

2025-2026

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Prévention à l'usage des écrans en consultations de médecine générale chez les enfants de moins de 3 ans

MICHEL Ismérie

Né le 15/07/1997

Sous la direction de DOCTEUR GUELFF Jessica

Membres du jury

Monsieur le Professeur PY Thibaut | Président
Madame la Docteur GUELFF Jessica | Directeur

Madame la Docteur DEGRAVE Christine | Membre
Madame la Docteur POITOU-ROGOWSKI | Membre

Soutenue publiquement le :
05/02/2026

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Ismérie MICHEL
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signée par l'étudiante le **18/12/2025**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ismérie Michel', is written over a horizontal line.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean- Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILLET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine

PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie

BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTÉ	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE Médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

À Monsieur le Professeur Thibault Py,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie de recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

À Madame le Docteur Jessica Guelff,

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Votre disponibilité, vos conseils avisés et votre accompagnement tout au long de cette thèse ont été déterminants. Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement à la faculté, au travers de cours particulièrement enrichissants.

À Madame le Docteur Christine Degrave,

Je vous remercie pour ce premier stage en médecine générale, à la fois formateur, riche et bienveillant. J'ai particulièrement apprécié votre approche humaine et la qualité du lien que vous entretenez avec vos patients, parfois sur plusieurs générations, et qui illustre pleinement le sens de la médecine de proximité.

À Madame le Docteur Lise Poitou,

Je vous remercie pour ce dernier stage, réalisé dans un cadre particulièrement agréable, au sein d'un cabinet dynamique et chaleureux. Je garde un excellent souvenir de votre encadrement, de l'ambiance d'équipe et de la bienveillance qui y règne. Travailler aux côtés du Docteur Richard a été un véritable bonheur.

À mon Alex,

Je tiens à te remercier très sincèrement pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail et pour ta présence indéfectible à mes côtés depuis l'externat. Merci pour tes sacrifices, pour le temps que tu m'as consacré, pour ton soutien constant et ton amour inconditionnel. Ta bienveillance et ton encouragement au quotidien m'ont été d'un secours inestimable. Je me réjouis de poursuivre à tes côtés nos projets à venir.

À mes chers parents,

Je vous adresse ma profonde gratitude pour votre amour, votre confiance et votre soutien tout au long de mon parcours. Si j'ai pu mener ces études à leur terme, je le dois en grande partie à votre présence et à l'éducation que vous m'avez transmise.

Je souhaite exprimer une reconnaissance particulière à ma maman, pour sa bienveillance de chaque instant, son écoute et son réconfort dans les périodes les plus exigeantes. Je garde également un souvenir précieux des révisions à la campagne, rendues plus douces par l'attention de Papa et ses bons petits plats. Merci, enfin, pour votre soutien infaillible, qui m'a permis d'avancer et d'atteindre aujourd'hui ce moment important.

À ma sœur, à mon frère, à ma belle-sœur, à mon beau-frère, ainsi qu'à mes neveux et nièces,

Je vous remercie pour la joie que vous m'apportez et pour ces instants de simplicité partagée qui ont ponctué ces années d'études. Les week-ends passés ensemble, les rires, les moments dans le jardin à jardiner tous ensemble, et les repas partagés, notamment pendant les périodes de révisions, ont constitué de véritables parenthèses de sérénité et d'énergie.

À mes beaux-parents,

Je vous remercie pour vos encouragements et votre attention, même à distance. Votre soutien m'a été précieux.

À mes chers amis,

Merci pour votre fidélité au fil des années et pour votre présence bienveillante. Votre soutien, sans faille, a été essentiel. Vous avez su être ces indispensables bouffées d'oxygène qui permettent de prendre du recul et de se ressourcer. Je garde notamment un souvenir très heureux de nos escapades au mois d'août, véritables parenthèses de liberté au cours de nos années étudiantes.

À tous les co-internes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui se reconnaîtront,

Je vous remercie pour votre esprit d'équipe, votre solidarité et l'ensemble des moments partagés. Les échanges, l'entraide et les rires au quotidien ont été particulièrement précieux dans l'exercice de nos fonctions et ont largement contribué à rendre ces périodes exigeantes plus humaines.

À ma marraine, mon parrain et ma marraine de bois,

Merci pour votre présence et votre implication tout au long de ma jeunesse.

À mes oncles, tantes, cousins et cousines,

Merci d'avoir toujours été présents dans les moments importants de ma vie. J'ai une grande chance d'avoir grandi à vos côtés et d'avoir pu effectuer ma scolarité auprès de vous.

LISTE DES ABREVIATIONS

STROBE :	STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology.
CNIL :	Commission nationale de l'information et des libertés
CPP :	Comité de protection des personnes
DU/ DIU :	Diplôme Universitaire/ Diplôme Inter-Universitaire
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
DPC :	Développement Professionnel Continue
FAF :	Fonds d'Assurances Formations
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CPS :	Canadian Paediatric Society

SOMMAIRE

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
----------------------------	---

LISTE DES ABREVIATIONS	8
-------------------------------------	----------

SOMMAIRE	9
-----------------------	----------

RESUME	11
---------------------	-----------

INTRODUCTION	13
---------------------------	-----------

MÉTHODES.....	17
----------------------	-----------

1. TYPE D'ETUDE.....	17
----------------------	----

2. ÉCHANTILLONNAGE	17
--------------------------	----

2.1. <i>Population cible</i>	17
------------------------------------	----

2.1.1. Critères d'inclusion	17
-----------------------------------	----

2.1.2. Critères d'exclusion.....	17
----------------------------------	----

2.2. <i>Effectif envisagé</i>	18
-------------------------------------	----

3. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE	18
--------------------------------------	----

4. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	19
-------------------------------------	----

5. ANALYSE DES DONNEES	19
------------------------------	----

6. CADRE LEGAL ET MENTION ETHIQUE	20
---	----

RESULTATS.....	21
-----------------------	-----------

1. TAUX DE PARTICIPATION	21
--------------------------------	----

2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	21
--------------------------------------	----

3. SUIVI PEDIATRIQUE.....	22
---------------------------	----

4. PLACE DE LA PREVENTION.....	23
--------------------------------	----

5. NIVEAU DE FORMATION ET DE CONNAISSANCES DES PRATICIENS EN TERMES DE PREVENTION SUR L'USAGE DES ECRANS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS	25
--	----

6. LES FREINS POTENTIELS A LA DEMARCHE DE PREVENTION.....	27
---	----

7. LES LEVIERS POTENTIELS A LA DEMARCHE DE PREVENTION	29
8. SUGGESTIONS DES PARTICIPANTS.....	30
DISCUSSION.....	32
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
LISTE DES FIGURES	48
LISTE DES TABLEAUX	49
TABLE DES MATIERES	50
ANNEXES	I
ANNEXE I : GRILLE STROBE	II
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE	III
ANNEXE III : SYNTHESE DES DONNEES STATISTIQUES LIEES AU SUIVI PEDIATRIQUE.....	IX

RESUME

Introduction

Les mille premiers jours sont déterminants pour le développement de l'enfant, nécessitant des interactions réelles plutôt qu'une exposition aux écrans, fortement déconseillée avant l'âge de trois ans. Malgré les effets délétères documentés d'un usage précoce (retard du langage, troubles du sommeil, déficit d'attention), cette thématique reste peu abordée en médecine générale. Cette étude vise à évaluer la fréquence de l'abord de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, en cabinet de ville, ainsi que les freins et les leviers identifiés par les médecins généralistes dans cette démarche de prévention.

Méthode

Une étude quantitative observationnelle, descriptive, transversale a été conduite. Un questionnaire en ligne (21 items) a été diffusé entre décembre 2024 et avril 2025 auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en Sarthe et en Mayenne. Il explorait leurs pratiques de prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, ainsi que les freins et les leviers perçus. Les données recueillies via LimeSurvey ont été analysées de façon descriptive à l'aide du logiciel RStudio®.

Résultats

Parmi les 488 médecins sollicités, 58 ont répondu (taux de participation : 11,9 %). La patientèle moyenne comptait 38 enfants de moins de trois ans par praticien $\pm$ 18,5. Si près de 96 % des médecins se reconnaissaient un rôle dans

la prévention de l'exposition aux écrans, seuls 10 % la réalisaient « toujours » de façon systématique. La prévention était plus fréquemment abordée (74%) en présence de troubles du comportement ou du langage. Le niveau de connaissance perçu restait modéré à bon pour 82,8 % des participants et seuls 22,4 % d'entre eux avaient bénéficié d'une formation spécifique. Les principaux freins identifiés étaient respectivement par ordre d'importance le manque de temps, la densité des consultations et les oublis, tandis que les leviers jugés prioritaires étaient l'intégration de cette prévention dans le carnet de santé, une campagne nationale d'information et la remise d'un message dès la sortie de la maternité.

Conclusion

L'exposition aux écrans des enfants de moins de trois ans est croissante et impacte leur développement sain. Bien que les médecins généralistes reconnaissent l'importance de la prévention, elle reste peu systématique dans leurs pratiques quotidiennes, limitée par le manque de temps et la densité des consultations de suivis. Elle est souvent mise en place face à des points d'appels évoquant un trouble du développement. La formation des praticiens et la mise à disposition d'outils concrets pourraient améliorer son intégration systématique.

INTRODUCTION

Les 1000 premiers jours d'un enfant sont primordiaux et une période charnière pour son développement tant physique que psychique [1].

Le cerveau de l'enfant se développe à une vitesse exponentielle avec des milliers de connexions neuronales à chaque minute qui sont le fruit des interactions de l'enfant avec le monde extérieur [1]. En effet, pour que le cerveau de l'enfant se développe, il a besoin de bouger, de manipuler des objets, de découvrir des textures, des sons, des odeurs, d'interagir avec un adulte ou d'autres enfants... Tout cela passe par des interactions réelles avec le bébé [1].

L'enfant est un être social en construction par l'intermédiaire des personnes qui l'entourent, notamment ses parents. L'attachement débute dès la grossesse et va se construire au cours des trois premières années de vie, selon Bowlby [2]. La figure d'attachement fonctionne comme une base de sécurité pour l'enfant dans l'exploration de l'environnement ou des facteurs internes comme la fatigue, la douleur, l'anxiété [3], [4].

Avant l'âge de 3 ans, il est recommandé d'éviter d'exposer un enfant aux écrans, car ce dernier, devant un écran, n'a pas d'interactions possibles avec son environnement [5], [6].

Il s'agit d'un temps perdu pour des activités essentielles pour son développement comme le jeu, l'exploration de son environnement, le développement du langage, de l'imagination... [7], [8], [9].

Selon Heuzey et al. (2015), plus de 11% des enfants de 15 jours à 3 mois passaient déjà du temps quotidiennement devant un écran. Ce temps d'exposition augmentait pour atteindre 33% entre 12-23 mois et 37% entre 2 ans et 2 ans et demi [10].

Près de 79% des plus d'un an regardaient la télévision, 43% moins d'une heure par jour, 44% entre une et deux heures par jour et 10% plus de deux heures [10].

Selon l'étude de Vincent et Blot. (2021), parmi les 197 enfants âgés de moins de 3 ans, au cours de la semaine qui précédait une consultation en cabinet de ville, 47 % avaient joué avec un écran interactif pendant une durée moyenne de 30 minutes par semaine et près de 29 % étaient livrés à eux-mêmes sur cet écran [11].

Il est démontré qu'une exposition prolongée et précoce aux écrans chez les moins de 3 ans provoque un retentissement négatif sur le développement cognitif, moteur, psychique, psychomoteur, affectif, corporel et sur le sommeil [12], [13], [14], [15], [16].

Selon l'étude de Zimmerman et al. (2007), il a été démontré qu'entre les âges de 8 et 16 mois, chaque heure quotidienne devant la télévision ou encore les jeux vidéo appauvrit le champ lexical de l'ordre de 10%. Chez les enfants de 2 à 4 ans, deux heures de visionnage de télévision quotidienne, se traduisent par 3 fois plus de risque de développer des troubles du langage oral. Ce risque est expliqué par une diminution des échanges intra familiaux au sein du foyer,

nécessaires pour le développement du langage. Dans cette même étude, il a été montré que si la télévision est allumée plus de 6 heures par jour, le déficit du développement du langage peut atteindre plus de 40% [17].

Concernant l'abord du sujet de l'exposition des enfants de moins de 3 ans aux écrans avec un professionnel de santé, seulement 23% des parents déclarent avoir discuté de l'exposition aux écrans avec un professionnel de santé et 53% à leur initiative [11].

Les médecins généralistes, au cœur de la prise en charge des enfants ont un rôle de prévention et d'accompagnement, tant de l'enfant que des parents, au sein de leurs consultations [11], [18], [19], [20].

Le médecin généraliste est en première ligne pour suivre le développement de l'enfant. Il représente le premiers recours pour les parents avec près de 85 % des consultations pédiatriques de ville qui se font chez un chez un médecin généraliste [20].

Les études sur les écrans et leurs retentissements concernent davantage les enfants de plus de trois ans afin de dépister les troubles du développement et des acquisitions [21]. La littérature est plus parcellaire concernant les moins de trois ans.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'explorer la fréquence de l'abord de l'usage des écrans en consultations de médecine générale chez les enfants de moins de trois ans.

Les objectifs secondaires seront de rechercher les éventuels freins et éléments facilitants l'abord de cette thématique et de caractériser le contenu de ce qui est abordé dans cette tranche d'âge.

MÉTHODES

Cette étude a été réalisée en suivant les lignes directrices STROBE [22], rapportées en Annexe I.

1. Type d'étude

Afin de répondre à la question de recherche et aux objectifs énoncés, il a été réalisé une étude observationnelle. Concernant sa méthodologie, il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, quantitative interrogeant les pratiques des médecins généralistes via un questionnaire.

2. Échantillonnage

2.1. Population cible

La population cible de cette étude, était l'ensemble des médecins généralistes ayant une activité ambulatoire ou mixte de la Sarthe et de la Mayenne.

2.1.1. Critères d'inclusion

- Médecins généralistes diplômés d'état
- Installés et exerçant en Sarthe et en Mayenne.
- Avoir une part d'exercice de médecine générale ambulatoire en cabinet

2.1.2. Critères d'exclusion

- Médecin à exercice particulier (non reconnu)
- Médecin effectuant uniquement des téléconsultations (en tant que médecin salarié d'une société de téléconsultation)
- Refus de participation

2.2. Effectif envisagé

Selon la formule de calcul d'effectif pour évaluer un pourcentage $n \geq \frac{p(1-p)(z)^2}{i^2}$, avec $Z\alpha = 5\%$, $p = 30\%$ (fréquence de l'abord des écrans en consultation chez les mineurs retrouvée dans la littérature, tous âges confondus [25]) et une précision $i \pm 5\%$, l'effectif nécessaire serait de 126 répondants pour une puissance de 80% (risque de deuxième espèce β à 20%).

En 2022, le nombre estimé de médecins généralistes installés actifs était de 317 en Sarthe et de 171 en Mayenne. Soit au total 488 médecins. Viser 126 répondants, correspondait à un taux de réponse de 26%.

3. Conception du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé en quatre parties, via le logiciel en ligne Lime Survey.

La première partie consistait en un propos introductif au questionnaire, ses objectifs, les auteurs, les parties qui le constituaient et le temps de passation estimé.

La deuxième partie s'intéressait aux données socio épidémiologiques des médecins interrogés.

La troisième partie questionnait les pratiques de prévention menées par les médecins sur l'exposition des moins de trois ans lors des consultations effectuées en médecine générale.

La quatrième partie évaluait les éventuels freins et facilitateurs à cette prévention.

Le questionnaire était composé de 21 questions dont :

2 questions à choix multiples

7 questions à choix uniques

7 échelles de Likert

5 questions ouvertes (les réponses attendues sont d'ordres quantitatifs stricts pour 4 d'entre elles et 1 réponse rédactionnelle pour la dernière)

Le questionnaire est fourni en Annexe II.

4. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé, par mail, aux médecins généralistes, selon les critères d'inclusion établis, par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des médecins de la Sarthe, de la Mayenne ainsi que par l'intermédiaire du Département de Médecine Générale d'Angers.

La première série d'envoi a été réalisée en décembre 2024, une relance a été effectuée en janvier et en mars 2025. L'arrêt du questionnaire, avec le recueil des données a été effectué en avril 2025.

5. Analyse des données

Une analyse descriptive de la population incluse a été effectuée sur les principales variables d'intérêt :

Données socio-démographiques, lieux et mode d'exercice

Fréquence de l'abord des écrans chez les enfants de moins de 3 ans

Freins potentiels à l'évocation de cette thématique en consultation (échelle Likert)

Facteurs favorisant l'évocation de cette thématique en consultation (échelle Likert)

Les données ont été exportées du logiciel Lime Survey et analysées via RStudio®. L'analyse statistique était descriptive.

6. Cadre légal et mention éthique

Il s'agit d'une étude de type observationnel, non interventionnelle et interroge les professionnels de santé. Elle n'implique pas la personne humaine. Ainsi il n'était pas nécessaire de demander un avis à la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL) ni d'obtenir l'accord du Comité de protection des personnes (CPP). Les données ont cependant été conservées conformément aux recommandations CNIL.

RESULTATS

1. Taux de participation

Le questionnaire a été diffusé du 15/12/2024 au 07/03/2025. Le diagramme de flux, qui suit, relate le taux de participation à cette étude, à 11.88%.

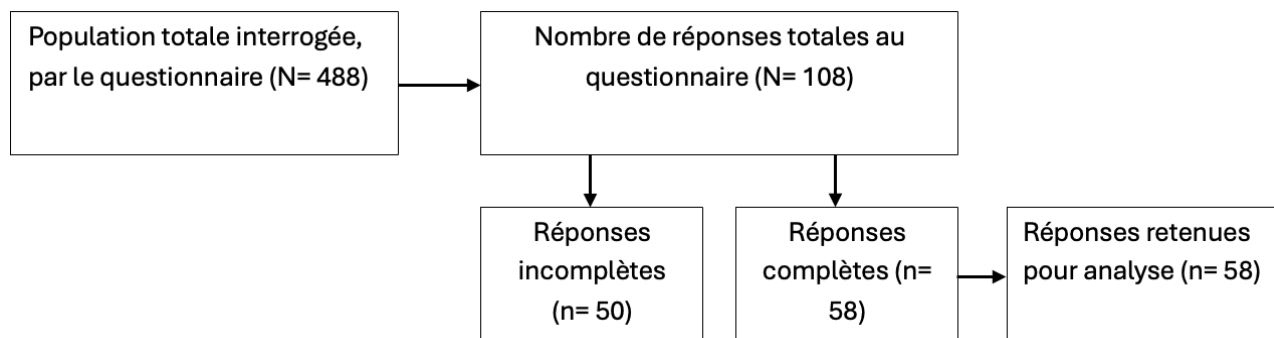


Figure 1 : Diagramme de flux du nombre de réponses au questionnaire

2. Données sociodémographiques

Parmi les 58 répondants, 74 % étaient des femmes avec une tranche d'âge majoritaire entre 30 et 39 ans (55%). 86% des répondants avaient un enfant. 48% des répondants exerçaient en milieu rural.

Les informations plus détaillées sont disponibles dans le tableau 1

Tableau 1 : DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Variable	Modalité	Effectifs	Pourcentage
Sexe	Une femme	43	74,14%
	Un homme	15	25,86%
Âge	Moins de 30 ans	3	5,17%
	Entre 30 et 39 ans	32	55,17%
	Entre 40 et 49 ans	8	13,79%
	Entre 50 et 59 ans	8	13,79%
	60 ans et plus	6	10,34%
Avez-vous un ou plusieurs enfants ?	Oui	50	86,21%
	Non	8	13,79%
Zone d'exercice	En milieu urbain	16	27,59%
	En milieu péri-urbain	14	24,14%
	En milieu rural	28	48,28%
Total des répondants : 58 personnes Variables analysées : 4 Modalités totales : 12			

Quant à la période d'installation, la majorité des répondants avaient moins de 5 ans d'installation, à la date de réponse au questionnaire. La figure 2 résume les délais d'installation des médecins.

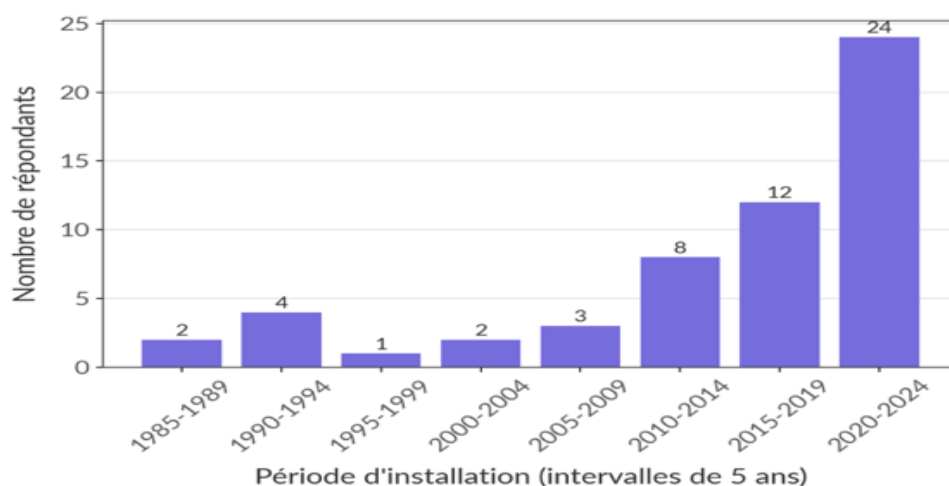


Figure 2 : Période d'installations des médecins généralistes par intervalles de 5 ans

3. Suivi pédiatrique

La patientèle moyenne de moins de 3 ans suivie était de 38 enfants par praticiens $\pm$ 18,5.

Parmi eux, près de la moitié réalisaient entre 11 et 20 consultations pédiatriques par semaine avec une moyenne de 13,75 consultations / semaine $\pm$ 6 consultations.

La durée moyenne de ces consultations était de 24,3 minutes $\pm$ 5,6 minutes.

L'annexe III détaillait le suivi pédiatrique des répondants.

4. Place de la prévention

Concernant la place de la prévention vis-à-vis des écrans, près de 41 % des médecins généralistes interrogés étaient « plutôt d'accord » pour considérer qu'ils avaient un rôle spécifique dans cette démarche et près de 55% étaient « tout à fait d'accord ». Seulement 4 % d'entre eux étaient « plutôt pas d'accord ».

Concernant les informations de prévention générales en pédiatrie délivrées par les médecins généralistes, la majorité des interrogés déclaraient délivrer des informations de prévention lors des consultations de suivi chez les nourrissons et les enfants de moins de trois ans. En effet, 50 % l'effectuaient « souvent » et 38% « toujours ». Seul 12% le faisaient « rarement ».

Concernant le temps dédié à la prévention spécifique des écrans dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, ce dernier était moins systématique. Les réponses étaient plus nuancées : 43% des médecins généralistes l'intégraient « rarement », 42% l'intégraient « souvent », 10% « toujours » et 5% « jamais ».

Il existait des différences marquées dans la fréquence d'intégration des mesures de prévention aux écrans, selon les situations rencontrées en consultation pour les enfants de moins de 3 ans, présentées dans la Figure 3.

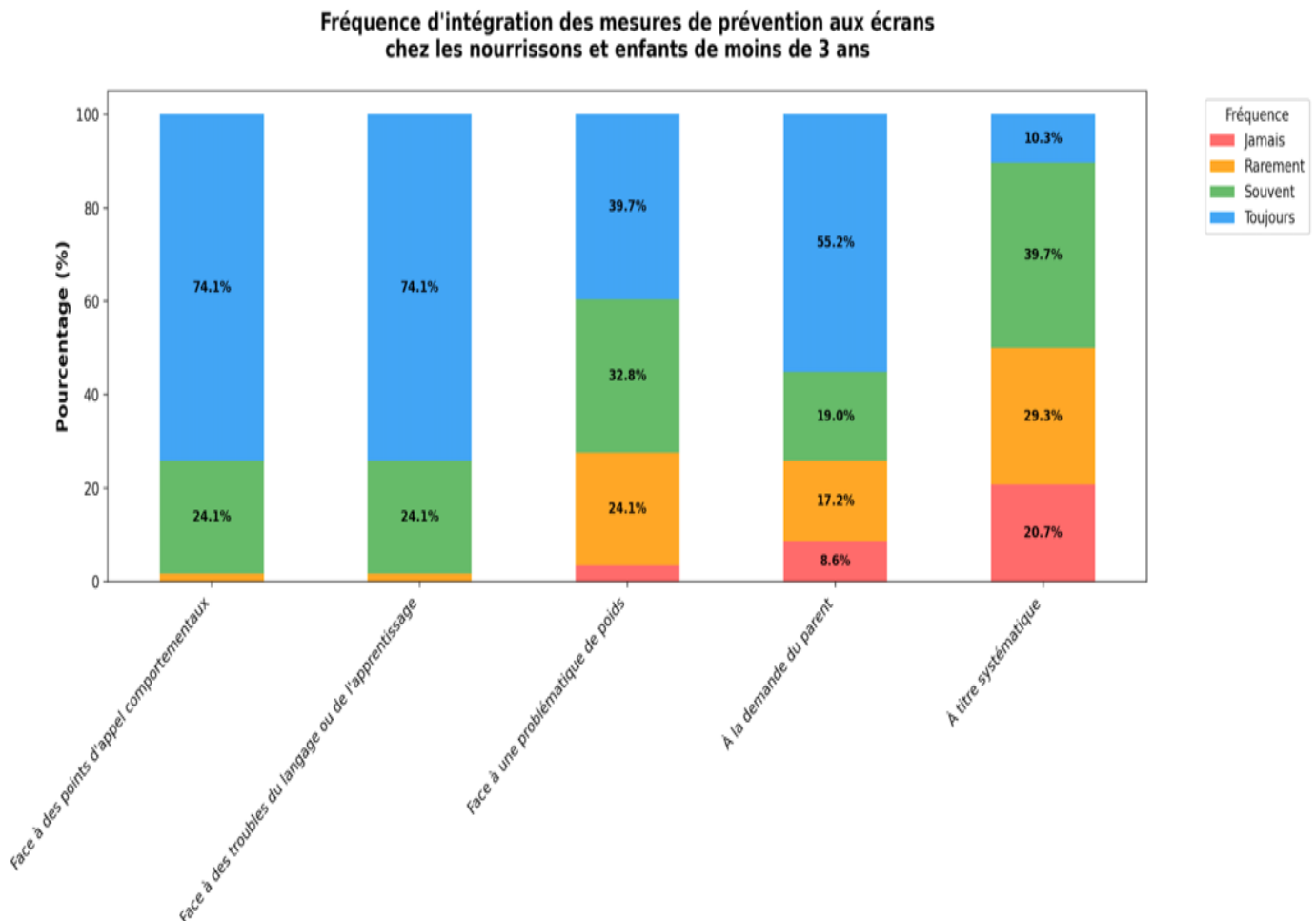


Figure 3 : Fréquence et contexte d'abord des mesures de prévention aux écrans au sein des consultations de suivi des enfants de moins de 3 ans.

Pour la prévention à titre systématique, seuls 10,3 % des professionnels déclaraient le faire « toujours » et 39,7% « souvent ». Cela signifie qu'en dehors de situations particulières, la prévention n'était intégrée systématiquement que dans la moitié des cas.

Lorsque la prévention était réalisée à la demande du parent, la tendance s'inversait nettement : 55,2% des professionnels déclaraient l'évoquer « toujours » et 19% « souvent », soit un total de 74,2% qui répondaient

favorablement à la sollicitation parentale. Seuls 8,6% ne l'effectuaient « jamais » et 17,2% « rarement ».

Face à des situations cliniques avec point d'appel comportementaux et ou des troubles du langage et de l'apprentissage, l'intégration de la prévention devenait quasi systématique : 74,1% « toujours », 24,1% « souvent » (soit 98,2% au total), pour ces deux situations

Cela indiquait que la présence de signes d'alerte comportementaux ou de troubles du développement déclenchait presque systématiquement la prévention aux écrans chez les moins de 3 ans.

Enfin, face à une problématique de poids, la prévention était fréquemment intégrée, mais de façon un peu moins systématique : 39,7% « toujours », 32,8% « souvent » (soit 72,5% au total), 24,1% « rarement » et 3,4% « jamais ».

5. Niveau de formation et de connaissances des praticiens en termes de prévention sur l'usage des écrans chez les enfants de moins de trois ans

Les médecins généralistes interrogés (N=58) estimaient avoir un niveau de connaissances modérés sur la prévention des écrans chez les moins de trois ans. En effet, sur une échelle allant de 1 (très faible niveau de connaissance) à 5 (très bon niveau de connaissance), la majorité des réponses se situait entre 3 (43,1 %) et 4 (39,7 %) soit un total de 82,8 %.

Il est notable que peu de participants interrogés avaient reçu une formation spécifique à la prévention des écrans : 45 (77,6%) n'avaient pas reçu de formation spécifique.

Parmi les 13 praticiens (22,4%) qui avaient reçu une formation spécifique, cette dernière s'était faite sous forme de formations continues majoritairement (8/13

répondants) et cette formation abordait spécifiquement les nourrissons et les moins de trois ans pour 8 participants sur 13. La figure 4 détaille davantage ce propos.

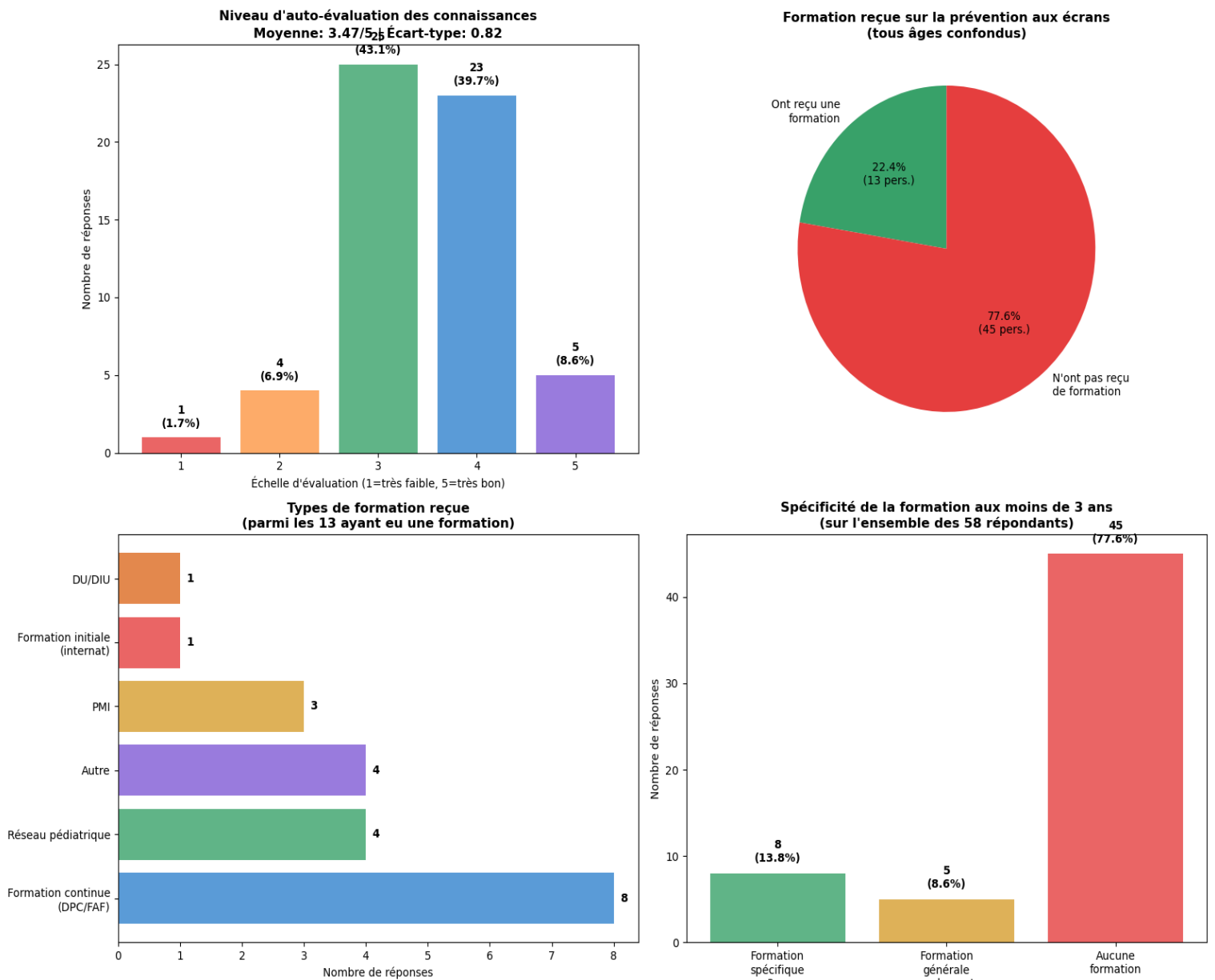


Figure 4 : Niveau de formation et de connaissances déclarées des praticiens interrogés sur la prévention aux écrans chez les moins de trois ans

6. Les freins potentiels à la démarche de prévention

Concernant les freins potentiels à la prévention, les participants avaient été invités à évaluer les possibles freins suggérés, sur une échelle de 1 à 10 : 1 étant une considération comme « pas du tout importante » et 10 étant une considération du frein comme « très importante ».

La littérature avait permis de mettre en évidence 8 freins, qui avaient été proposés aux répondants : « oublis dans les consultations », « manque de temps », « ce n'est pas le rôle du médecin généraliste », « manque de formation/connaissance approfondies », « crainte de la réaction des parents », « manque d'outils à votre disposition (brochures, affiches ...) », « les consultations de nourrissons sont déjà très denses en termes de prévention », « manque d'une cotation spécifique ».

L'extraction des réponses en fonction de chaque frein a permis de procéder à un calcul des notes moyennes de l'importance perçue pour chaque frein. La figure 8 illustre ce calcul.

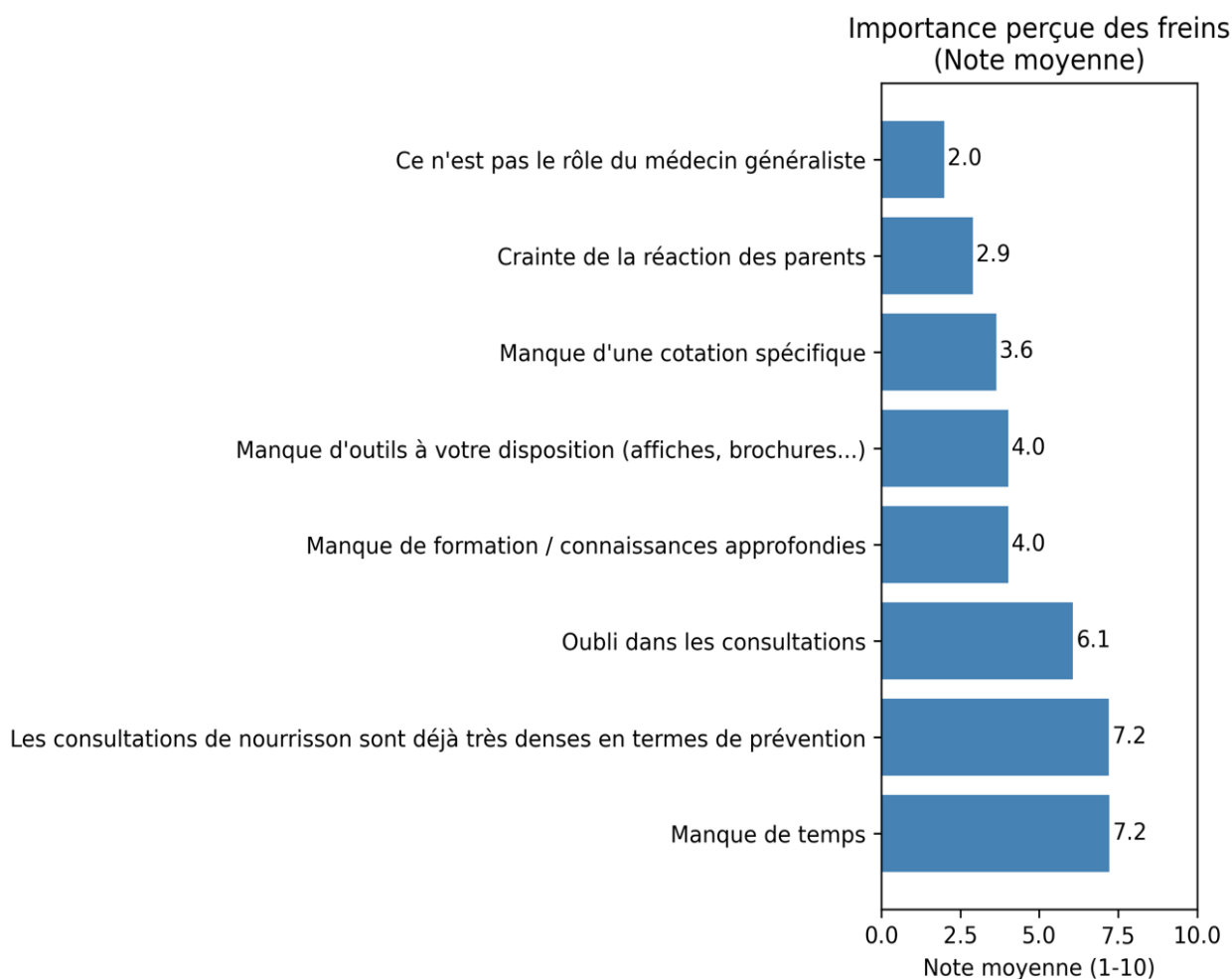


Figure 5 : Répartition des notes moyennes par frein : de 0 (pas important, à 10 : très important)

L'analyse des 58 réponses, selon la moyenne des notes attribuée de 1 à 10 (figure 8), montrait que les 3 freins les plus importants étaient le manque de temps, les consultations déjà très denses et l'oubli dans les consultations. Le frein perçu comme le moins important étant celui que cette action de prévention n'était pas celle du médecin généraliste.

7. Les leviers potentiels à la démarche de prévention

Concernant les leviers favorisant la démarche de prévention, les participants avaient été invités à réaliser un classement, par ordre d'importance décroissante, pour 7 suggestions possibles issues de la littérature.

Le tableau brut des données, en fonction du classement (de P1 = rang le plus important à P7 = rang le moins important), que chaque item a reçu, avec le pourcentage de participants le classant, a été extrait. Afin de faciliter la lisibilité des résultats, un deuxième tableau a été réalisé (Tableau 2, regroupant les pourcentages de classement de P1 à P7 pour chaque suggestion). La dernière colonne correspondait au rang moyen pondéré, calculé selon la formule suivante : $R = \frac{1}{100} \sum_{k=1}^7 k \times P_k$ avec k le numéro de rang (1 à 7) et P_k le pourcentage qui lui était attribué.

Suggestions	P1 (%)	P2 (%)	P3 (%)	P4 (%)	P5 (%)	P6 (%)	P7 (%)	Rang moyen pondéré
Que cet item apparaisse dans le carnet de santé au niveau des examens systématiques du nourrisson	31,0 3	31,0 3	20,6 9	6,9	5,17	3,45	1,72	2,41
Qu'une campagne de presse de grande ampleur ait lieu à ce sujet (spots TV, affichages, mails de la CPAM...)	20,6 9	12,0 7	17,2 4	22,4 1	10,3 4	10,3 4	6,9	3,48
Qu'une information soit donnée par la maternité avant la sortie aux parents	13,7 9	22,4 1	20,6 9	12,0 7	10,3 4	15,5 2	5,17	3,50
Que cette prévention passe par la formation des assistantes maternelles et auxiliaires de crèches.	8,62	10,3 4	17,2 4	27,5 9	15,5 2	15,5 2	5,17	3,98
Intégrer cet item préventif dès la consultation de prévention du 4ème mois de grossesse	15,5 2	8,62	13,7 9	12,0 7	24,1 4	6,9	18,9 7	4,17
Qu'une consultation spécifique « prévention écrans » soit créée pour les enfants de moins de 3 ans pour les médecins généralistes / pédiatres.	8,62	10,3 4	3,45	12,0 7	13,7 9	29,3 1	22,4 1	4,89
Qu'une consultation systématique en PMI soit réalisée avant 3 ans	1,72	5,17	6,9	6,9	20,6 9	18,9 7	39,6 6	5,55

*Interprétation des résultats du tableau 2 : **Plus le rang moyen est bas, plus l'action est jugée prioritaire.***

Tableau 2 : Rang moyen pondéré des items, selon les réponses des participants.

Selon les résultats du tableau 2, les trois actions que les participants jugent les plus prioritaires étaient :

1. Faire figurer cet item dans le carnet de santé lors des examens systématiques du nourrisson (rang moyen $\approx 2,41$).
2. Lancer une campagne de presse de grande ampleur (TV, affichage, courriels CPAM...) ($\approx 3,48$).
3. Remettre une information aux parents avant la sortie de maternité ($\approx 3,50$).

Quant aux actions d'importance intermédiaires, il était retrouvé :

4. Former les assistantes maternelles et équipes de crèche ($\approx 3,98$).
5. Intégrer la prévention dès la consultation de grossesse du 4^e mois ($\approx 4,17$).

Enfin, les actions à plus faible priorité relative, selon les participants :

6. Créer une consultation spécifique « prévention écrans » pour les < 3 ans chez les généralistes/pédiatres ($\approx 4,90$).
7. Organiser une consultation systématique en PMI avant 3 ans ($\approx 5,55$).

8. Suggestions des participants

Concernant la dernière question, il s'agissait d'une question rédactionnelle courte, afin d'avoir les remarques supplémentaires/ complémentaires des participants. Seulement 7 participants ont répondu à cette question. Les mots clés qui étaient les plus fréquemment utilisés dans les réponses étaient : Temps et Parents, comme le souligne le graphique 6.

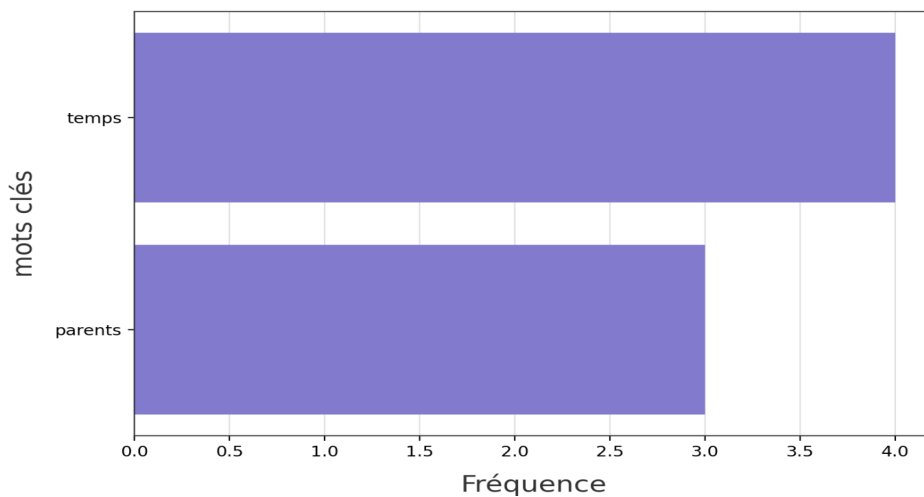


Figure 6 : Fréquence d'apparition des mots clés, en fonction des réponses ouvertes des 7 participants, ayant répondu à cette question.

Ce graphique soulignait que les 7 réponses s'articulaient autour de deux fils conducteurs :

Éducation et accompagnement parental avec un besoin « d'éduquer les parents » autour de la thématique des écrans.

Manque de temps et contraintes pratiques, liés à la densité des consultations pédiatriques. « Manque de temps, de formation, de clés pour adapter le temps d'écrans et approfondir les choses, et difficile d'y penser tout le temps ».

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer la fréquence de l'abord de l'usage des écrans en consultations de médecine générale chez les enfants de moins de trois ans. Les résultats principaux montraient que la démarche de prévention n'est pas systématiquement réalisée lors des consultations de suivis, mais plutôt face à des points d'appels cognitivo- comportementaux et/ou à la demande des parents.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher les éventuels freins et éléments facilitants à l'abord de cette thématique. Les principaux freins, suggérés par les répondants, étaient le manque de temps au vu des consultations pédiatriques déjà denses en termes de suivi et de prévention ainsi que le manque d'outils concrets et de formation spécifique à l'abord de cette prévention. Afin d'y remédier, les répondants suggéraient d'insérer un item sur la prévention à l'usage des écrans dans le carnet de santé de l'enfant et de réaliser des campagnes de sensibilisation et de formation s'adressant à la fois au grand public et aux professionnels de la petite enfance.

Cette étude s'inscrivait dans l'évaluation des pratiques concernant une action de santé publique et de promotion de la santé, définie par la charte d'Ottawa (1986) comme un « processus visant à conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». [23]

L'étude interrogeait donc la pratique actuelle des médecins généralistes, en réponse aux méfaits de l'utilisation des écrans chez les enfants de moins de trois ans. Utilisation, dont la communauté scientifique s'accorde sur son caractère

croissant et néfaste sur le développement sain de l'enfant (troubles/ déficit de l'attention, troubles du sommeil, surpoids, troubles visuels, troubles du comportement, tendance à l'isolement, accès de colère avec agressivité...) [24], [25], [26], [27], [28]

Concernant les données sociodémographiques, le profil des répondants était plutôt jeune (près de 60% ont moins de 39 ans), de sexe féminin (74%) et récemment installé (près de 43 %, installés depuis moins de 5 ans). Les chiffres nationaux, mis en avant par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de France en 2025, présentent un âge moyen de 50,1 ans et 49,9% de sexe féminin.[29]

Comparés à des statistiques plus locales, en 2021, l'Observatoire régional de la santé pays de la Loire, mettait en avant, que parmi les médecins généralistes exerçant en Pays de la Loire, 21% d'entre eux avaient moins de 35 ans. Selon cette même source, en 2021, la moitié des médecins généralistes libéraux étaient des femmes. Cette proportion atteignait 72 % parmi les praticiens âgés de moins de 35 ans. Ceci peut expliquer la prévalence des moins de 39 ans parmi les répondants à l'étude présentée. [30]

Près de 86% des médecins généralistes, ayants répondu au questionnaire, déclaraient être parent d'un ou plusieurs enfants. Ceci pourrait être une première sensibilisation à la prévention chez les enfants, mais ne suffit pas à cette dernière. En effet, selon l'étude de Geoffroy Binet, publiée en 2020, les médecins généralistes, pour le suivi pédiatrique de leur(s) enfant(s) préfèrent « avoir recours à un confrère, généraliste ou pédiatre... d'autant plus en cas de

complications. Le suivi pédiatrique obligatoire est quant à lui assuré, dans sa grande majorité par un confrère pédiatre. » [31]

Concernant le suivi pédiatrique, la patientèle moyenne suivie, de moins de 3 ans, était en moyenne de 38 enfants, par praticiens $\pm$ 18,5, auprès des répondants au questionnaire. Selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), publiée en 2007, le suivi pédiatrique constituait près de 13% de l'ensemble des consultations et impliquaient 89% des médecins généraliste.[32] Cependant, le temps alloué aux consultations était largement plus élevé chez les répondants à l'étude actuelle. Il était en moyenne de 24,3 minutes $\pm$ 5,6 minutes, contre 14 minutes, selon les chiffres de la DREES.[32] Ceci peut montrer une forte implication des médecins généralistes répondants, exerçant en Sarthe et en Mayenne, dans le suivi pédiatrique.

Dans cette même étude de la DREES, la prévention, d'une manière générale, ne faisait l'objet que de 13% des séances pédiatriques. [32] Même si cette dernière représentait une faible part dans le suivi pédiatrique, 96 % des répondants de cette étude estimaient que la prévention spécifique à l'usage des écrans relevait du rôle du médecin généraliste. Cependant, la part des médecins généraliste qui intégraient systématiquement des informations de prévention à l'usage des écrans, lors de leurs consultations demeurait modeste, avec près de 38% qui l'évoquaient à titre systématique.

Le temps alloué à cette prévention spécifique, était contraint avec seulement 10% des répondants qui intégraient ce temps de prévention à l'usage des écrans d'une manière quotidienne et régulière dans leurs consultations pédiatriques.

Cependant, les médecins généralistes montraient une adaptabilité dans leurs consultations. En effet, face à des situations d'appels spécifiques et notamment face à des troubles comportementaux et ou des troubles du langage et de l'apprentissage, 74% des médecins généralistes intégraient ce temps alors qu'ils n'avaient pas cette habitude en systématique.

Ces chiffres évoquent que les médecins généralistes étaient convaincus de l'importance de leur rôle dans la prévention dédiée à l'utilisation des écrans chez les moins de 3 ans, mais que cette conviction demeurait peu traduite et systématique dans leur exercice quotidien.

Cela souligne l'importance de la sensibilisation des professionnels à l'intégration systématique de la prévention, même en l'absence de demande des parents ou de signes d'alerte. Ce constat rejoint celui de deux études : une étude, réalisée auprès des médecins généralistes d'Isère et de Savoie, en 2018 [33], et l'autre étude réalisée auprès des médecins généralistes de Vendée, en 2017 [34]. Les deux études concluent que les impacts négatifs des écrans sont bien appréhendés et compris par les médecins généralistes, mais que la prévention à l'exposition aux écrans reste marginale et principalement effectuée devant un point d'appel, notamment d'ordre cognitivo-comportemental. » [33], [34]

Concernant la démarche de prévention dans d'autres pays, la littérature est riche notamment au Canada. Les professionnels de santé de soins primaires y jouent

un rôle clé en sensibilisant les familles aux effets précoces des écrans et en les guidant vers un usage encadré dès la petite enfance. [35], [36]

Par ailleurs, des recommandations claires et précises formulées par la Canadian Paediatric Society (CPS) , existent chez les enfants de moins de 2 ans, de 2 ans à 5 ans et au-delà. [35], [36], [37]

Une étude de 2023, menée auprès de pédiatres canadiens, montre que 100 % des répondants (n = 53) étaient au courant des lignes directrices de la CPS sur le temps d'écran.[35] Dans cette même étude, 43 % déclaraient qu'ils « discutent presque toujours » du temps d'écran ou d'un plan média familial, dans leurs consultations routinières, sur les 12 derniers mois, 35,8 % souvent, 17 % parfois, 3,8 % rarement. [35]

Cependant, aucune étude documentant un abord systématique du sujet n'a été retrouvée.

La démarche non systématique de l'abord de l'exposition aux écrans pourrait être expliquée par les freins que rencontrent les médecins généralistes. Tout d'abord, le frein jugé comme le moins important était celui « Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste », confirmant la perception du rôle important que les médecins généralistes estimaient avoir dans cette démarche de prévention. Cependant, les répondants reportaient que les trois freins majeurs à la prévention concernaient principalement et dans l'ordre d'importance : des consultations pédiatriques déjà très denses, un manque de temps, des oublis lors des consultations, suivi par d'autres feins jugés moins importants comme le manque de formation et le manque d'outils à disposition.

Concernant la formation, il existait un paradoxe entre la formation et la confiance ressentie dans cette étude. En effet, malgré le manque de formation spécifique déclarée chez les médecins généralistes à la prévention des écrans, avec plus de 77 % des répondants n'en n'ayant pas suivi, ces derniers s'estimaient relativement confiants quant à leur niveau de connaissances, par rapport à cette démarche de prévention. Parmi les répondants ayant suivi une formation (13/58), seulement 8/13, avaient suivi une formation spécifique à la prévention pour les moins de trois ans. Cette formation s'était majoritairement déroulée sous forme de formations continues via le Développement Professionnel Continu (DPC) et le Fond d'Assurance Formations (FAF). Ainsi, la formation continue semblait être le canal privilégié pour combler les besoins de formation, en termes de connaissances et d'approches de la prévention des écrans chez les moins de 3 ans, à condition qu'elle soit portée spécifiquement sur cette population. En effet, les médecins généralistes, durant leur cursus académique, développent des compétences en matière de savoirs et de savoirs faire autour de la démarche de prévention auprès des enfants.[38] Ces derniers ne s'arrêtent pas la formation initiale, qu'ils estiment, pour la moitié d'entre eux, de qualité, mais complètent leurs connaissances par de la formation continue, de la lecture d'articles spécifiques, des échanges entre pairs et des savoirs expérientiels. [38] Néanmoins ils manquent d'outils spécifiques et de recommandations claires pour mener au quotidien cette démarche de prévention.[39], [40]

L'étude d'Esteffe-Desblans et al, publiée en 2019, se posait spécifiquement la question de la formation des médecins généralistes, avec l'élaboration d'un tutoriel de 16 diapositives pour une durée totale de vidéo de 16 minutes 22 secondes qui visait à permettre aux praticiens de reconnaître des signes d'appel

d'une exposition accrue aux écrans et de leur fournir des éléments méthodologiques pour mener une intervention auprès des enfants [39].

Au-delà de l'action de formation, les répondants au questionnaire s'étaient exprimés quant à d'autres éventuelles actions préventives à mettre en place avec des implications dans l'ordre d'importance suivant :

Penser d'abord à l'intégration de la prévention dans les outils existants (carnet de santé) : action simple et à portée universelle.

Coupler une campagne média d'envergure à une information systématique en maternité : double point d'impact, immédiat et répétitif.

Préparer, en parallèle, la montée en compétence des professionnels de la petite enfance pour renforcer la cohérence du message.

Reporter les dispositifs de consultation spécifique « prévention écrans » pour les moins de 3 ans chez les généralistes/pédiatres, à une phase ultérieure ou les tester localement avant déploiement national.

Pour ainsi résumer, ces résultats indiquaient un fort consensus qui était celui de prioriser les messages précoces et massifs, puis renforcer progressivement par de la formation/ montée en compétences et des consultations ciblées.

Limites :

La première limite de notre étude concerne le faible nombre de réponses (n=58, taux de réponses 11.8%). Elles étaient bien en deçà du nombre attendu (N= 126) et ce malgré les deux relances. Ceci peut s'expliquer par le manque de visibilité, de moyens humains et matériels nécessaires à la diffusion à grande échelle du questionnaire. Ainsi, les résultats de notre étude ne pourraient être

généralisables ou transposables à la population générale des médecins généralistes de Sarthe et de Mayenne. Ils constituent, néanmoins, un premier état des lieux de la pratique préventive, réalisée en cabinet de médecine générale face à l'utilisation des écrans chez les enfants de moins de trois ans.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer la fréquence de l'abord de la prévention aux écrans, d'où le choix d'un questionnaire avec des questions fermées et des choix restreint de réponses. Cependant, l'importance des objectifs secondaires, explorés en grande partie par ce questionnaire, comme les freins et les facilitateurs à cette démarche de prévention, pourrait également être évalués dans une approche plus qualitative avec des entretiens comportant des questions ouvertes, favorisant une plus grande expression des répondants.

Perspectives :

Cette étude a permis de mettre en évidence les besoins des médecins généralistes en matière de formation spécifique à la prévention systématique de l'exposition aux écrans chez les enfants âgés de moins de trois ans. Elle souligne également la nécessité de développer et de mettre à disposition des praticiens des outils concrets permettant d'opérer avec efficience cette démarche préventive au cours des consultations. La poursuite de ce travail pourrait consister à explorer les modalités de mise en œuvre de formations adaptées ainsi que la conception d'outils pratiques destinés aux médecins généralistes, en intégrant les contraintes propres à leur exercice quotidien et les freins qu'ils rapportent à l'égard de cette démarche de prévention.

L'étude, a pu également recueillir l'avis des médecins généralistes concernant les actions de santé publique, à mettre en place, en priorité, pour renforcer cette démarche de prévention face aux écrans. Ce travail, pourrait ainsi servir de base pour les futures études en explorant l'impact de ces actions, seules ou combinées, sur la réduction du temps d'écrans chez les moins de trois ans.

CONCLUSION

La multiplicité des écrans, faisant partie intégrante de nos modes de vies modernes et foyers contemporains, exposent grandement les enfants à ces derniers.

Cette exposition aux écrans touche de plus en plus les enfants de moins de trois ans avec des effets significativement néfastes sur leur développement sain et ainsi sur leur état de santé physique, cognitif et social.

Face à cette exposition, une démarche de prévention à l'usage des écrans, chez cette population, demeure importante à réaliser lors des consultations de médecine générale.

Malgré la conviction des médecins généralistes de l'importance de cette démarche dans leur pratique quotidienne, la mise en place effective de cette prévention n'est absolument pas systématique et reste fortement déclenchée face à des points d'appels, en majeure partie d'ordres cognitif et comportemental.

Le manque de temps et la densité des consultations pédiatriques semblent entraver encore plus la systématisation de la démarche de prévention.

Ainsi, il apparaît important de former les médecins généralistes, non seulement à l'importance d'intégrer cette démarche de prévention à leur temps de

consultations pédiatriques, mais également de la manière de mener et de mettre en place cette démarche concrètement.

Notre étude a permis de mettre en lumière certains freins et leviers, perçus par les médecins généralistes, pour la mise en place de cette démarche de prévention à l'usage des écrans.

Ces implications pourraient être source d'inspiration pour des futures études, portant sur la mise en place effective d'outils concrets, à disposition des médecins généralistes, permettant une systématisation de cette démarche de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] J. Smith, *LE GRAND LIVRE DES 1000 PREMIERS JOURS DE VIE*. S.l.: DUNOD, 2021.
- [2] J. Bowlby, *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Hoboken: Taylor and Francis, 2012.
- [3] R. Dugravier et A.-S. Barbey-Mintz, « Origines et concepts de la théorie de l'attachement: », *Enfances Psy*, vol. N° 66, n° 2, p. 14-22, juin 2015, doi: 10.3917/ep.066.0014.
- [4] S. Tereno, I. Soares, E. Martins, D. Sampaio, et E. Carlson, « La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique: », *Devenir*, vol. Vol. 19, n° 2, p. 151-188, juin 2007, doi: 10.3917/dev.072.0151.
- [5] G. Picherot *et al.*, « L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles », *Perfect. En Pédiatrie*, vol. 1, n° 1, p. 19-24, mars 2018, doi: 10.1016/j.perped.2018.01.010.
- [6] Xavier Bigard *et al.*, « Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité », Saisine n°2012-SA-0155, Anses., 2016. [En ligne]. Disponible sur: {hal-02443650}
- [7] C. Prieur, « Exposition des enfants de 0 à 3 ans aux écrans : résultats des cohortes de naissance sur les déterminants et les conséquences en termes de développement », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, vol. 68, n° 3, p. 143-149, mai 2020, doi: 10.1016/j.neurenf.2019.12.003.
- [8] E. A. Vandewater, D. S. Bickham, et J. H. Lee, « Time Well Spent? Relating Television Use to Children's Free-Time Activities », *Pediatrics*, vol. 117, n° 2, p. e181-e191, févr. 2006, doi: 10.1542/peds.2005-0812.
- [9] H. Xu, L. M. Wen, L. L. Hardy, et C. Rissel, « A 5-year longitudinal analysis of modifiable predictors for outdoor play and screen-time of 2- to 5-year-olds », *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, vol. 13, n° 1, p. 96, déc. 2016, doi: 10.1186/s12966-016-0422-6.

- [10] M.-F. Le Heuzey et C. Turberg-Romain, « Nutri-bébé 2013 Study Part 3. Nutri-Bébé Survey 2013:3/Behaviour of mothers and young children during feeding », *Arch. Pédiatrie*, vol. 22, n° 10, p. 10S20-10S29, oct. 2015, doi: 10.1016/S0929-693X(15)30742-9.
- [11] V. Vincent et N. Blot, « Screens for infants and preschool children: Assessment of medical prevention with parents and assessment of exposure », *Arch. Pédiatrie*, vol. 28, n° 8, p. 632-637, nov. 2021, doi: 10.1016/j.arcped.2021.09.028.
- [12] B. Harlé et M. Desmurget, « Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant », *Arch. Pédiatrie*, vol. 19, n° 7, p. 772-776, juill. 2012, doi: 10.1016/j.arcped.2012.04.003.
- [13] K. Kostyrka-Allchorne, N. R. Cooper, et A. Simpson, « The relationship between television exposure and children's cognition and behaviour: A systematic review », *Dev. Rev.*, vol. 44, p. 19-58, juin 2017, doi: 10.1016/j.dr.2016.12.002.
- [14] B. Guellai, E. Somogyi, R. Esseily, et A. Chopin, « Effects of screen exposure on young children's cognitive development: A review », *Front. Psychol.*, vol. 13, p. 923370, août 2022, doi: 10.3389/fpsyg.2022.923370.
- [15] R. Esseily, B. Guellai, A. Chopin, et E. Somogyi, « L'écran est-il bon ou mauvais pour le jeune enfant?: Une revue de la littérature sur la prévalence de l'écran et ses effets sur le développement cognitif précoce », *Spirale*, vol. N° 83, n° 3, p. 28-40, oct. 2017, doi: 10.3917/spi.083.0028.
- [16] I. Takahashi *et al.*, « Screen Time at Age 1 Year and Communication and Problem-Solving Developmental Delay at 2 and 4 Years », *JAMA Pediatr.*, vol. 177, n° 10, p. 1039, oct. 2023, doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.3057.
- [17] F. J. Zimmerman, D. A. Christakis, et A. N. Meltzoff, « Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years », *J. Pediatr.*, vol. 151, n° 4, p. 364-368, oct. 2007, doi: 10.1016/j.jpeds.2007.04.071.

- [18] M. Bodin, F. Beuneux, M. Esvan, et P. Le Douaron, « Usage des jeux vidéo chez les adolescents d’Ille-et-Vilaine : intérêt d’un dépistage en médecine générale ? », *Inf. Psychiatr.*, vol. 98, n° 3, p. 197-205, 2022, doi: 10.1684/ipe.2022.2395.
- [19] S. Tisseron, « L’enfant et les écrans : un avis de l’Académie des Sciences », *Carnet PSY*, vol. 169, n° 2, p. 1-1, 2013, doi: 10.3917/lcp.169.0001.
- [20] Emilie FAUCHIER-MAGNAN, Pr Brigitte CHABROL, et Pr. Bertrand FENOLL, « La pédiatrie et l’organisation des soins de santé de l’enfant en France », 2020-074R, mai 2021. [En ligne]. Disponible sur: www.igas.gouv.fr
- [21] D. Courbet et M.-P. Fourquet-Courbet, « Usages des écrans, surpoids et obésité », *Obésité*, vol. 14, n° 3, p. 131-138, sept. 2019, doi: 10.3166/obe-2019-0074.
- [22] M. Gedda, « Traduction française des lignes directrices STROBE pour l’écriture et la lecture des études observationnelles », *Kinésithérapie Rev.*, vol. 15, n° 157, p. 34-38, janv. 2015, doi: 10.1016/j.kine.2014.11.003.
- [23] J.-P. Deschamps, « Une “relecture” de la charte d’Ottawa », *Santé Publique*, vol. Vol. 15, n° 3, p. 313-325, sept. 2003, doi: 10.3917/spub.033.0313.
- [24] R. Assathiany *et al.*, « Children and screens: A survey by French pediatricians », *Arch. Pédiatrie*, vol. 25, n° 2, p. 84-88, févr. 2018, doi: 10.1016/j.arcped.2017.11.001.
- [25] P. Martinot *et al.*, « Exposure to screens and children’s language development in the EDEN mother–child cohort », *Sci. Rep.*, vol. 11, n° 1, p. 11863, juin 2021, doi: 10.1038/s41598-021-90867-3.
- [26] M. Yamamoto, H. Mezawa, K. Sakurai, C. Mori, et Japan Environment and Children’s Study Group, « Screen Time and Developmental Performance Among Children at 1-3 Years of Age in the Japan Environment and Children’s Study », *JAMA Pediatr.*, vol. 177, n° 11, p. 1168-1175, nov. 2023, doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.3643.

- [27] B. Harlé, « Intensive early screen exposure as a causal factor for symptoms of autistic spectrum disorder: The case for «Virtual autism» », *Trends Neurosci. Educ.*, vol. 17, p. 100119, déc. 2019, doi: 10.1016/j.tine.2019.100119.
- [28] M. Desmurget, *La fabrique du crétin digital: les dangers des écrans pour nos enfants*. Paris: Éditions du Seuil, 2019.
- [29] F. Arnault, « ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE ». [En ligne]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
- [30] ORS Pays de la Loire, « Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution », 31 4p, 2021. [En ligne]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_31_MED_SPE_generalistes_v3.pdf
- [31] G. Binet, « Le suivi pédiatrique de 0-6 ans des enfants de médecins généralistes », Aix Marseille, 2020. Consulté le: 12 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02993173>
- [32] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et Centre de recherche médecine, science, santé et société (CERMES), « La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites », Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, Etude épidémiologique 588, 2007. [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er588.pdf>
- [33] C. Fouilland et C. Michon, « Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, et pistes pour l'amélioration des pratiques », 2018. Consulté le: 12 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01849384>

- [34] J. Poulain, « État des lieux des pratiques des médecins généralistes de Vendée, quant à l'exposition à la télévision et vidéos, des enfants et adolescents de 0 à 18 ans », Université de Rennes 1, 2017.
- [35] K. A. Amos, J. D. Ogilvie, M. Ponti, M. R. Miller, F. Yang, et A. R. Ens, « Paediatricians' awareness of Canadian screen time guidelines, perception of screen time use, and counselling during the COVID-19 pandemic », *Paediatr. Child Health*, vol. 28, n° 6, p. 357-361, mai 2023, doi: 10.1093/pch/pxad022.
- [36] D. H. T. F. Canadian Paediatric Society Ottawa, Ontario, « Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world », *Paediatr. Child Health*, vol. 22, n° 8, p. 461-468, nov. 2017, doi: 10.1093/pch/pxx123.
- [37] D. H. T. F. Canadian Paediatric Society Ottawa, Ontario, « Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents », *Paediatr. Child Health*, vol. 24, n° 6, p. 402-408, sept. 2019, doi: 10.1093/pch/pxz095.
- [38] E. CASSOL, « LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI DU NOURRISSON DE MOINS DE VINGT-QUATRE MOIS », UNIVERSITE BORDEAUX 2 – BORDEAUX SEGALEN U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, 2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223365v1/document>
- [39] E. Esteffe-Desblans, N. Lajzerowicz, et P. Castera, « Prévention et prise en charge des troubles liés à l'usage des écrans chez l'enfant de moins de six ans:Élaboration d'un tutoriel pour les médecins généralistes », *Médecine*, vol. 15, n° 8, p. 360-365, 2019, doi: 10.1684/med.2019.471.
- [40] K. Vdovenko, « Impact des écrans sur la santé des enfants. Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste », FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE, Marseille, 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01907374/file/THESE-scolarité%20Kateryna%20Vdovenko.pdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux du nombre de réponses au questionnaire..... 21

Figure 2 : Période d'installations des médecins généralistes par intervalles de 5 ans 22

*Figure 3 : Fréquence et contexte d'abord des mesures de prévention aux écrans au sein des consultations de suivi des enfants de moins de 3 ans.**Erreur ! Signet non défini.***

Figure 4 : Niveau de formation et de connaissance des praticiens interrogés sur la prévention aux écrans chez les moins de trois ans 26

Figure 5 : Répartition des notes moyennes par frein : plus la barre est longue et plus le frein est jugé important par les participants..... 28

Figure 6 : Fréquence d'apparition des mots clés, en fonction des réponses ouvertes des 7 participants, ayant répondu à cette question. 31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES 22

Tableau 2 : Rang moyen pondéré des items, selon les réponses des participants. **Erreur ! Signet non défini.**

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	D
LISTE DES ABREVIATIONS	8
SOMMAIRE	9
RESUME	11
INTRODUCTION	13
MÉTHODES.....	17
1. TYPE D'ETUDE.....	17
2. ÉCHANTILLONNAGE	17
2.1. Population cible.....	17
2.1.1. Critères d'inclusion	17
2.1.2. Critères d'exclusion.....	17
2.2. Effectif envisagé.....	18
3. CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE	18
4. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....	19
5. ANALYSE DES DONNEES	19
6. CADRE LEGAL ET MENTION ETHIQUE	20
RESULTATS.....	21
1. TAUX DE PARTICIPATION	21
2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	21
3. SUIVI PEDIATRIQUE.....	22
4. PLACE DE LA PREVENTION.....	23
5. NIVEAU DE FORMATION ET DE CONNAISSANCES DES PRATICIENS EN TERMES DE PREVENTION SUR L'USAGE DES ECRANS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE TROIS ANS	25
6. LES FREINS POTENTIELS A LA DEMARCHE DE PREVENTION.....	27
7. LES LEVIERS POTENTIELS A LA DEMARCHE DE PREVENTION	29

8. SUGGESTIONS DES PARTICIPANTS.....	30
DISCUSSION.....	32
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE	43
LISTE DES FIGURES.....	48
LISTE DES TABLEAUX	49
TABLE DES MATIERES.....	50
ANNEXES	I
ANNEXE I : GRILLE STROBE.....	II
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE	III
ANNEXE III : SYNTHÈSE DES DONNÉES STATISTIQUES LIÉES AU SUIVI PÉDIATRIQUE.....	IX

ANNEXES

Annexe I : Grille STROBE..... II

Annexe II : Questionnaire III

Annexe III : Synthèse des données statistiques liés au suivi pédiatrique IX

Annexe I : Grille STROBE

Item N°Recommandation		
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Annexe II : Questionnaire

^

Partie 1 : Profil et données épidémiologiques

10

...

1→

Vous êtes :

Description d'aide facultative

☐ Une femme

☐ Un homme

*

2→

Quel âge avez-vous ? (en années)

Description d'aide facultative

☐ Moins de 30 ans

☐ Entre 30 et 39 ans

☐ Entre 40 et 49 ans

☐ Entre 50 et 59 ans

☐ 60 ans et plus

*

3→

Avez vous un ou plusieurs enfants ?

Description d'aide facultative

☐ Oui

☐ Non

*

4→

Quelle est votre zone d'exercice ?

Description d'aide facultative

☐ En milieu urbain

☐ En milieu péri-urbain

☐ En milieu rural

*

5→ Depuis quand êtes-vous installé(e)? *

(année, ex : 2004)

Saisissez votre réponse ici.

6→ Combien d'actes réalisez-vous par jour (en moyenne) ? *

Description d'aide facultative

- ☐ < 15
- ☐ 15 - 25
- ☐ 26 - 35
- ☐ > 36

7→ Dans votre patientèle, quelle est votre part de patients bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S en %)? *

Evaluation par vous-même en %, noter le chiffre. Ex : 5.

Si nécessaire, cette donnée est disponible sur votre espace espace pro ameli (rubrique Convention-patientèle).

Saisissez votre réponse ici.

8→ Par semaine, combien de consultations pédiatriques effectuez-vous en moyenne ? *

Description d'aide facultative

- ☐ 0 (Je ne réalise aucune consultation pédiatrique)
- ☐ Entre 1 et 5
- ☐ Entre 6 et 10
- ☐ Entre 11 et 20
- ☐ Supérieur à 21

9→

Dans votre patientèle, combien d'enfants de moins de 3 ans suivez-vous actuellement ? *

Evaluation par vous-même du nombre d'enfants de moins de trois ans.

Noter le chiffre absolu. Ex : 26.

Si nécessaire, cette donnée est disponible sur votre espace espace pro ameli (rubrique Convention-patientèle).

Saisissez votre réponse ici.

10→

En moyenne, quelle est la durée de vos consultations de pédiatrie d'enfants de moins de 3 ans ? *

Chiffre absolu en minutes. Ex : 20.

Saisissez votre réponse ici.



^ Partie 2 : Prévention menée face aux écrans

4

...

11→

Considérez-vous que le médecin généraliste ait un rôle dans la prévention spécifique vis-à-vis des écrans ? *

Description d'aide facultative

1 : Pas du tout d'accord

2 : Plutôt pas d'accord

3 : Plutôt d'accord

4 : Tout à fait d'accord

- 12→ Délivrez-vous des informations de prévention (toutes thématiques confondues) au cours des consultations chez les nourrissons et enfants de moins de 3 ans ? *

Description d'aide facultative

1 : Jamais

2 : Rarement

3 : Souvent

4 : Toujours

- 13→ Dans votre pratique quotidienne, intégrez-vous au cours de vos consultations de suivi pédiatrique un temps dédié à la prévention aux écrans chez les nourrissons et enfants de moins de 3 ans ? *

Description d'aide facultative

1 : Jamais

2 : Rarement

3 : Souvent

4 : Toujours

- 14→ A quelle fréquence et pour quelles situations intégrez-vous des mesures de prévention aux écrans chez les nourrissons et enfants de moins de 3 ans dans vos consultations ? *

Classer chaque proposition de 1 (jamais) à 4 (toujours)

	1 : Jamais	2
A titre systématique	☐	
A la demande du parent	☐	
Face à des points d'appel comportementaux	☐	
Face à des troubles du langage ou de l'apprentissage	☐	
Face à une problématique de poids	☐	

15→ Comment évaluez-vous votre niveau de connaissances pour réaliser cette prévention aux écrans pour les nourrissons et enfants de moins de 3 ans ? *

Echelle de 1 (peu de connaissances) à 5 (très bonnes connaissances)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

16→ Avez-vous déjà eu une formation concernant la prévention aux écrans (quel que soit l'âge du patient) ? *

Description d'aide facultative

☐ Oui
☐ Non

17→ Sous quelle forme ?  *

Description d'aide facultative

- ☐ Formation initiale pendant l'internat
- ☐ Diplôme universitaire/ Interuniversitaire
- ☐ Formation continue (DPC/ FAF...)
- ☐ Participation à un réseau pédiatrique (Grandir ensemble...)
- ☐ Activité en PMI

18→ Cette formation abordait-elle spécifiquement les nourrissons et les enfants de moins de trois ans ?  *

Description d'aide facultative

☐ Oui ☐ Non

19→ Quels sont les possibles freins à la pratique de la prévention aux écrans au cours d'une consultation ? *

Veillez pour chaque item noter l'importance du frein selon vous

1 : frein pas important du tout

10 : frein très important

20→ Quelles seraient les suggestions adéquates selon vous pour faciliter cette prévention chez les nourrissons et enfants de moins de 3 ans ? *

Veillez les classer par ordre d'importance, du plus important (en haut) au moins important (en bas).

- ⋮ Intégrer cet item préventif dès la consultation de prévention du 4^e mois de grossesse
- ⋮ Qu'une information soit donnée par la maternité avant la sortie aux parents
- ⋮ Que cet item apparaisse dans le carnet de santé au niveau des examens systématiques du nourrisson
- ⋮ Qu'une consultation spécifique « prévention écrans » soit créée pour les enfants de moins de 3 ans pour les médecins généralistes / pédiatres
- ⋮ Qu'une consultation systématique en PMI soit réalisée avant 3 ans
- ⋮ Que cette prévention passe par la formation des assistantes maternelles et auxiliaires de crèche
- ⋮ Qu'une campagne de presse de grande ampleur ait lieu à ce sujet (spots TV, affichages, mails de la CPAM...)

21→ Avez-vous des commentaires ou suggestions?

Description d'aide facultative

Saisissez votre réponse ici.

Annexe III : Synthèse des données statistiques liées au suivi pédiatrique

Nombre d'enfants de moins de 3 ans suivis dans la patientèle	Effectif	Pourcentage
Strictement inférieur à 20	6	10,3
Entre 20 et 50	40	69
Strictement supérieur à 50	12	20,7
Nombre de consultations pédiatriques par semaine		
0 (Je ne réalise aucune consultation pédiatrique)	0	0,00%
Entre 1 et 5	4	6,90%
Entre 6 et 10	17	29,31%
Entre 11 et 20	29	50,00%
Supérieur à 21	8	13,79%
Durée des consultations pédiatriques (en minutes)		
Strictement < 20	5	8,60%
Entre 20 et 30 inclus	52	89,70%
Strictement > 30	1	1,70%

Prévention à l'usage des écrans en consultation de médecine générale chez les enfants de moins de trois ans

RÉSUMÉ

Introduction

Les mille premiers jours sont cruciaux pour le développement de l'enfant, rendant l'exposition aux écrans avant l'âge de trois ans fortement déconseillés. Cette étude évalue la fréquence de l'abord de cette prévention en médecine générale et les freins et leviers perçus par les praticiens.

Méthode

Une étude observationnelle transversale quantitative a été menée auprès des médecins généralistes libéraux de Sarthe et de Mayenne entre décembre 2024 et avril 2025, via un questionnaire en ligne (21 items) sur leurs pratiques de prévention de l'exposition aux écrans et les facteurs influençant son intégration. L'analyse statistique a été descriptive.

Résultats

58 médecins ont répondu (11,9 %). Près de 96 % se reconnaissaient un rôle dans la prévention, mais seulement 10 % l'abordaient systématiquement. La prévention était surtout déclenchée face à des troubles du comportement ou du langage (74 %). Les freins principaux étaient le manque de temps, la densité des consultations et les oublis. Les leviers prioritaires étaient l'intégration dans le carnet de santé, une campagne nationale d'information et la remise d'un message dès la sortie de maternité.

Conclusion

La prévention de l'exposition aux écrans chez les moins de trois ans est reconnue par les médecins généralistes mais peu systématique dans sa mise en œuvre, limitée par le manque de temps et la densité des consultations. La formation des praticiens et la mise à disposition d'outils concrets pourraient en favoriser l'intégration systématique.

Mots-clés : Écrans, exposition aux écrans, enfants de moins de trois ans, prévention, prévention primaire, médecine générale, consultations pédiatriques.

Screen use prevention in general practice consultations for children under three years

ABSTRACT

Introduction

The first 1,000 days of life are crucial for a child's development, making screen exposure before the age of three strongly discouraged. This study aimed to assess the frequency of addressing screen use prevention in general practice, as well as the barriers and facilitators perceived by practitioners.

Methods

A cross-sectional observational quantitative study was conducted among private general practitioners in Sarthe and Mayenne between December 2024 and April 2025, using an online questionnaire (21 items) on their practices for preventing screen exposure and the factors influencing its implementation. Data were analyzed descriptively.

Results

Fifty-eight physicians responded (11.9%). Nearly 96% recognized their role in prevention, but only 10% addressed it systematically. Prevention was mainly triggered by behavioral or language disorders (74%). The main barriers were lack of time, busy consultations, and forgetfulness. Priority facilitators included integrating prevention into the child health record, a national information campaign, and providing guidance at hospital discharge.

Conclusion

Screen exposure prevention in children under three is acknowledged by general practitioners but rarely implemented systematically, limited by time constraints and consultation workload. Practitioner training and the provision of practical tools could promote more consistent integration.

Keywords : Screens, screen exposure, children under three years, prevention, primary prevention, general practice, pediatric consultations.