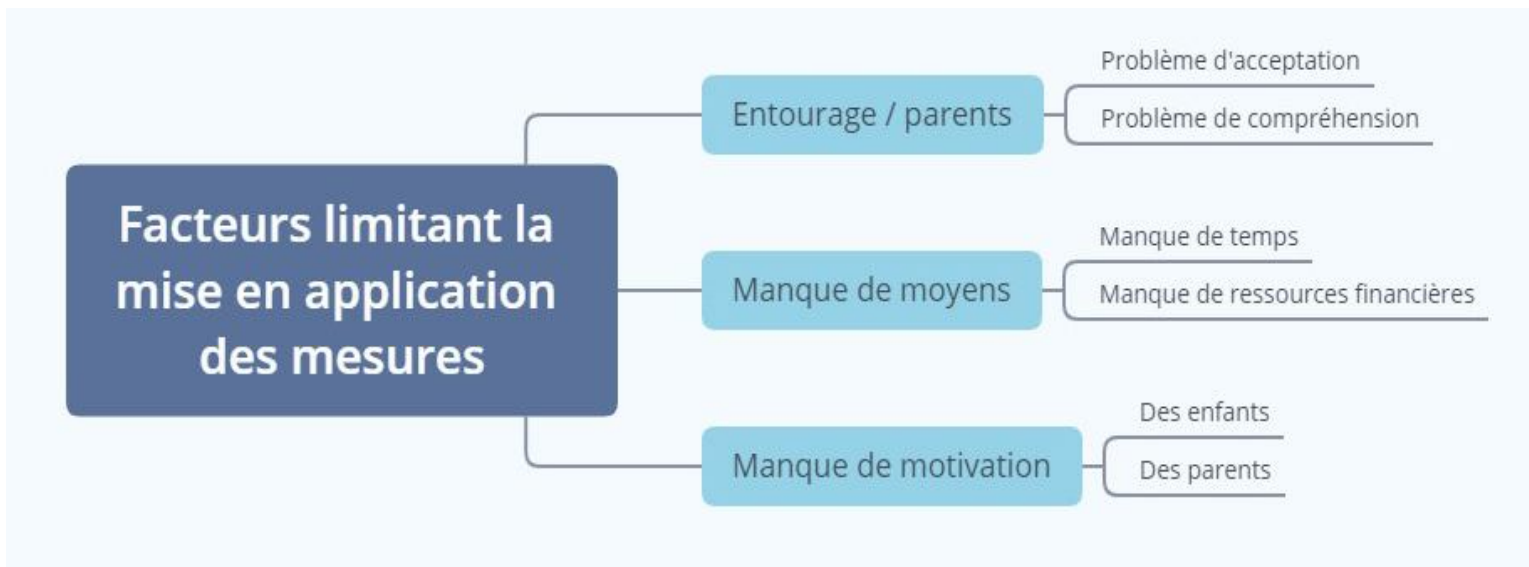
E10 : « Si l'âge de l'enfant le permet, je vais surtout essayer de l'impliquer sur la qualité de ce qu'il mange et la quantité de ce qu'il mange. »

Parfois les médecins font le choix de ne pas donner de conseils car le surpoids est familial et ils font l'hypothèse d'une origine génétique à ce problème.

5/ Ces mesures ne sont pas toujours mises en application de façon pérenne

E3 : « quand je les revois, il n'y a pas grand-chose qui a changé. »

E5 : « Je pense qu'il en reste toujours un peu quelque chose. Oh je dis pas que ça dure (...). »



Différents facteurs limitants peuvent expliquer les difficultés:

- l'entourage / les parents (problème d'acceptation ou de compréhension des parents),

E5 : « Ils disent qu'ils réclament... (...) Un enfant ça râle et ça s'oppose, c'est normal qu'il râle. »

E8 : « Bah ça dépend aussi de l'acceptation par les parents. C'est compliqué aussi de dire aux parents que leur enfant est en surpoids... Ils se remettent un peu en question. »

E9 : « Mais peut-être que les parents ne sont pas assez..., ne comprennent pas le problème aussi. Des fois pour eux, il n'y a pas de soucis, ils voient pas où est le problème »

E11 : « Bah déjà souvent les parents ils pensent que leur enfant il est pas gros alors qu'il est gros. Donc c'est ça le problème, c'est qu'ils acceptent pas. Et idem pour les écrans. Souvent ils disent que c'est des parents qui ne font pas trop regarder les écrans mais en fait bah si... »

E18 : « c'est souvent que l'activité physique, faut que les parents les amènent (...) on est quand même dans une société où les gens sont de moins en moins actifs, donc c'est sûr que si les parents bougent pas, les enfants vont pas faire d'activité sportive non plus. Et au niveau des sucreries, les gens ils comprennent pas qu'il faut pas acheter de gâteaux aux enfants quoi, parce qu'après c'est le brimer»

manque de moyen de mise en application (manque de temps ou de ressource financière notamment)

E4 : « les parents essaient mais bon, c'est souvent que les parents travaillent, font autre chose donc bon... »

E7 : « Mais le problème, c'est plus les possibilités de mise en place au domicile. Pas l'adhésion des parents. »

E13 : « Quand la maman peut pas ou veut pas préparer euh... un menu équilibré, qui arrive du travail à 21 heures et le petit il préfère aller manger pizza que de manger des haricots verts si il y a 4 pizzaiolos qui sont postés en bas de chez lui quoi. »

E14 : « Ah bah c'est surtout culturel hein. En fonction du niveau socio-économique. (...) Et après l'enfant qui vient d'un environnement familial où tout le monde est en surpoids c'est souvent des problèmes socio-économiques et culturels. »

E15 : « les difficultés sociales de la famille ou c'est parfois difficile de se mobiliser pour accompagner l'enfant quand c'est déjà difficile à la maison. »

un manque de motivation de la part des enfants comme des parents,

E2 : « Ça dépend des parents... Ça dépend de leur réceptivité, des possibilités de mettre en application ces mesures au domicile... il y a beaucoup de variables. »

E9 : « Euh il n'y a rien qui limite la mise en application si ce n'est la volonté de l'enfant quoi. »

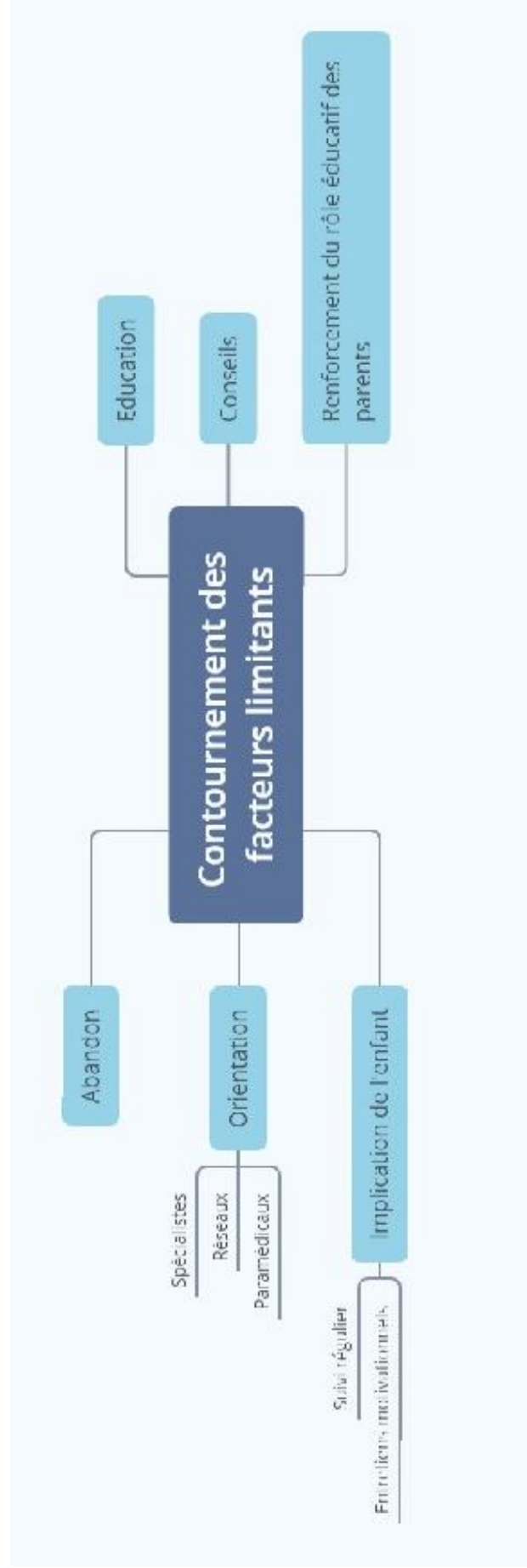
E10 : « Je pense qu'il y a un bon manque de motivation des parents parce que les parents, changer les habitudes pour les enfants, ça nécessiterait qu'ils changent leurs habitudes à eux et ça ils sont pas prêts du tout. »

E12 : « Ils ont la flemme de se bouger, de changer de mode de vie. Parce que ce mode de vie là il convient à tout le monde. Aux enfants et aux parents aussi hein ! Et du coup c'est ça, c'est les habitudes familiales et le mode de vie familial. Et ça c'est très difficile à faire changer ! »

E16 : « Ah bah les parents... Ils sont pas toujours très réceptifs ou prêts à mettre ça en place chez eux. Les enfants ils vont s'adapter si on leur dit de faire telle ou telle chose, c'est pas les plus durs à convaincre quoi. »

Un médecin dit cependant que ces mesures sont plutôt mises en application.

E1 : « Je dirais qu'ici, on parvient quand même à améliorer les habitudes dans 2/3 des cas. »



Ces facteurs sont contournés par le dialogue avec :

une éducation permettant l'exposition des risques du surpoids sur la santé

E2 : « J'essaie de faire de l'éducation, de leur expliquer clairement et simplement les risques encourus »

E4 : « Je leur dis bah les maladies par exemple pour plus tard ; surtout à l'âge adulte pour peu qu'ils sont embêtés... »

E7 : « Alors j'essaie de leur donner plus d'informations sur les risques liés au surpoids, les conséquences médicales. »

E8 : « Qu'ils se rendent compte que ça peut avoir des conséquences... même chez l'enfant. Que ça peut s'aggraver et que leur état de santé va s'empirer. »

E10 : « Euh...j'implique l'enfant en général, j'essaye, si l'enfant est assez grand en tous cas pour le comprendre, je vais m'adresser directement à lui, essayer de lui faire comprendre les symptômes selon sa sensibilité aussi, essayer de lui faire comprendre que c'est pas bon pour la santé que d'être en surpoids. Et que ce serait mieux de changer les habitudes. »

E13 : « Oh bah essayer de leur expliquer quoi ! (...) Je leur explique, j'essaye de leur faire prendre conscience du truc. Je passe par le dialogue quoi. »

E16 : « J'essaie de faire de l'éducation thérapeutique en famille. Que chacun se sente impliqué à son niveau. »

La dispensation de conseils

E9 : « je leur dis de faire attention à ce qu'ils mangent et puis de faire du sport quoi. C'est des conseils que je donne »

E18 : « essayer de les faire s'inscrire à des activités sportives »

- le renforcement du rôle éducatif des parents

E4 : « Donc si ils aiment passer du temps avec leurs enfants, bah je leur dis « ah bah c'est bien que vous fassiez des choses ensemble » pour que justement ils fassent moins d'écrans. »

E5 : « Mais un enfant ca a besoin d'être dirigé. C'est ça l'éducation, c'est pas il veut, je fais, l'enfant roi. (...) Donc soyez un peu plus ferme. »

- L'implication de l'enfant dans sa pathologie avec mise en place d'un suivi régulier et entretiens motivationnels

E6 : « J'essaie de les impliquer aux consultations, j'essaie de leur faire trouver leurs propres astuces. Et puis je fais des entretiens motivationnels. »

Parfois, certains médecins orientent vers des spécialistes, réseaux ou des paramédicaux comme les kinésithérapeutes.

E3 : « J'essaie alors d'orienter vers des nutritionnistes ou autres pour qu'il y ait un suivi de ce cote la mais c'est pas toujours évident. »

E10 : « Je vais avoir tendance à m'appuyer sur les spécialistes quand vraiment il y a un problème de surpoids ou d'obésité chez l'enfant. Je vais très rapidement orienter vers un spécialiste. (...) Essayer des spécialistes ou des paramédicaux des fois. Parce que des fois le kiné c'est une bonne aide. »

E12 : « je demande une consultation de prise en charge spécialisée »

E18 : « Bah quand j'ai vraiment un problème, j'adresse au groupe de contrôle obésité infantile »

Cela reste quand même une situation complexe pour le médecin, le mettant en difficulté.

E1 : « Difficilement. Je patiente, j'essaye d'en parler un peu plus tard mais bon, au final, chacun est libre de ses choix... »

E10 : « Oh, j'ai de grandes difficultés. J'ai de très grandes difficultés. »

E14 : « (souple) Difficilement. Comme il n'y a pas de motivation déjà des parents donc l'enfant c'est encore plus difficile de l'aider... Il est souvent conforté dans sa façon de faire par l'entourage quoi. »

E17 : « Non franchement j'y arrive pas... L'emprise là-dessus, moi à mon niveau j'ai l'impression que j'ai aucun impact et aucune prise là-dessus. »

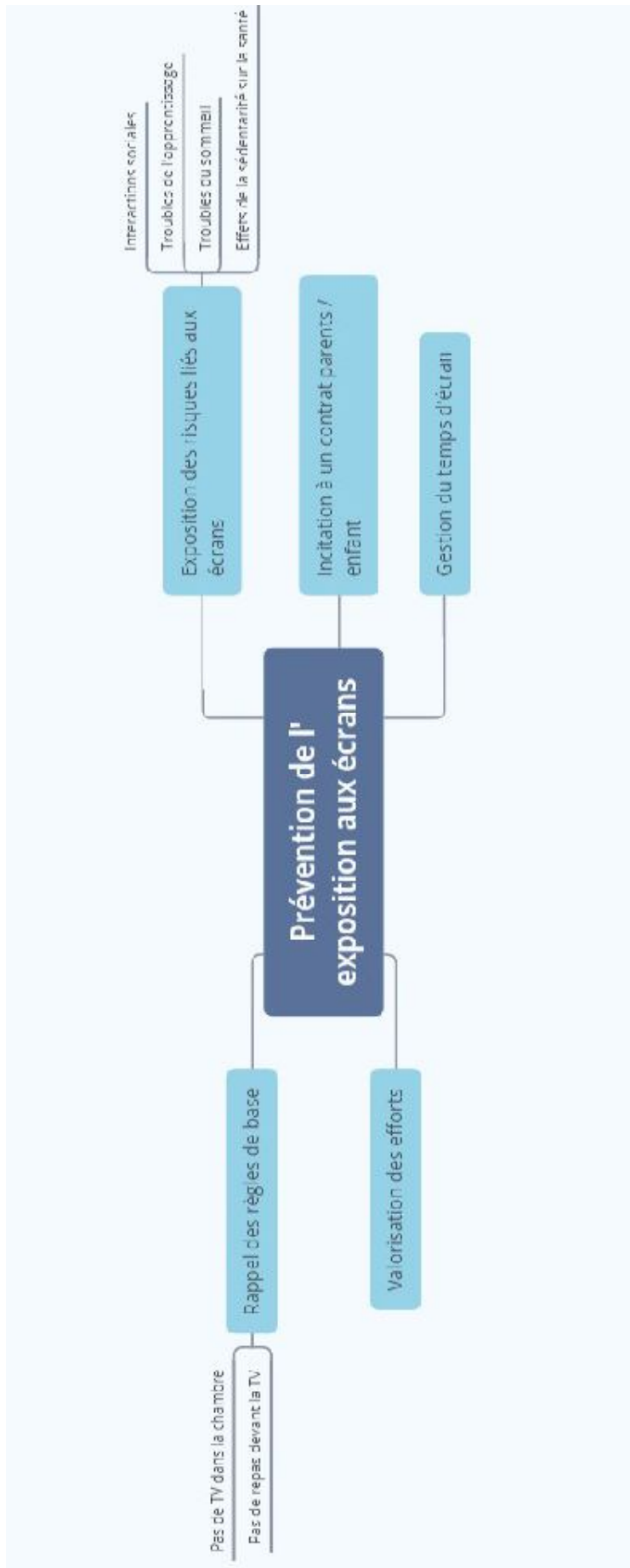
Certains abandonnent même lorsqu'ils se sentent en échec, les autres essaient avec patience et pugnacité.

E9 : « mais au final, si ils veulent pas, ils font pas. C'est eux qui décident moi je peux pas faire plus hein. »

E11 : « Oh bah à la fin j'abandonne hein ! (rires) Si les parents sont pas d'accord, après j'en parle plus hein ! (...) Je vais pas m'épuiser si les parents veulent pas en prendre conscience bon bah tant pis hein... »

Ce qui ressort est que les parents sont rarement réticents mais les possibilités de mise en place au domicile sont souvent limitées.

6/ Les actions de prévention concernant l'exposition des enfants aux écrans passent par le dialogue avec enfants et parents



- en expliquant les risques liés à l'exposition aux écrans notamment sur les interactions sociales, troubles de l'apprentissage, troubles du sommeil, les effets de la sédentarité sur la santé,

E1 : « Je leur explique aussi que les maux de tête, les difficultés d'endormissement peuvent être provoqués par ça. »

E6 : « Je lui explique les répercussions néfastes suivant l'heure d'utilisation et le temps d'utilisation. »

E7 : « Bah déjà je les informe sur l'effet des écrans. Tous les effets néfastes liés à l'utilisation prolongée des écrans »

E9 : « J'explique aux parents et puis aussi aux enfants ce que ça fait d'être trop longtemps devant les écrans. Et puis ce que ça fait de rester tout le temps assis sans bouger aussi. Que ça peut être dangereux pour leur santé. Physique et psychique aussi hein.»

E10 : « Je reste technique en fait la plupart du temps sur les écrans dans le sens ou bah ça diminue les possibilités d'interactions sociales. Ça a un impact sur les apprentissages, sur le sommeil. Alors là aussi je reviens à l'écran c'est une lumière bleue donc forcément, on leurre le cerveau du coup il dort moins bien. Comme il dort moins bien il grandit moins bien ; comme il dort moins bien, il apprend moins bien. »

- en encourageant la mise en place d'un contrat entre parents et enfants et les sorties et autres occupations

E7 : « Et puis après je les incite, parents et enfants, à trouver des règles, à mettre un place une sorte de contrat sur l'utilisation des écrans. »

E16 : « Il faut que tout le monde soit d'accord, qu'il y ait une sorte de contrat qui aille à tout le monde et qui puisse être respecté. Par exemple, on peut dire que certains jours, l'enfant n'aura pas accès à la tablette ni au téléphone. »

- en promouvant la gestion du temps d'écran

E2 : « Je leur conseille de limiter le temps passé devant les écrans en fonction de leur âge »

E6 : « Je dis pas zéro écran. Parce que son utilisation fait partie de notre monde. Je discute plus avec l'enfant de la meilleure façon de l'utiliser. »

E12 : « En gros, je leur explique que c'est possible de passer moins de temps devant les écrans. Mais pour ça il faut se trouver d'autres occupations quoi. »

E16 : « Je leur dis de limiter le temps d'exposition aux écrans. Pas de l'éliminer parce que ça c'est pas possible mais au moins d'y passer moins de temps. »

- en valorisant les efforts faits

E6 : « Je valorise ce qu'il fait par ailleurs, les efforts qu'il fait. »

- en rappelant les règles de base (pas de télévision dans la chambre, pas de repas devant la télévision)

E2 : « Je leur conseille [...] de stopper les écrans après le dîner pour éviter les difficultés d'endormissement... »

E14 : « ne jamais manger ni dans la chambre ni devant la télévision. Et supprimer la télévision de la chambre. Et de ne jamais manger en jouant à la console ou devant la télévision. »

Cependant, certains médecins ne font pas d'action de prévention et dans la plupart des cas, celle-ci reste non systématique... Cela reste en somme un sujet peu abordé

E3 : « j'en fais pas moi. »

E8 : « Euh de manière systématique non, c'est un peu compliqué. Après voilà, j'avoue c'est pas un sujet que j'aborde énormément. »

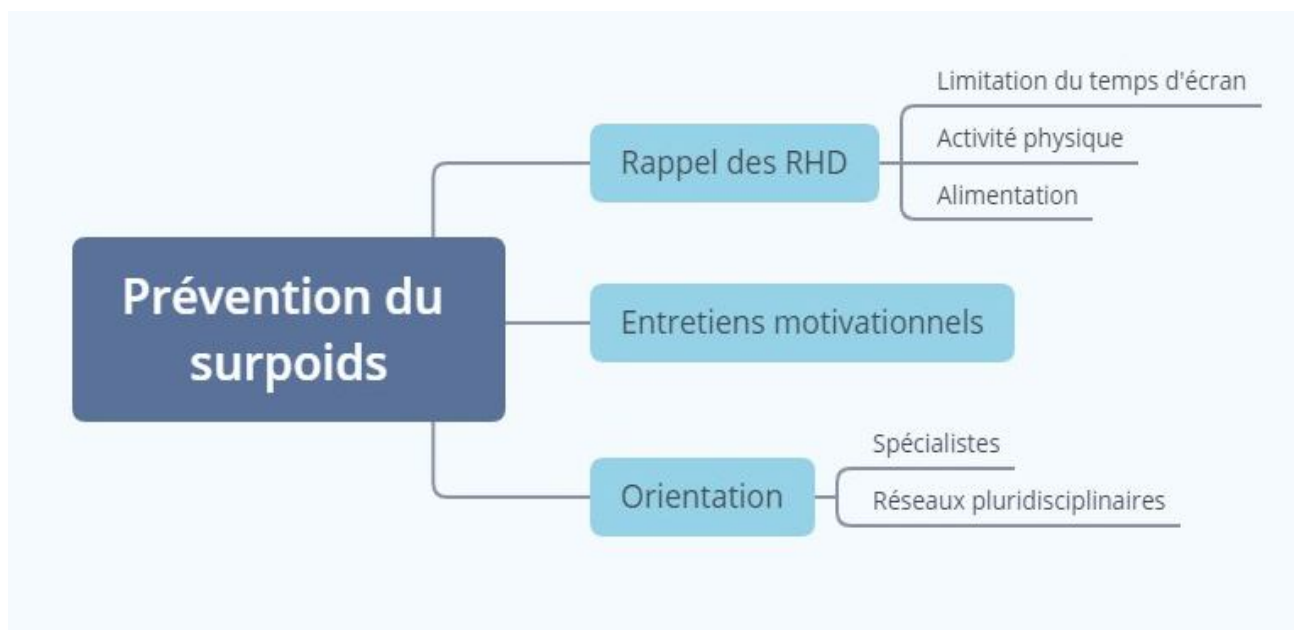
E11 : « Ah non, moi je pense que là c'est compliqué. »

E13 : « J'en fais pas du tout ! »

E17 : « Pas du tout. J'ai pas d'affiche dans la salle d'attente pour ça par exemple. »

E18 : « Je n'ai pas d'action de prévention. C'est à dire que déjà en tant que médecin généraliste en campagne, alors je sais pas en ville, on n'a trop le temps de faire de la prévention, (...) j'ai pas d'affiche dans la salle d'attente, je devrais peut-être... »

7 / Les actions de prévention en ce qui concerne le surpoids reposent essentiellement sur le rappel des règles hygiéno-diététiques (limitation du temps d'écran, alimentation, activités physiques) lors de consultation dédiées de micronutrition fonctionnelle ou à l'occasion d'une consultation de routine.



E2 : « Je leur préconise d'arrêter les sodas et les jus de fruits du commerce; de prendre un petit déjeuner avec du pain; des légumes et des fruits à chaque repas. Je leur conseille aussi de marcher le plus possible à pied et puis la pratique d'une activité sportive régulière, c'est essentiel. »

E6 : « je leur dis de faire une activité physique. Son importance, ses bienfaits tout ça... (...) Et puis je leur explique les aliments aussi. Je vois avec eux ce qu'ils connaissent et puis j'essaie de revoir avec eux les principes de base de l'alimentation. »

E7 : « Je rappelle les règles hygiéno-diététiques. Je mets l'accent sur la nécessité d'avoir une activité physique. Et puis sur l'importance de la diététique aussi. Ne pas grignoter entre les repas, boire de l'eau plutôt que des sodas... Je leur conseille aussi de limiter les écrans.»

E9 : « Oui, oui moi j'ai une consultation de micronutrition fonctionnelle donc j'essaie aussi de leur apprendre à manger quoi. »

E10 : « De toutes façons on va les suivre plusieurs fois donc à un moment donné on va aborder l'alimentation, à un moment donné on va aborder l'activité physique, à un moment donné on va aborder les autres activités que l'activité physique, donc qu'est ce qu'il fait : est ce qu'il y a de la lecture, il y a de l'art, il y a autre chose, est ce qu'il y a beaucoup de télé... »

E12 : « Quand on reçoit un enfant, on essaie de faire le point avec lui et ses parents sur le mode de vie, les habitudes tout ça et puis on donne des conseils quand on voit que ça va pas trop. Ça peut être au moment d'une consultation dédiée à cette problématique si on a déjà repéré un surpoids. Mais des fois ça peut être au moment d'une consultation pour le rappel de vaccin ou d'un contrôle clinique... enfin quand il n'y a pas d'urgence quoi. »

E15 : « Je rappelle les règles hygiéno-diététiques et puis si vraiment je vois qu'il y a un gros problème diététique, je propose un accompagnement nutritionnel mais plutôt qui sera orienté vers l'activité physique et les modifications du comportement alimentaire. Dans ce cas-là on prévoit des consultations dédiées. »

Elle s'adresse essentiellement aux enfants pléthoriques, en surpoids ou ayant des troubles alimentaires.

E9 : « Pas tous les enfants, mais surtout les enfants pléthoriques, en surpoids, ou qui ont des troubles alimentaires. »

E11 : « Quand ils sont en surpoids, que les parents sont en surpoids, on les voit de toutes façons quand ils arrivent, des fois ils mangent des gâteaux dans la salle d'attente, des boissons sucrés ou trucs comme ça. »

E15 : « quand il y a du surpoids »

E16 : « Par exemple si je repère un problème de poids ou d'alimentation, j'essaie d'en parler un peu oui. »

Ils font également des entretiens motivationnels avec les parents et les enfants avec pesée régulière des enfants, remplissage des courbes de croissance permettant le suivi de l'évolution du développement staturo-pondéral de l'enfant. C'est l'occasion d'un renforcement positif tout en cherchant l'adhésion des parents en s'adaptant aux catégories socio-professionnelles.

E1 : « je les pèse régulièrement aussi, tout au long de l'année. Je les félicite quand ils ont fait des efforts, ils sont contents, ça les motive. »

E6 : « Je fais des entretiens motivationnels avec à la fois les parents et les enfants. »

E14 : « Bah déjà quand je vois les enfants je fais la courbe de poids. (...) je montre aux parents et à l'enfant lui-même. Et souvent c'est plutôt des petits conseils au départ pour éviter les erreurs d'hygiène alimentaire et d'hygiène de vie. »

E17 : « Je remplis les courbes de croissance, je vérifie qu'ils soient bien au niveau de leur développement staturopondéral. »

E18 : « Moi je fais du suivi de courbe. Quand les courbes commencent à être au-delà des limites, on rappelle les règles d'hygiène »

Et parfois, orientent vers des spécialistes ou à un réseau pluridisciplinaire.

E7 : « Et puis, la plupart du temps, je leur propose un suivi spécialisé. »

E11 : « Des fois, il y en ils sont d'accord et puis là je les envoie souvent en pédiatrie à l'institut Saint Pierre quand vraiment ça va pas. »

E13 : « Euh je faisais partie d'un truc qui s'appelait « Croque Santé » là sur Béziers. C'était la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Donc c'est un parcours formé d'une diététicienne, d'une psychologue aussi si nécessaire et puis des ateliers. Et surtout c'était totalement gratuit quoi. On travaillait pas tous ensemble mais je voyais l'enfant en consultation et puis après ils allaient voir la diététicienne et après on ils revenaient au bout d'un mois puis tous les 2 mois ou 3 mois et ainsi de suite quoi. »

E16 : « Je les inscris dans le programme ASALEE quand je pense qu'il y a vraiment un problème que je ne pourrai pas résoudre avec un simple suivi médical. C'est une association avec médecins et infirmières spécialisées, ça permet de suivre le patient régulièrement et de faire de l'éducation thérapeutique, on leur rappelle les bonnes règles hygiéno-diététiques. »

Cela ne s'effectue en revanche pas systématiquement et se fait en fonction de la réceptivité des parents.

E1 : « Mais bon, en fin de compte, la réussite n'est possible qu'avec l'adhésion des parents. (...) Et puis c'est pareil, c'est toujours plus facile lorsque les parents sont eux-mêmes actifs...»

E8 : « c'est pas quelque chose que je fais. Pareil, si on vient à en parler oui mais sinon, je n'en parle pas forcément. »

E11 : « Bah j'essaie de dire aux parents mais bon... ça dépend de leur réceptivité quoi. Parce que souvent ils le prennent pas toujours bien ! »

E18 : « Les enfants en surpoids, en général, c'est quand même des familles ou le surpoids ça devient secondaire quoi. Ils tentent pas, ils réfléchissent pas. Ils disent « tout le monde est gros de toutes façons...c'est héréditaire » voilà quoi...De temps en temps je me sens quand même en échec face au surpoids. »

DISCUSSION

1/ Idées principales de l'étude

Chez les enfants : une place trop importante des écrans et une augmentation du surpoids

- Les médecins généralistes interrogés ont tous observé que la place des écrans dans la vie des enfants est importante, avec une exposition quotidienne, variable selon les âges, le sexe et les catégories socio-professionnelles. Mais tous s'accordent pour dire que cette place est beaucoup trop importante par rapport à ce qu'elle devrait être. Les médecins le voient comme un problème alors que les enfants et certains parents ne le voient pas comme tels.

Ces résultats corroborent ceux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui montre que la moitié des collégiens des classes de troisième consacrent au quotidien au moins 3 heures 30 aux écrans et 10 % d'entre eux ont même un temps d'exposition supérieur à 6 heures par jour. [27]

L'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) a même montré qu'avant 3 ans, les enfants passent en moyenne 75 minutes par semaine devant un écran. [28]

- Les supports utilisés divergent en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant mais en règle générale, ce qui ressort est que la télévision est le principal écran initiateur de cette exposition, avec un accès majoritaire chez les jeunes enfants. Cette donnée se retrouve également dans la littérature. [29]

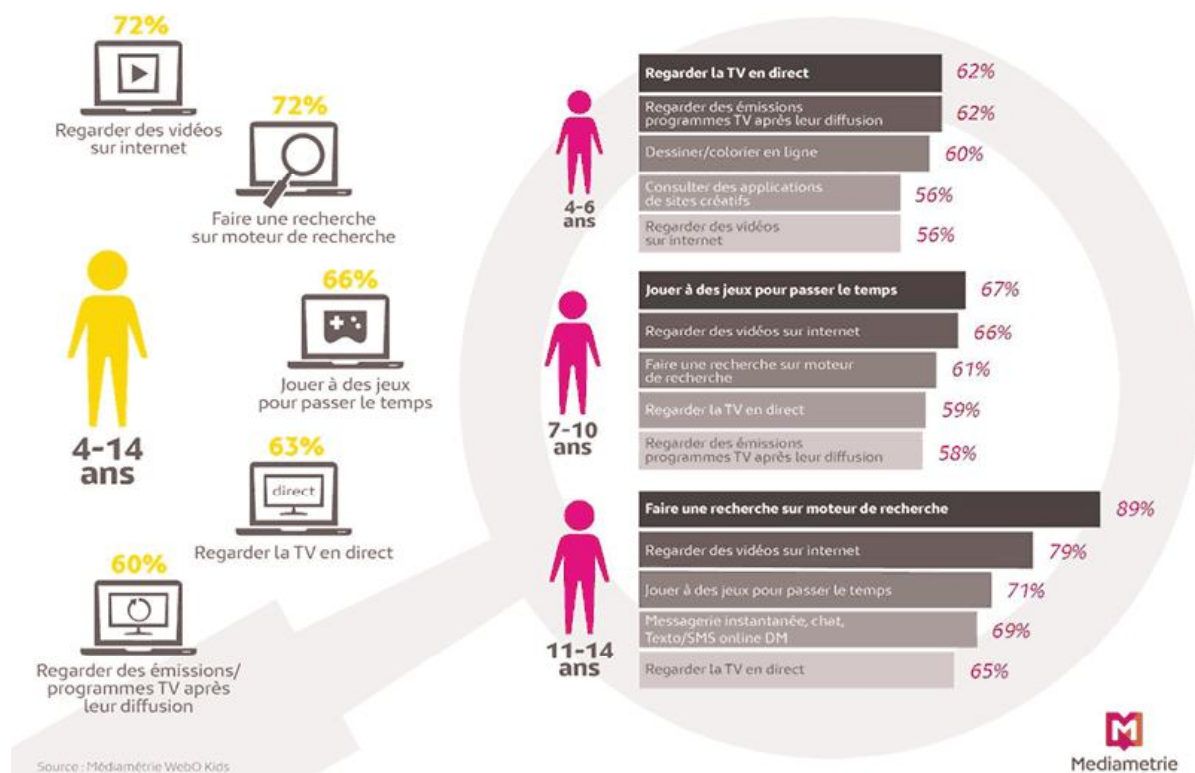
Mais l'accès aux autres écrans numériques, dans cette étude comme pour la population générale s'élargit. [30] En effet, la moitié des enfants ont accès à la tablette, et un tiers à l'ordinateur, la console de jeu ou le smartphone. [29; 31]

Une étude réalisée en 2015 a montré que 93% des enfants de 4 à 14 ans ont navigué sur Internet au cours des derniers mois. Ceci est favorisé par le fait que 62% d'entre eux vivent dans un foyer équipé de 4 écrans connectés : télévision, ordinateur, tablette et smartphone, multipliant d'autant les possibilités d'accéder à Internet.

La télévision connectée s'est avérée être l'écran de choix pour les plus petits (tranche 4 à 6 ans), leur permettant d'accéder à leurs programmes favoris en direct. Il a également été observé qu'ils se servaient de la tablette à but éducatif ou pour jouer.

Pour les 7-10 ans, l'ordinateur et la tablette sont majoritairement utilisés pour jouer aux jeux vidéo et visionner des vidéos.

Enfin les 11-14 ans utilisent essentiellement les smartphones pour surfer et communiquer sur Internet, 75% d'entre eux en possédant un. (Graphique 2) [32]



Graphique 2 : Top 5 des usages connectés des enfants

- L'incidence du surpoids chez les enfants est en augmentation selon la plupart des médecins, dû aux modifications du mode de vie des enfants ainsi que des parents ces dernières années. Ces résultats correspondent aux chiffres de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'obésité et de la surcharge pondérale étant passé de 17 % en 2009 à 18 % en 2017. [27]

Une étude portant sur des enfants de moins de 5 ans a en effet prouvé que chaque heure de plus passée devant la télévision s'associait à une augmentation de 6% de la prévalence du surpoids. [17]

Chez les parents : un manque de reconnaissance du problème et un manque de motivation ou de moyens pour changer les choses

L'article « les enfants et les écrans : représentations des parents » de la revue Exercer, nous permet de mieux comprendre certaines réticences parentales en ce qui concerne les écrans et leur place dans le foyer. En effet, dans cette étude qualitative auprès de parents d'enfants de moins de 7 ans, on apprend que les parents considèrent les écrans comme « une source d'apprentissage » notamment en terme de langue, comme « un moyen de détente », de « développement de l'imaginaire » ou encore comme « une lutte contre la solitude »... Ils sont tout de même conscients qu'il existe un risque d'obésité, de troubles visuels, de troubles du sommeil ou encore de troubles attentionnels. [33]

Chez les médecins généralistes : la place de la prévention

- La prévention de l'exposition aux écrans passe par le dialogue mais c'est un sujet qui n'est pas systématiquement abordé.

- Les médecins interrogés réagissent de manière différente quant à la prévention du surpoids, certains s'appuyant sur les règles hygiéno-diététiques et conseils concernant le mode de vie, d'autres sur l'orientation aux spécialistes ou réseaux.

Le Programme Nationale Nutrition Santé (PNNS) de 2001 met en effet l'accent sur les règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, activité physique régulière) et

Le dernier PNNS de 2011-2015 relève l'importance de la mise en place d'actions de prévention permettant la réduction des inégalités sociales de santé concernant le domaine de la nutrition. Des différences de revenus, de niveau d'éducation ou d'origines culturelles, des contextes de vie difficiles (divorce, précarité, chômage) ou encore un isolement social peuvent être à l'origine de ces disparités. Le programme conseille alors d'insister sur l'éducation nutritionnelle notamment pour les populations à risque en développant par exemple l'accès à l'information dans les lieux que celles-ci fréquentent : caisses d'allocations familiales, protection maternelle et infantile... ainsi qu'en favorisant les formats adaptés (publicités, journaux gratuits). [35]

Lors de la conférence européenne de l'OMS de 2006 sur la lutte contre l'obésité, des actions spécifiques pour les médecins de soins primaires ont été définies :

identification et prise en charge, formation pour les professionnels dans la prévention, le dépistage et le traitement de l'obésité en évitant toute stigmatisation des enfants.

[36]

- Ces mesures ne sont par contre pas mises en application de façon pérenne, principalement dû à un manque de motivation de la part des enfants mais aussi des parents et parfois par un manque de moyens de mise en application.

L'enquête INCA 2 sur les habitudes alimentaires des enfants et des adolescents de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a en effet montré que dans les milieux les plus défavorisés, la consommation de fruits et légumes est plus faible alors que celle des boissons sucrées est plus élevée. Les écarts par rapport aux repères nutritionnels du PNNS y sont plus grands. [37]

Les médecins contournent cet obstacle par le dialogue et l'implication de l'enfant dans sa pathologie mais parfois ne trouvent pas de solution et restent démunis face à la situation.

- La prévention de l'exposition des enfants aux écrans n'est pas systématique dans la pratique des médecins généralistes. En revanche, quand le sujet est abordé, elle passe par le rappel des conséquences négatives liées à l'exposition aux écrans et des règles de base comme l'absence de télévision dans la chambre. En effet, cette pratique n'est pas recommandée, car elle limite la surveillance notamment des contenus regardés, elle favorise les troubles du sommeil, elle peut majorer la durée quotidienne d'exposition, et il a été montré qu'elle était liée à l'obésité. [38 ;39 ;30]

La mise en place d'un « contrat » entre parents et enfants peut aussi être effectuée avec valorisation des efforts effectués.

Un outil informatique tel que celui créé par l'American Academy of Pediatrics aux Etats-Unis permettant de créer un « Family media plan » est un exemple de contrat que la famille peut mettre en place tout en lui donnant la possibilité de respecter son mode de vie. [40]

- La sensibilisation du surpoids se fait essentiellement aux enfants en surpoids, soit lors de consultation de routine soit lors de consultation spécialisée. Elle passe par un rappel des règles hygiéno-diététiques avec suivi régulier de l'enfant et éventuellement orientation vers des spécialistes.

Cette pratique est en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui souligne le caractère essentiel de l'utilisation de la courbe d'Indice de Masse Corporelle (IMC), du suivi régulier, en particulier avec le médecin généraliste et l'importance de fixer des objectifs à atteindre (choisis avec le patient et ses parents).
[41]

2/ Forces et faiblesses de l'étude :

a/ Forces

- Il s'agit d'un échantillon varié représentatif des médecins généralistes de l'Hérault.

- Le choix d'une méthode qualitative permettait d'observer toute la diversité des opinions et expériences personnelles des généralistes et de comprendre au mieux leurs pratiques.

- La collecte des données a été réalisée sans à priori.

- Le choix d'entretiens individuels semi-dirigés, moins intimidants qu'un groupe de discussion par exemple, amène plus facilement les participants à se livrer.

- L'analyse des données par la méthode thématique a permis, à partir des données d'entretien, par codage et classification successivement progressifs, d'accéder à une compréhension structurée et plus théorique des résultats.

- L'analyse initiale a été réalisée par deux personnes, ce qui a permis une triangulation et donc une analyse un peu plus fine, donnant ainsi une validité interne plus forte à l'étude.

b/ Faiblesses

- Les médecins avaient parfois peu de choses à dire du fait de leur pratique (peu de patients pédiatriques, peu de prévention, peu de recul...) ce qui en faisait des entretiens courts avec peu de données à analyser.
- La proportion de médecins jeunes et installés depuis peu est assez importante, ce qui ne leur confère que peu de recul face à l'évolution de la situation sur ces dernières années.
- Le sex-ratio de l'échantillon ne représente pas le sex-ratio global des médecins généralistes français, les médecins généralistes femmes ayant davantage répondu favorablement à notre proposition de participer à cette étude.
- Le choix d'entretiens individuels par rapport à la discussion de groupe : ce dernier aurait peut-être amené, par la dynamique de groupe, plus de débat, d'échange et d'idées nouvelles.
- L'absence de vérification des résultats auprès des participants : une relecture des verbatims avec les participants aurait pu permettre de s'assurer d'une bonne fidélité des retranscriptions et donc de la fiabilité des résultats.
- Le choix d'une méthode qualitative ne permet pas d'obtenir des statistiques et de pouvoir extrapoler ces résultats à l'ensemble des médecins généralistes.

3/ Perspectives

La surexposition aux écrans chez l'enfant ainsi que ses conséquences est un phénomène plutôt récent dans la pratique des médecins généralistes.

Des effets néfastes à cette exposition sont progressivement en train d'être découverts. Beaucoup de travail reste à faire afin que les médecins mais aussi les professionnels de l'enfance et les parents soient informés des conséquences de l'abus des écrans.

Dès lors, des mesures de prévention adaptées pourront être mises en place.

Cette prévention doit être réalisée le plus tôt possible, dès les consultations de suivi des nourrissons.

Dans de nombreux pays, des recommandations ont été formulées concernant l'exposition des enfants aux écrans.

Ainsi, en France, la règle des 3-6-9-12 [Annexe 3] proposée par Serge Tisseron, psychiatre français, constitue des repères d'âges autour desquels il conseille d'introduire progressivement les écrans dans la vie des enfants. Pas de télévision avant 3 ans, pas de console de jeu personnelle avant 6 ans, pas d'Internet avant 9 ans, Internet accompagné à partir de 9 ans, pas de réseau social avant 12 ans. [26]

En outre, suite au rapport de l'ANSES (2016), les recommandations concernant les comportements sédentaires des enfants et des adolescents sont de :

- limiter la durée quotidienne totale des activités sédentaires en période d'éveil ;
- limiter la durée de chaque activité sédentaire, pour ne pas dépasser 1h en continu pour les moins de 5 ans et 2h pour les 6-17 ans. [42]

Ces recommandations plus spécifiques à l'exposition aux écrans ont été formulées dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS) par Santé publique France :

- les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans ;
- les enfants entre 2 et 5 ans ne doivent pas être exposés plus d'1h par jour ;
- les enfants entre 6 et 11 ans ne doivent pas être exposés plus de 2h par jour aux écrans de loisirs (temps d'écrans hors temps scolaire). [43]

Dans tous les cas, quelque soit l'âge de l'enfant, il est nécessaire que les parents emploient leurs propres outils numériques de manière raisonnée, notamment quand ils interagissent avec un jeune enfant, puis, quand l'enfant grandit, que le dialogue soit maintenu sur ces questions.

Toutes ces recommandations à l'intention des encadrants ainsi que des autorités sanitaires ont été rappelées par le Haut Conseil de Santé Public dans un avis de décembre 2019 relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. [44]

L'Académie des Sciences a également publié ses propres recommandations sous la forme d'un livre « L'enfant et les écrans » en 2013, faisant office de recommandations françaises. [45] Ces recommandations viennent pondérer la règle 3-6-9-12. Ainsi les tablettes tactiles avant l'âge de 2 ans peuvent être utiles au développement sensori-moteur, à condition qu'elles soient accompagnées d'un adulte. A partir de 4 ans, les ordinateurs et consoles de salon peuvent être un support occasionnel de jeu en famille voire d'apprentissage accompagné. Les recommandations à partir de l'âge de 6 ans ne changent pas, sans pour autant établir de temps limite à passer devant l'écran.

Suite aux pétitions d'associations de professionnels de la petite enfance, tel que le Collectif Interassociatif Enfance et Média (CIEM), contre les chaînes de télévision pour bébés (« baby first » et « Baby TV »), la Direction Générale de la Santé a rédigé en 2008 un avis sur l'impact des chaînes télévisées sur le tout petit enfant (0 à 3 ans). Cet avis « déconseille la consommation de télévision jusqu'à l'âge d'au moins 3 ans, indépendamment du type de programme ». [46]

En effet, à ce jour, aucune étude n'a pu prouver les effets positifs que pourraient avoir les écrans non interactifs sur le développement précoce de l'enfant. [47]

De plus, une proposition de loi a été adoptée en 2018 pour lutter contre l'exposition précoce des enfants aux écrans. Celle-ci comporte la mise en place de campagnes nationales régulières d'information et de prévention ainsi que l'obligation de faire apparaître un message sanitaire lors de publicités pour des programmes TV, des smartphones, tablettes, etc. [48]

Malgré ces recommandations, les enfants restent exposés aux écrans dès leur plus jeune âge. En 2013, l'étude Nutri-Bébé observe que les nourrissons et les enfants français de 0-3 ans passent par jour en moyenne 30 minutes jusqu'à 12 mois, puis 50 minutes à 24-29 mois et près d'une heure à 30-35 mois. [49]

Ces chiffres trouvent une explication dans le fait que seulement 1/4 des parents interrogés effectuent une recherche approfondie quant aux risques liés à l'usage des écrans auprès des tout-petits, selon l'enquête en ligne Fondation pour l'Enfance. [50] Cependant, comme le montre une étude française réalisée dans les Pyrénées Atlantiques, les parents souhaiteraient être informés par leur médecin traitant ou pédiatre sur les risques de l'usage abusif des écrans. [51]

Cette prévention pourrait s'avérer plus efficace et plus réalisée si elle s'appuyait sur des outils à destination des parents et des enfants.

Ainsi, par exemple, les campagnes de sensibilisation sus-citées menées par le CSA [3], ou YAPAKA [2] servent à ce dessein.

Deux campagnes publicitaires nationales sont diffusées dans ce cadre : campagne pour le respect de la signalétique jeunesse et campagne de protection des tous petits (pas d'écrans avant 3 ans, limiter le temps d'écran, respecter les signalétiques, seulement les programmes pour enfants avant 8 ans). [52]

De même, l'utilisation du nouveau carnet de santé permet de favoriser l'information auprès des parents sur les dangers des écrans. [53] En outre, le suivi de la courbe de poids réalisé par une grande partie des médecins généralistes permet de dépister rapidement un surpoids et de mettre en place des mesures afin de contrecarrer cette tendance.

De plus, des consultations de dépistage (des troubles sensoriels de la naissance à 1 an, des troubles de l'apprentissage entre 3 et 5 ans et de l'obésité au minimum annuelle) favorisées par le nouveau dispositif conventionnel peuvent permettre un moment d'échange entre le médecin généraliste et les parents sur la question de l'usage des écrans.

Les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), dont la mission est la prévention, pourraient également avoir pour objectif d'éduquer les familles au bon usage des écrans. En effet, ces centres reçoivent en consultation 20% des enfants de 0 à 6 ans, le plus souvent issues de familles défavorisées. [54] Or, une étude a corrélé le temps d'écran et l'isolement, le faible niveau d'études et le faible niveau économique du parent. [55]

Cependant, l'obésité est multifactorielle.

L'environnement familial, là encore, peut être mis en cause. De multiples études ont mis en avant les inégalités sociales en lien avec une plus importante prévalence de l'obésité. [56] De plus, les habitudes alimentaires de l'enfant se construisent au sein de la famille. En effet, la structure familiale et les croyances culturelles personnelles de l'alimentation vont conditionner la façon de se nourrir chez l'enfant lorsqu'il grandira. [57]

Le mode de vie de l'enfant a bien entendu un fort impact sur la prise de poids. La sédentarité, due principalement au manque d'activité physique pour les loisirs et l'utilisation plus importante des transports passifs est un des facteurs majeurs de l'obésité chez l'enfant. Selon les recommandations, un enfant devrait pratiquer 60 minutes d'activité intense par jour. Or, les 10-11 ans en font en moyenne 25 minutes par jour. [58 ; 59]

Plusieurs études ont également pu prouver qu'une réduction du temps de sommeil chez l'enfant était associée à une augmentation de l'IMC, dû au fait qu'une privation de sommeil entraîne une perturbation de la régulation des hormones ayant pour rôle de réguler la sensation de faim et de satiété. [60]

En outre, des études ont mis en avant l'existence d'une prédisposition au surpoids et à l'obésité, d'origine génétique, éventuellement modulée par l'épigénétique. [61]

Ces étiologies représentent autant d'axes sur lesquels agir pour lutter contre le surpoids et l'obésité de l'enfant. Ce qui ressort des études est que dans l'ensemble, les médecins généralistes ont conscience du problème mais que leurs pratiques doivent être améliorées du point de vue de la prévention et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez la population pédiatrique.

La nécessité de travailler en réseau a été soulignée, ce qui permettrait une meilleure prise en charge sur le long terme selon les praticiens interrogés. [62]

Une simplification des pratiques, des formations et des consultations de médecine générale dédiées à la prise en charge des maladies chroniques telles que l'obésité ainsi qu'une information des familles en amont de celles que le médecin fournit s'avérerait être une aide pour les médecins. En effet, les praticiens ressentent des difficultés à la prise en charge des maladies chroniques dues entre autres à un manque de motivation des patients. [63]

Il faut tout de même garder en mémoire que les écrans peuvent apporter un bénéfice dans le développement de l'enfant.

En effet, des études ont prouvé que les livres numériques et des applications interactives d'apprentissage de la lecture pourraient favoriser l'alphabétisation précoce en encourageant les plus petits enfants à s'exercer à reconnaître les mots, phonèmes et sons. [64; 65]

De plus, il existe des émissions de télévision de qualité avec des objectifs éducatifs bien précis qui permettrait de favoriser le langage et l'alphabétisation ainsi que les aptitudes sociales des enfants de plus de deux ans, notamment ceux qui sont issus de milieu défavorisé. [66 ; 70]

Certaines émissions peuvent également avoir des effets positifs sur le développement cognitif en élargissant le champ des connaissances des enfants, en améliorant leur imagination et en leur apprenant l'empathie, la tolérance et le respect. [67] D'autres études ont montré qu'un enfant de deux ans peut apprendre de nouveaux mots grâce à des médias interactifs, comme des applications exigeant des réactions immédiates de la part des parents à ce que l'enfant dit ou fait. [64 ; 68 ; 69]

La télévision à visée éducative est presque aussi présente dans les foyers modestes que dans les foyers à revenus plus élevés, ceci diminuant, avec l'aide des appareils mobiles et des ordinateurs, les obstacles à l'accès d'un continu éducatif. [71]

Des recherches ont prouvées qu'une exposition des enfants à des programmes éducatifs adaptés à l'âge, créés à partir de recommandations d'objectifs éducationnels, est associée à de meilleurs résultats scolaires et un meilleur développement cognitif. [72]

Il est toutefois absolument nécessaire de s'assurer de la qualité des programmes visionnés par les enfants afin d'éviter d'obtenir les effets négatifs liés aux écrans sur leur comportement. [73]

En outre, les médias peuvent être des moyens d'encourager l'activité physique. En effet, en apprenant des exercices intéressants pour les enfants et adaptés à l'âge tels que la danse ou le yoga, les différentes applications ou consoles de jeux peuvent s'avérer être des initiateurs de la pratique d'une activité sportive. [74-76]

Il a été montré que les enfants, notamment après trois ans, avaient tendance à bien réagir aux émissions axées sur l'activité physique lorsqu'elles incitaient entre autres à l'imitation dans un cadre amusant. [77 ; 78] Des appareils mobiles tels que téléphones et tablettes possédant des applications permettant d'explorer les milieux naturels peuvent inciter les enfants à pratiquer des activités physiques extérieures. [79]

Cette étude aura permis de montrer que le rôle de prévention par le médecin généraliste est bien appliqué dans l'ensemble et passe essentiellement par le dialogue à la fois avec les parents et les enfants mais que de nouveaux outils pratiques comme des affiches, brochures, sites internet, fiches-résumés des recommandations, questionnaires d'évaluation, etc seraient nécessaires afin de faciliter cette action. L'existence d'un questionnaire validé faciliterait grandement le travail des professionnels de santé. Celui de CoSE (Collectif Exposition Ecrans) pourrait en être un exemple. [Annexe 4]

Ainsi, les médecins généralistes seraient peut-être plus à même de garder ce thème en mémoire (parmi tous les axes de prévention chez l'enfant) et d'aborder plus aisément le sujet avec les familles, ce qui permettrait d'organiser un suivi de cette problématique chez les enfants les plus touchés.

Il pourrait être intéressant également d'étudier l'impact de la prévention des médecins généralistes sur les modifications d'habitudes familiales. En effet, les médecins disent pour la plupart dispenser des conseils divers en ce qui concerne l'exposition aux écrans ou le surpoids et savent qu'ils ne sont pas toujours appliqués, mais ne savent pas dans quelle mesure leur discours a eu un poids.

Ainsi, une étude des modes de vie familiaux ainsi que des raisons limitant la mise en application des mesures permettant une diminution de l'incidence de ces prises de risque serait intéressante afin de pouvoir identifier les problèmes et agir dessus si possible.

CONCLUSION

Les supports numériques connaissent un développement considérable depuis quelques années. Les enfants sont exposés aux écrans dès le plus jeune âge. Des études ont prouvé un lien de causalité entre l'exposition des jeunes enfants aux écrans et l'augmentation de l'indice de masse corporelle.

De plus, les consultations pédiatriques (enfants de moins de 16 ans) sont très fréquentes en médecine générale. La prévention est également au cœur de l'activité du médecin généraliste.

Le but de cette étude était de faire un état des lieux des différentes expériences des médecins généralistes de l'Hérault concernant le lien entre exposition aux écrans et surpoids/obésité des enfants. 18 médecins généralistes ont été interrogés sur leur expérience, ce qui a ensuite été analysé par une méthode qualitative.

On voit dans cette étude que les médecins généralistes ont conscience de la problématique des écrans à l'origine, entre autres, du surpoids chez les enfants et qu'ils font parfois des actions de prévention auprès des enfants et des parents. Cependant, la mise en application de ces mesures semble assez limitée par le manque de moyen ou le manque de motivation des parents qui peut être un effet du manque d'information. En effet, si le grand public avait plus d'informations au sujet des conséquences néfastes de l'exposition des enfants aux écrans et du surpoids, peut-être que ces mesures seraient plus facilement appliquées.

Les médecins semblent alors découragés par cet obstacle et tentent parfois le dialogue afin d'expliquer aux parents mais souvent abandonnent.

On peut imaginer qu'avec des formations et la mise à disposition d'outils, ce rôle de prévention pourrait être mené à bien et ces conseils appliqués de manière un peu plus systématique.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire et son message d'introduction pour les médecins généralistes

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale, et dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur les différentes expériences des médecins généralistes de l'Hérault concernant le lien entre l'exposition aux écrans et le surpoids voire l'obésité des enfants.

Les supports numériques connaissent un développement considérable depuis quelques années entraînant une exposition des enfants aux écrans dès leur plus jeune âge.

Au cours des différents stages que j'ai effectué chez des praticiens libéraux, j'ai pu observer que les ressentis des médecins généralistes différaient entre eux sur différentes problématiques.

Je souhaiterais avec cette étude faire un état des lieux des expériences des médecins généralistes concernant l'impact des écrans sur le poids des enfants.

J'ai donc créé ce questionnaire. Il vous prendra quelques minutes pour y répondre. Merci du temps que vous y consacrerez, votre participation me sera d'une grande aide.

Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré puis anonymisé.

1/ Selon vous quelle place occupent les écrans chez les enfants au quotidien?

Question de relance temps d'exposition ? Type d'écran ?

2/ A quel moment le sujet de l'exposition des enfants aux écrans est-il abordé lors des consultations pédiatriques ?

Par qui est généralement amené le sujet (les parents, l'enfant ou vous-même) ?

3/ Dans quel sens évolue l'incidence du surpoids chez les enfants de votre patientèle ces dernières années ?

Avez-vous des hypothèses étiologiques à fournir à ce sujet?

4/ Quels sont les conseils que vous fournissez aux enfants en surpoids ?

5/ Pensez-vous que ces mesures sont mises en application de façon pérenne ?

Comment abordez-vous les parents réticents aux conseils médicaux ?

6/ En quoi consistent les éventuelles actions de prévention que vous effectuez concernant l'exposition des enfants aux écrans ? Concernant le surpoids ?

Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

1/ Êtes-vous : - Un Homme - Une Femme

2/ Quel âge avez-vous ?

- Moins de 30 ans - Entre 30 et 39 ans - Entre 40 et 49 ans - Entre 50 et 59 ans -
60 ans ou plus

3/ Depuis combien d'années êtes-vous installés ?

- Moins de 10 ans – entre 10 et 20 ans – entre 20 et 30 ans - plus de 30 ans

4/ Quel est votre type d'exercice ?

- Rural - Semi-rural - Urbain

5/ Quelle est la part d'enfants dans votre clientèle ?

- Faible - Moyenne - Importante

Annexe 2 : Questionnaire modifié

1/ Selon vous quelle place occupent les écrans chez les enfants au quotidien?

En moyenne, à combien estimeriez-vous le temps d'exposition ? Quels types d'écran sont majoritairement utilisés ?

2/ A quel moment le sujet de l'exposition des enfants aux écrans est-il abordé lors des consultations pédiatriques ?

Par qui est généralement amené le sujet (les parents, l'enfant ou vous-même) ?

3/ Dans quel sens évolue l'incidence du surpoids chez les enfants de votre patientèle ces dernières années ?

Avez-vous des hypothèses étiologiques à fournir à ce sujet?

4/ Quels sont les conseils que vous fournissez aux enfants en surpoids ?

5/ Avez- vous pu identifier des facteurs limitant la mise en application de ces mesures de façon pérenne?

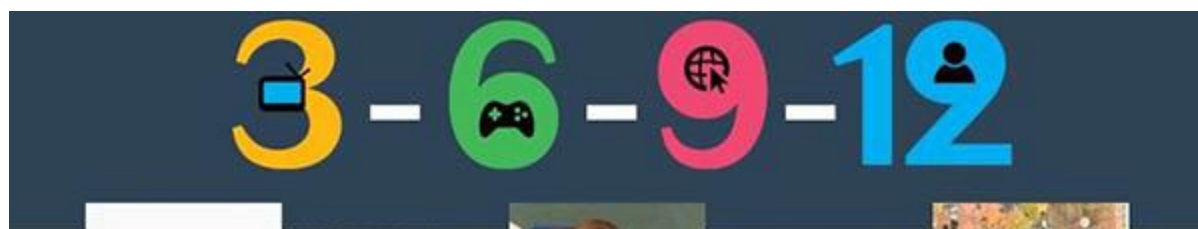
Comment parvenez-vous à contourner ces facteurs ?

6/ En quoi consistent les éventuelles actions de prévention que vous effectuez concernant l'exposition des enfants aux écrans ?

7/ Effectuez-vous des actions de sensibilisation auprès des enfants en ce qui concerne le surpoids?

Si oui, à quel moment et de quelle manière?

Annexe 3 : règle des 3-6-9-12



Avant 3 ans
L'enfant a besoin de construire ses repères spatiaux et temporels



De 3 à 6 ans
L'enfant a besoin de découvrir toutes ses possibilités sensorielles et manuelles



De 6 à 9 ans
L'enfant a besoin de découvrir les règles du jeu social



De 9 à 12 ans
L'enfant a besoin d'explorer la complexité du monde



Après 12 ans
L'enfant commence à s'affranchir des repères familiaux

La TV, pas avant **3** ans

La console personnelle, pas avant **6** ans

Internet après **9** ans

Les réseaux sociaux après **12** ans

Cette affiche peut être téléchargée sur : www.sergetisseron.com

“ J'ai imaginé les repères « 3-6-9-12 » comme une façon de répondre aux questions les plus pressantes des parents et des pédagogues. ”
Serge Tisseron
3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir, Ed. érès

Annexe 4 : Exemple de questionnaire

Collectif surexposition écrans



Questionnaire à proposer aux parents par les professionnels recevant des enfants de moins de 6 ans

1. Age de votre enfant : _____ ans Sexe de votre enfant : fille garçon

2. Quels types d'écrans y a-t-il à la maison, et combien ?

✓ Télévision oui non Combien ?

✓ Tablette oui non Combien ?

✓ Ordinateur oui non Combien ?

✓ Téléphone oui non Combien ?

✓ Autre(s) écran(s), le(s)quel(s)?

3. Laissez-vous en général votre télé allumée en permanence (ou presque) ? oui non

4. Un ou des écrans sont-ils allumés pendant les repas ? oui non

5. Votre enfant utilise-t-il des écrans pendant que vous êtes occupés à autre chose ? oui non

6. Votre enfant va-t-il sur votre Smartphone ? oui non

Confiez-vous votre téléphone à votre enfant :

✓ Pour le calmer quand il pleure ? oui non

✓ Pour l'occuper ? oui non

✓ Pour l'aider à manger ? oui non

✓ A s'endormir ? oui non

✓ Pour son apprentissage ? oui non

✓ Pour vous permettre de faire autre chose ? oui non

✓ Pour parler avec la famille ? oui non

7. Va-t-il seul sur You Tube ? oui non

8. Votre enfant a-t-il sa propre tablette ? Son propre Smartphone ? oui non

9. Est-ce que votre enfant regarde et écoute habituellement :

✓ Les dessins animés : Seul Avec vous

✓ Les comptines : Seul Avec vous

✓ Les programmes éducatifs : Seul Avec vous

✓ Les vidéos : Seul Avec vous

✓ Des programmes non destinés aux enfants : Seul Avec vous

✓ Autres : _____ Seul Avec vous

10. Est-ce que vous regardez régulièrement en famille la télévision ? oui non Si oui, ces moments sont-ils l'occasion d'échanges avec votre enfant ? oui non

11. Votre enfant passe-t-il du temps devant un écran avant de se coucher ? oui non si oui, combien de temps ?

Moins de 30 mn 30 mn à 1 h De 1 à 2 h Plus de 2 h

Y a-t-il dans sa chambre :

✓Un ordinateur : oui non

✓Une télé : oui non

✓Y apporte-t-il un ou des écrans mobiles ? oui non

S'endort-il devant ? oui non

12. Y a-t-il des écrans allumés ou accessibles dans le milieu de garde de votre enfant ?

✓Télévision oui non

✓Tablette oui non

✓Ordinateur oui non

✓Autres: le(s)quel(s)?

D'après vous, combien de temps votre enfant y a-t-il accès ?

30 mn 1 h Plus d'1 h Ne sait pas

13. Votre famille s'est-elle dotée de règles ou de directives relatives à l'utilisation des écrans ? oui non

Sont-elles faciles à faire respecter ? oui non

13. Nombre d'heures d'utilisation de la tablette par jour de votre enfant :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Nombre d'heures d'utilisation du téléphone portable par jour par votre enfant :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Nombre d'heures d'utilisation de l'ordinateur par jour par votre enfant :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Temps passé devant d'autres écrans : _____

14. Pensez-vous que l'utilisation des écrans :

✓Développe l'éveil et les apprentissages : oui non

✓Aide votre enfant à se calmer : oui non

✓Améliore son attention et sa concentration : oui non

✓Le prépare au monde de demain : oui non

15. D'après vous, le temps passé par votre enfant devant les écrans :

✓Est plutôt adapté oui non

✓Est plutôt trop important oui non

✓N'est pas assez important oui non

16. A la maison, les écrans sont plutôt source :

✓D'échange

✓De tranquillité

✓De tensions

✓De solitude

✓Autre : _____

17. Age de début d'exposition aux écrans :

Séjour à la maternité 6 mois 1 an 2 ans 3 ans

18. Estimez, vous parent, votre temps moyen passé chaque jour devant les écrans :

Moins de 30 mn 30 mn 1 h 2 h 3 h 5 h et plus

Docteur Marie-Claude BOSSIERE "

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CRÉDOC. Baromètre du numérique 2019. 2019

- 2- Yakapa, Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour développer ses 5 sens, pas d'écran avant 3 ans [Internet]. yakapa.be. (Disponible sur: <http://www.yakapa.be/campagne/pour-developper-ses-5-sens-pas-decran-avant-3-ans>)

- 3- CSA. Délibération du 22 juillet 2008 visant à protéger les enfants de moins de 3 ans des effets de la télévision.[en ligne]; 2008. Disponible sur: www.csa.fr

- 4- B. Harlé, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. In: Archives de pédiatrie. Elsevier Masson. 2012. p. 772–776. (Pédiatrie au quotidien; vol. 19).

- 5- Schmidt ME, Rich M, Rifas-Shiman SL, Oken E, Taveras EM. Television Viewing in Infancy and Child Cognition at 3 Years of Age in a US Cohort. PEDIATRICS. 1 mars 2009;123(3):e370-5.

- 6- Schmidt ME, Anderson DR. The impact of television on cognitive development and educational achievement. Child Telev Fifty Years Res. 2007;65-84.

- 7- Zimmerman FJ, Christakis DA. Children's Television Viewing and Cognitive Outcomes: A Longitudinal Analysis of National Data. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 juill 2005;159(7):619.
- 8- Schmidt ME, Vandewater EA. Media and Attention, Cognition, and School Achievement. *Future Child*. 2008;18(1):63-85.
- 9- Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*. Avril 2004;113(4):708-13.
- 10- Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *J Pediatr*. oct 2007;151(4):364-8.
- 11- Byeon H, Hong S. Relationship between Television Viewing and Language Delay in Toddlers: Evidence from a Korea National Cross-Sectional Survey. Lin H, éditeur. *Plos One*. 18 mars 2015;10(3):e0120663.
- 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* [Internet]. 1 déc 2010;164(12). (Disponible sur: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?oi=10.1001/archpediatrics.2010.23561>)

- 14- Duch H, Fisher EM, Ensari I, Font M, Harrington A, Taromino C, et al. Association of Screen Time Use and Language Development in Hispanic Toddlers: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *Clin Pediatr (Phila)*. sept 2013;52(9):857-65.

- 15- Fitzpatrick C, Pagani LS, Barnett TA. Early childhood television viewing predicts explosive leg strength and waist circumference by middle childhood. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 16 juill 2012;9(1):87.

- 16- Claire M Nightingale,1 Alicja R Rudnicka,1 Angela S Donin,1 Naveed Sattar,2 Derek G Cook,1 Peter H Whincup,1 and Christopher G Owen1. Screen time is associated with adiposity and insulin resistance in children. *Arch Dis Child*. juill 2017;102(7):612–616.

- 17- Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*. juin 2002;109(6):1028-35.

- 18- Rostan F, Simon C, Ulmer Z. Promouvoir l'activité physique des jeunes: élaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis: INPES; 2011.

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

- 20- Ricroch L. En 25 ans, le temps passé à dormir la nuit a diminué de 18 minutes. Insee. 2012;France, portrait social:107-18.
- 21- Assouline D. Les nouveaux medias: des jeunes libérés ou abandonnés [Internet]. Sénat; 2008, p. 138. (impact des nouveaux médias sur la jeunesse). Report No.: 46. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-264/r12-2641.pdf>
- 22- Council on Communications and Media. Policy Statement—Media Violence. American Academy of Pediatrics. 2009;
- 23- Tisseron S. Les effets de la télévision sur les jeunes enfants : prévention de la violence par le « Jeu des trois figures ». Devenir. 2010;22(1):73.
- 24- Blandin M-C, commission de la culture, de l'éducation et de la communication. Violence dans les médias : quelles conséquences sur les enfants et la société ? [Internet]. 2013 janv . (Travaux parlementaires). Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12264/r12-2641.html>
- 25- Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, et al. Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(suppl2):97-101
- 26- Tisseron S. 3-6-9-12 : Apprivoiser les écrans et grandir. Toulouse : Ed Erès ; 2013.

- 27- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. Numéro 1122. Aout 2019;
- 28- Assathiany R. Le pédiatre, le jeune enfant et les écrans: enquête AFPA. Colloque de Pédiatrie Les enfants et les écrans, Groupe de Pédiatrie Générale. Paris; 31 mars 2016.
- 29- Médiamétrie. Screen 360. Les usages vidéos des 6-14 ans : entre particularismes et similitudes. Communiqué de presse [Internet]. 14 sept 2016; Disponible sur: <http://www.mediametrie.fr/comportements/communiques/screen-360-les-usages-videos-des-6-14-ans-entre-particularismes-et-similitudes.php?id=1526>
- 30- Reid Chassiakos Y, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C, Council on Communications and Media. Children and Adolescents and Digital Media. Pediatrics. 1 nov 2016; 138(5): e20162593-e20162593.
- 31- Caron F-M, AFPA. « Enfants : les écrans se multiplient... les précautions aussi ! » [Internet]. 2016 . Disponible sur: www.attitude-prevention.fr/file/2734/download
- 32- Mediametrie WebO Kids, Les usages Internet multi-écrans des enfants. Juillet 2015, Disponible sur : https://www.afjv.com/news/6074_top-5-des-usages-connectes-des-enfants.htm
- 33- Pipard T, Benedini E. Les enfants et les écrans : représentations des parents. Exercer. 2016 ; 27(128) : p 253-9

- 34- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Programme National Nutrition santé 2001-2005, Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
- 35- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Programme National Nutrition santé 2011-2015, juillet 2011, Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
- 36- Organisation Mondiale de la Santé, Obésité et surpoids, 1 avril 2020, Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 37- Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, INCA 2 : les résultats d'une grande étude, 17/11/2016, Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/inca-2-les-r%C3%A9sultats-d'une-grande-%C3%A9tude>
- 38- Bach J-F, Houdé O, Léna P, Tisseron P. L'enfant et les écrans. Un avis de l'Académie des sciences. 8 janv 2013;129.
- 39- Desmurget M. TV Lobotomie : la vérité scientifique sur les effets de la télévision. Paris:Max Milo; 2011.
- 40- American Academy of Pediatrics. Family Media Plan. healthychildren.org [Internet]. Disponible sur:
<http://www.healthychildren.org/English/media/Pages/default.aspx>

- 41- HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Actualisation des recommandations 2003. Septembre 2011. 218 p. Disponible à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf.
- 42- ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016.
- 43- Santé publique France. Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. 2017.
- 44- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. 2019.
- 45- Bach J-F, Tisseron S, Houdé O, Léna P. L'enfant et les écrans- Avis de l'Académie des Sciences. Le Pommier, 2013.
- 46- 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) [Internet]. 2008 . Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/avisdgs_1.pdf

47- Strasburger, Victor & Jordan, Amy & Donnerstein, Ed. (2010). Health Effects of Media on Children and Adolescents. Pediatrics. 125. 756-67. 10.1542/peds.2009-2563.

48- Morin-Desailly C. Rapport fait au nom de la Commission de la culture, de l'éducation et de la communication sur la proposition de loi visant à lutter contre l'exposition précoce des enfants aux écrans. n°131 ; 14 novembre 2018.

Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/118-131/118-131.html>

49- Le Heuzey, Turberg-Romain C. Nutri-bébé 2013 Study Part 3. Nutri-Bébé Survey 2013:3/Behaviour of mothers and young children during feeding. Archives de Pédiatrie. oct 2015;Pages 10S20-10S29.

50- Association Française de Pédiatrie Ambulatoire; Fondation pour l'Enfance. Communiqué de Presse. 2019

51- Dartau M, Les parents des enfants de moins de 5 ans des Pyrénées Atlantiques sont-ils informés des dangers d'une utilisation excessive des écrans chez leurs enfants ?, Université de Bordeaux. Faculté de Médecine; 2017

52- Les six conseils clés pour les parents. Jeunesse et protection des mineurs. Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. <https://csa.fr> , [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.csa.fr/Television/Le-suivi-des-programmes/Jeunesse-et-protection-des-mineurs/Conseils-et-education-aux-medias/Les-six-conseils-cles-pour-les-parents>

- 53-DGS_Ane.M. Le carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>
- 54-Française LD. Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse - La documentation française, Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000139.pdf>
- 55-Picherot G, Vabres N, Fleury J. Le bébé face aux écrans. Arch Pediatr2013;20(5S1):H11–H12.
- 56-V. Negre. Obésité et surpoids de l'enfant, La revue du praticien, Décembre 2015, Vol. 65
- 57-Schwartz MB, Puhl R childhood obesity: a societal problem to solve. Obesity reviews (2003) 4(1): 57-71.
- 58-T. Prost and all. L'état de santé de la population en France, DREES, Rapport 2015.
- 59-OMS. Activité physique pour les jeunes. Recommandations pour les jeunes âgés de 5 à 17 ans, Disponible sur: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/fr/
- 60-Martin A, Saunders DH, Shenkin SD, Sproule J, Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev, 2014;3:CD009728.
- 61-Bradfield JP, Taal HR, Timpson NJ, et al, A genome-wide association meta-analysis identifies new childhood obesity loci. Nature Genetics 2012;44:526-31.

- 62- S.Dutrieu, Prévention et dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent : le rôle clé du médecin généraliste, Thèse de médecine, Université de Limoges, Mai 2016
- 63- P. Fayemendy and al, Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'améliorations possibles, Cahier nutrition diététique, 2014 11.001.10.1016
- 64- Radesky JS, Schumacher J, Zuckerman B. Mobile and interactive media use by young children: The good, the bad, and the unknown. *Pediatrics* 2015;135(1):1–3
- 65- Kucirkova N. iPads in early education: Separating assumptions and evidence. *Front Psychol* 2014;5:715
- 66- Linebarger DL, Vaala SE. Screen media and language development in infants and toddlers: An ecological perspective. *Dev Rev* 2010;30(2):176–202
- 67- Thakkar RR , Garrison MM, Christakis DA. A systematic review for the effects of television viewing by infants and preschoolers. *Pediatrics* 2006;118(5):2025–31
- 68- Courage ML, Howe ML. To watch or not to watch: Infants and toddlers in a brave new electronic world. *Dev Rev* 2010;30(2):101–15
- 69- Roseberry S, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM. Skype me! Socially contingent interactions help toddlers learn language. *Child Dev* 2014;85(3):956–70
- 70- American Academy of Pediatrics, Council on Communications and Media. Media and young minds. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162591.

- 71-Common Sense Media. Zero to eight: Children's Media Use in America 2013; A Common Sense research study, Octobre 2013, Disponible sur : www.commonsensemedia.org/research/zero-to-eight-childrens-media-use-in-america-2013
- 72-Kirkorian HL, Wartella EA, Anderson DR . Media and young children's learning. *Future Child* 2008;18(1):39–61
- 73-Christakis DA, Garrison MM, Herrenkohl T et coll. Modifying media content for preschool children: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2013;131(3):431–8
- 74-US Department of Education; US Department of Health and Human Services. Early Learning and Educational Technology Brief. October 2016. Disponible sur : <http://tech.ed.gov/earlylearning>
- 75-Vanderloo LM. Screen-viewing among preschoolers in childcare: A systematic review. *BMC Pediatrics* 2014;14:205
- 76-Meilleur départ. À vous de jouer ensemble. Disponible sur : www.avousdejouerensemble.ca
- 77-Moody AK, Justice LM, Cabell SQ. Electronic versus traditional story books: Relative influence on preschool children's engagement and communication. *J Early Child Lit* 2010;10(3):294–313.
- 78-Anderson DR , Hanson KG. From booming, buzzing confusion to media literacy: The early development of television viewing. *Dev Rev* 2010;30(2):239–55.
- 79-Marsh J, Plowman L, Ymada-Rice D et coll. Exploring Play and Creativity in Preschoolers' Use of Apps: A Report for Early Years Practitioners. Disponible sur : www.techandplay.org/reports/TAP_Early_Years_Report.pdf

80- Carine Franc, Marc Le Vaillant, Sophia Rosman, Nathalie Pelletier-Fleury, La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. 2007.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : Les supports numériques connaissent un développement considérable depuis quelques années exposant ainsi les enfants aux écrans dès le plus jeune âge. Le médecin généraliste est au premier rang de l'accès aux soins et représente un acteur primordial dans la prévention notamment des risques liés à l'exposition des enfants aux écrans. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des différentes expériences des médecins généralistes de l'Hérault concernant le lien entre exposition aux écrans et surpoids/obésité des enfants.

Méthodes : Une étude qualitative par analyse thématique a été réalisée, avec 18 entretiens individuels auprès de médecins généralistes travaillant en libéral à l'aide d'un guide d'entretien semi dirigé.

Résultats : Les médecins généralistes sont conscients de la problématique de l'impact des écrans sur le poids des enfants et font parfois des actions de prévention auprès des enfants et des parents. Parmi les déterminants négatifs, le manque de moyen ou le manque de motivation des parents, qui peut être un effet du manque d'information, représentent des freins majeurs au bon usage des écrans. Les propositions d'amélioration sont de mettre en place des formations et des outils à disposition des professionnels de santé, ce qui leur permettrait de mener à bien ce rôle de prévention et ces conseils pourraient ainsi être appliqués de manière un peu plus systématique.

Conclusion : Les médecins généralistes sont sensibles aux conséquences de l'exposition des enfants aux écrans mais nécessitent plus de moyens leur permettant de mettre en œuvre des actions de prévention.

Mots-clés : « écrans », « temps d'écran », « enfant », « obésité », « surpoids », « IMC »