

2024-2025

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

# L'évolution des pratiques préventives des médecins généralistes concernant les écrans chez les enfants de moins de 12 ans en France.

**DEROODE Océane**

(épouse Deroode-Cesbron)

Née le 06/02/1996 à Béziers (34)

Sous la direction du Docteur FAIVRE Mélanie  
Et la codirection du Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury

Monsieur le Professeur PY Thibault | Président

Madame le Docteur FAIVRE Mélanie | Directrice

Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine | Codirectrice

Madame le Docteur HOEZ Lucie | Membre

Soutenue publiquement le :  
9 Décembre 2025



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DEROODE Océane.....  
déclare être pleinement consciente 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.

signé par l'étudiante le **08/11/2025**

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 ».*

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Cédric ANNWEILER

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

**Directeur du département de médecine** : Pr Vincent DUBEE

## 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
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	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
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
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	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
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	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
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	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
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
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 VASCULAIRE ET THORACIQUE	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
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
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
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	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

<b>ATER</b>		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST-MAST</b>		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

A **mon président de Jury Pr Thibault Py**, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A **ma directrice de Thèse Mélanie Faivre**, je te remercie grandement pour ton accompagnement dans ce travail et l'écoute que tu as su m'apporter dans les moments de doute. Merci de m'avoir soutenu et guidé tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A **ma codirectrice de Thèse Pr Tessier-Cazeneuve Christine**, je vous remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail et de votre appui scientifique. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et vos précieux conseils afin de réaliser un travail pertinent.

A **Dr Lucie Huez**, je te remercie d'avoir accepté d'être membre du jury et de l'attention portée à mon travail. Merci également pour tous nos mardis passés ensemble au cabinet, dans la joie et la bonne humeur.

A **mon grand-père, Henri Deroode** : A toi Papy, tu aurais été si fier d'être là. Je te remercie d'avoir toujours été présent, des premières chutes, aux épreuves du bac et jusqu'à la fin de l'internat de médecine. Ton absence aujourd'hui est difficile. Si je suis ici ce jour, c'est grâce à ton soutien inébranlable. Merci d'avoir été un si merveilleux papy et d'avoir toujours cru en moi.

A **mes parents**, merci pour l'éducation et les valeurs que vous m'avez transmises. Grâce à vous, j'ai appris le respect, le travail et la persévérance. Je mesure chaque jour les sacrifices que vous avez fait pour nous et je vous en suis reconnaissante.

A **ma sœur Ioné et mes frères Lawrence, William, Matthew et petit Rafouille**. Merci pour tous nos souvenirs, nos bêtises (surtout les « jujus »), nos chamailleries et nos fous rires. Merci d'être là dans les moments importants de ma vie et de votre soutien. J'ai de la chance de vous avoir, je vous aime tant.

A **mes beaux-parents Katia et Jean-Michel**, merci de m'avoir accueilli avec gentillesse et bienveillance. En 6 ans, nous en avons vécu des moments ensemble, de peine comme de joie. Merci pour votre soutien infailible dans tous nos projets.

A toi **Mamie Jocelyne**, pour les moments ensemble et nos souvenirs d'enfance. A toi **Papi Paul** parti trop tôt. A **toute ma famille** pour les moments partagés.

A **ma belle-sœur Nolwenn, mon beau-frère Anthony et mes nièces Lenna et Alice**, pour tous les repas de famille et instants partagés ensemble.

# REMERCIEMENTS

A toi **Chaima**, merci pour cette solide amitié. Des bancs de la faculté à mon mariage, il s'en est passé des années. Je nous souhaite que rien ne change.

A toi **Rachel** (ma saumonée), merci pour ces moments de vie à tes côtés, comme d'avoir traversé le monde ensemble. Merci pour cette si belle amitié.

A toi **Aurore**, et nos nombreux souvenirs ensemble, en commençant par le Togo. Je remercie le destin d'avoir croisé ton chemin. Sans oublier Julien !

A toi **Khady**, merci pour tous nos moments ensemble, à rire (et à manger), et pour la patience que tu as su trouver, quand j'avais décidé de t'embêter...

A toi **Jeannot**, pour tous ces verres de vins partagés et maintenant les coupes de champagnes. A nos weekends passés et nos chansons sans grand intérêt...

A toi **Harrison**, merci pour tous nos moments de joie. La distance rend ces instants plus rares, mais j'ai toujours hâte quand il s'agit de te revoir.

A vous **Aline et Théo**, mes petits coups de cœur de l'internat. Sûrement parce qu'on a galéré ensemble sur de nombreux semestres, de la Davière, au Twenty Campus... A toutes nos prochaines aventures !!

A vous **Maeva, Geoffroy** (et la famille Cacaud), merci pour votre amitié et votre générosité. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être la marraine de Méléana.

**Aux ami(e)s de l'internat** : Nono, Nath et Ju' (ou les Poulettes), Paul, Pierre.H et Pierre.D, je suis heureuse de vous avoir rencontré, merci pour les moments partagés ensemble et vivement les prochains !

**Aux ami(e)s du Sud** : Laurie et Nicolas **et Aux Ami(e)s Angevins** : Laureen, Constance.P, Constance.L, Clémence, Marie, Mélodie, Marine, Romain, Balou, José, Thibault, J-C, Renan, Greg et Clément. Merci de ces précieux moments ensemble. A vous Tania et Michel pour votre amitié et toutes nos retrouvailles.

**A l'ensemble des professionnels de la Maison de Santé de Châteauneuf-sur-Sarthe**. Plus particulièrement, merci à vous les filles (Christine, Sylvie, Isabelle, Anne-charlotte et Coralie) de m'avoir si bien intégré et de tout ce que vous m'apportez quotidiennement. Je suis épanouie grâce à vous et heureuse de vous retrouver tous les matins.

A **toutes les personnes** avec qui j'ai partagé un bout de chemin, que le temps nous ait éloigné ou rapproché, merci des moments vécus ensemble.

## REMERCIEMENTS

Les derniers remerciements sont pour l'une des plus belles rencontres de ma vie, **mon mari** : A toi **Alexandre**, je te remercie de m'avoir soutenu dans les moments les plus difficiles, de ta patience dans certains moments, des repas préparés avec amour et de tout le bonheur que tu m'apportes quotidiennement. Je suis heureuse d'avancer à tes côtés et de tous nos projets. J'ai hâte de construire la suite avec toi. Je t'aime.

## Liste des abréviations

[illegible]

# Plan

## LISTE DES ABREVIATIONS

## RESUME

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

1. Les objectifs
2. Recueil de données
3. Analyse

## RÉSULTATS

1. **Caractéristiques des références sélectionnées**
  - 1.1. Sélection des références
  - 1.2. Caractéristiques générales des études incluses
2. **Les pratiques préventives des médecins généralistes**
  - 2.1. Le dépistage
    - 2.1.1. Abord par les médecins de l'exposition aux écrans lors des consultations
    - 2.1.2. Dépistage selon l'âge de l'enfant
    - 2.1.3. Type de consultation pour aborder le sujet des écrans
    - 2.1.4. Evaluation de l'exposition aux écrans par les médecins généralistes
  - 2.2. Les moyens utilisés pour réaliser la prévention des écrans
    - 2.2.1. Les supports papiers (affiches, prospectus, dépliants)
    - 2.2.2. Le carnet de santé
    - 2.2.3. Les recommandations
    - 2.2.4. Les campagnes de sensibilisation
    - 2.2.5. Le conseil oral
    - 2.2.6. Le vécu personnel du médecin
  - 2.3. Les messages délivrés
    - 2.3.1. La durée et les limitations du temps d'exposition
    - 2.3.2. Les moments d'utilisations
    - 2.3.3. Informations délivrées selon l'âge
    - 2.3.4. Préconisations sur l'utilisation des écrans dans la chambre
    - 2.3.5. Conseils délivrés sur le type d'écran et le contenu visionné
    - 2.3.6. L'accompagnement de l'enfant face aux écrans
    - 2.3.7. Discussion de la consommation parentale et des règles au sein du foyer
    - 2.3.8. Les conséquences d'une utilisation excessive
    - 2.3.9. Conseil personnalisé
3. **Facteurs influençant les pratiques préventives**
  - 3.1. Caractéristiques intrinsèques du médecin (âge, sexe, parentalité)
  - 3.2. Milieu d'exercice et organisation des consultations
  - 3.3. Part de la patientèle pédiatrique
  - 3.4. Connaissances et formation des praticiens
4. **Freins à la prévention des écrans**
  - 4.1. Le manque de temps
  - 4.2. Les parents

- 4.3. Le manque de connaissances et de formation
- 4.4. Le manque de recommandations claires et adaptées
- 4.5. Le manque de preuves scientifiques
- 4.6. Le manque d'outils
- 4.7. Rôle et vision du médecin généraliste

## **DISCUSSION**

- 1. Forces et limites de l'étude
- 2. Position du médecin généraliste dans son rôle de prévention de manière générale comparée aux écrans.
- 3. Vision parentale sur le rôle du médecin dans la prévention des écrans
- 4. L'évolution de certains freins à la suite des différentes recommandations - campagnes
- 5. Le carnet de santé comme aide à la prévention

## **CONCLUSION - PERSPECTIVES**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

# INTRODUCTION

Les écrans ont vu le jour avec l'invention de la télévision en 1926 par l'ingénieur John L. Baird. Celle-ci apparaît dans les années 30 en France et suscite un réel engouement.

En 1949, 90% des foyers français ne possédaient pas de téléviseur (TV), alors qu'en 2023, 90% d'entre eux étaient équipés d'une télévision selon l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique (Arcom). (1)

Dans les années 70, l'ordinateur se répand ainsi que le téléphone mobile, commercialisé en France en 1991. Apparu dans les années 60 pour un projet militaire, internet se démocratise auprès du grand public au début des années 90.

Les écrans sont omniprésents et continuent d'évoluer. Leur utilisation a explosé par une forme de « nomadisation » avec pour but de pouvoir être connecté peu importe le moment et l'endroit. Le nombre moyen d'écrans par foyer en 2023 était estimé à 5,8 selon l'Arcom, avec une légère diminution depuis 2013. (2)

L'usage et l'impact des écrans sont de plus en plus étudiés : ils présentent des avantages au quotidien mais leurs effets délétères sur la santé sont pointés par différentes études. (3-6)

Les écrans ont de nombreux intérêts. Ils peuvent être utiles sur le plan professionnel, permettant un accès rapide à une multitude de données, leur stockage ainsi qu'une communication immédiate et universelle. En 2023, selon le Baromètre de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA), 81% des Français de 15 à 24 ans déclaraient utiliser le numérique pour une recherche d'information et 84% pour des communications professionnelles. (7)

Les écrans sont un outil de travail en cabinet médical avec l'accessibilité au dossier du patient, aux outils de prescriptions informatisées, à une recherche rapide face à un questionnement.

Ils sont utiles dans certaines prises en charge orthophoniques ou psychothérapeutiques (exemple de la réalité virtuelle dans les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)). Ils peuvent être utilisés en éducation thérapeutique, télémédecine, dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété vis-à-vis de certains examens/gestes médicaux. (8)

Les écrans ont un intérêt dans les apprentissages, ils servent de supports dans l'enseignement sous forme d'e-books ou de diaporama. Chez les jeunes ayant des troubles moteurs, des apprentissages ou du spectre autistique (ou neuro atypiques), les ordinateurs permettent de compenser le handicap dans la saisie des données et de limiter la fatigue.

Ces nombreux avantages dépendent des conditions d'utilisation et de supervision. Une étude Canadienne montrait que si les enfants regardent un contenu éducatif adapté à leur âge avec un adulte intéressé, le temps d'écran peut devenir une expérience d'apprentissage positive. (9) Cependant, il n'existait aucun bénéfice des écrans dans le développement de l'enfant avant 2 ans, même concernant des sources dites « éducatives ». (10)

En 2023, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), un tiers des internautes français interrogés (hors Mayotte) de 15 à 74 ans déclaraient au moins un effet néfaste lié à l'usage des écrans dans la vie courante. Vingt-cinq pourcents (25%) des internautes décrivaient la diminution de leur temps de sommeil et 10% estimaient négliger les autres activités. (11)

Les preuves scientifiques de la nocivité des écrans restent limitées selon l'effet étudié en raison du faible niveau de preuve des études, mais l'exposition précoce aux écrans des très jeunes enfants peut entraîner des conséquences sur leur développement psychomoteur. Le test du « dessin du bonhomme » révèle que des enfants de 5-6 ans ont moins de facilité à

dessiner un bonhomme avec des détails lorsqu'ils passent plus de 3 heures par jour devant les écrans. (12) (*Annexe 1*).

Certains troubles du langage, du comportement, de l'attention et de l'hyperactivité peuvent être aggravés lors d'une surconsommation d'écran. (13,14) Une étude évoquait une association positive entre la fréquence du trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) et la consommation journalière des écrans plus de 7 h par jour. (15) Cette notion reste à nuancer, car le diagnostic du TDAH se faisant tardivement il est surement plus prudent d'évoquer une majoration des symptômes sur un TDAH préexistant.

Chez les plus jeunes enfants, le Dr Marcelli décrivait une nouvelle entité dénommée syndrome Epée « Exposition Précoce et Excessive aux Ecrans ». Il le caractérisait par un retard de communication, une maladresse gestuelle, une agitation et des troubles du comportement avec instabilité attentionnelle, distinct des troubles du spectre autistique par son caractère réversible lorsque l'exposition aux écrans est supprimée. (10,16)

*A contrario*, de nombreuses études avec un niveau de preuve élevé montrent une association significative entre troubles du sommeil et temps d'écran. Les effets négatifs de la lumière bleue diffusée par les écrans ont été constatés sur le rythme circadien et le cycle de mélatonine (*Annexe 2*), avec un impact sur la qualité du sommeil. (15) Dans le rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) de 2019, une réduction de 35% de temps total de sommeil était rapportée par les jeunes pour 2 heures d'écran vs 52% de réduction pour 5 heures et plus d'utilisation. Les études ne permettent pas de définir une dose-effet du temps passé sur les écrans et l'impact sur la santé mais s'accordent sur une corrélation entre le temps d'exposition et les risques sur la santé de l'enfant et de l'adolescent. (15) Ce lien est significatif sur les troubles du sommeil, les troubles du langage et les troubles attentionnels en lien avec la durée d'exposition aux écrans.

Une relation avec le surpoids est décrite, liée aux comportements associés aux écrans. Plus d'un quart des Français déclaraient consommer plus de confiseries, sodas et snacks pendant leurs activités numériques selon le Baromètre MILDECA/Harris Interactive 2023. Ces comportements augmentaient notamment chez les 15-24 ans (57% des répondants de cette tranche d'âge en 2023 versus 41% en 2021). (7)

L'usage des écrans est délétère en post-opératoire avec une récupération plus lente (sédentarisation, stimulation cognitive diminuée). (17)

Des effets néfastes sur la santé mentale sont évoqués : risque d'isolement, troubles dépressifs, risque d'identification stéréotypée. (18) Une vigilance concernant le cyberharcèlement avec un risque d'isolement social et majoration du risque suicidaire. (8) En 2024, 12% des Français ont été victimes de harcèlement, cyber-malveillance au cours des douze derniers mois et 21% d'escroquerie ou de fraude en ligne. (19) Les chercheurs restent divisés sur l'augmentation des actes de violence dans la société et leur association à la violence dans les jeux vidéo. Une dégradation des liens familiaux et sociaux font partie des risques liés à un mésusage des écrans. L'ensemble des études convergent sur l'importance d'une interaction entre l'enfant et l'adulte lors de l'utilisation de l'écran.

Les troubles de la vision sont évoqués mais aucune étude n'a montré de lien significatif sur certaines pathologies ophtalmologiques comme la myopie. Toutefois une sécheresse et une fatigue oculaire lié à une diminution des clignements palpébraux sont soulignées.

Malgré le nombre croissant d'articles sur les méfaits des écrans, une étude de 2019 montrait que les parents d'enfants de 0 à 3 ans manquaient d'information sur le sujet. Sur une cinquantaine de parents, 45% d'entre eux pensaient que la TV peut apprendre quelque chose à leur enfant et 60,8% déclaraient ne pas être informés des risques des écrans par leur médecin traitant. (17) La piste d'amélioration proposée était d'utiliser les consultations de suivi

de l'enfant en médecine de ville pour faire de la prévention sur ce sujet, dès le plus jeune âge (avant 3 ans).

Le médecin généraliste, souvent médecin de famille, semble être légitime pour réaliser cette prévention. En 2005, en France, 79% des enfants de moins de 15 ans étaient pris en charge exclusivement par leur médecin de famille, 16% étaient suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre. (20) En 2023 ce chiffre augmentait, 83% des parents déclaraient que le suivi de l'enfant était réalisé par le médecin généraliste, selon une étude de l'Union nationale des associations familiales (Unaf). Quatre-vingt-cinq pourcents (85%) des consultations pédiatriques de ville étaient assurées par un médecin généraliste, d'après le Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) (2021). (21)

La prévention primaire sur l'usage des écrans évolue avec le développement d'outils de dépistage à destination des professionnels de santé. Le dernier en date étant, en France, le nouveau carnet de santé avec des pages dédiées sur le temps d'écran. (11) (*Annexe 3 et 4*)

Depuis une vingtaine d'années, des recommandations sur l'usage des écrans sont rédigées en France et dans le monde, à l'attention des parents, professionnels de santé, industriels, responsables politiques. Ces recommandations s'adaptent à l'évolution sociétale des écrans. (*Annexe 5*) Un arrêté a été publié le 02 juillet 2025 dans le Journal officiel : la charte nationale concernant l'accueil du jeune enfant dans les crèches, les garderies, les lieux d'accueil proposés par les assistants maternels a été modifiée avec l'interdiction d'exposer les enfants de moins de 3 ans aux écrans. (22)

Face à ses évolutions sociétales et les recommandations successives, il semblait intéressant de voir comment s'adaptait la pratique des médecins généralistes. L'objectif principal de cette étude est de décrire l'évolution des pratiques préventives des médecins généralistes concernant l'exposition aux écrans chez les moins de 12 ans en France métropolitaine.

# MÉTHODES

## 1. Les objectifs

L'objectif principal était d'analyser l'évolution des pratiques préventives auprès des 0 – 11 ans, concernant les écrans, par les médecins généralistes en France Métropolitaine.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution des connaissances des médecins généralistes sur cette prévention, les outils de prévention, ainsi que l'évolution des freins.

## 2. Le recueil de données

Une revue de littérature narrative a été réalisée. Les articles ont été sélectionnés selon la méthode PRISMA afin d'assurer la qualité des publications. Les bases de données suivantes ont été interrogées : Cismef, Pubmed, Google scholar, Semantic Scholar, Portail HAL Dumas, Cairn, Dune, Sudoc, LiSSa, Cochrane library, Persée. Les sites des revues Exercer, La Revue Médicale Suisse et Elsevier/sciencedirect.com ont été directement consultés.

L'équation de recherche, établie avec les mots clés MeSH était :

((Enfant\*) OU (population pédiatrique)) ET ((prévention) OU (mesures préventives) OU (pratique\*) OU (intervention)) OU (abord\*) ET (écran\*) ET(Médecin\*) OU (child\*) AND ((prevention) OR (preventive measure) OR (practice\*)) AND (screen\*) AND ((general practitioners) OR (General medicine))

Cette équation de recherche a été adaptée au fonctionnement de chaque moteur de recherche. La gestion des références s'est faite grâce au logiciel ZOTERO.

Ont été inclus les articles, thèses et mémoires publiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 31 décembre 2024, en français et en anglais. La date du 1<sup>er</sup> janvier 2008 était déterminée par la publication en 2008 des premières recommandations françaises par le Dr Serge TISSERON. Les articles devaient étudier la prévention par les médecins généralistes installés en France métropolitaine, vis-à-vis de l'exposition aux écrans des enfants âgés de 0 à 11 ans révolu.

Cette tranche d'âge a été retenue car elle correspond à une phase de développement psychomotrice importante et fait l'objet d'un suivi régulier par examens systématiques.

Les articles concernant la prévention chez les 12 ans et plus, en dehors de la France métropolitaine et réalisées par d'autres professionnels que les médecins généralistes, ont été exclus. Les doublons ont été exclus.

Les études ont été sélectionnées sur le titre et le résumé initialement, puis par la lecture du texte intégral secondairement.

La bibliographie des études retenues a été analysée afin d'identifier et d'intégrer des articles répondant aux critères d'inclusion, non répertoriés par l'équation de recherche.

### **3. Analyse**

Les données recueillies pour chaque étude étaient : le titre, les auteurs, l'année de réalisation de l'étude, le lieu de l'étude, le type d'étude, les caractéristiques de la population étudiée, et les principaux résultats (pratiques de prévention des médecins généralistes, fréquence, conditions de l'intervention, outils utilisés).

Pour l'analyse finale, les références ont été sélectionnées après lecture complète, réflexion sur la pertinence avec la question de recherche et évaluation de leur qualité selon les grilles prédéfinies avec un score de qualité supérieur ou égal à 70% (chaque item de la grille concernée respecté égal 1 point, dans le cas contraire 0, ramené ensuite en pourcentage). Les revues de littératures systématiques ont été analysées selon la grille PRISMA, les études qualitatives selon la grille COREQ, les études quantitatives observationnelles selon la grille STROBE, les essais randomisés selon la grille CONSORT. (Annexe 6)

La sélection des études a été faite par l'autrice et les directrices de thèse. Les divergences ont été discutées jusqu'à consensus.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des références sélectionnées

### 1.1. Sélection des références

L'équation de recherche a permis d'identifier 52 références dans les bases de données. Après élimination de neuf doublons, quarante-trois références ont été retenues pour lecture des titres. Après lecture du titre, vingt-quatre références ont été retenues pour lecture du résumé. Après lecture des résumés, vingt et une références ont été retenues pour une lecture intégrale. Deux articles sont exclus de la lecture intégrale car leur obtention était impossible malgré un contact direct avec les auteur(e)s avec relance. Il n'y a pas eu d'exclusion d'article après lecture intégrale en raison d'une méthodologie de faible qualité (score de qualité inférieur à 70%).

Au total 19 références ont été incluses dans cette revue de littérature, 100% des références sont des thèses de médecine générale (*Tableau I*). La sélection des articles est illustrée par le diagramme de flux ci-dessous (*Figure 1*).

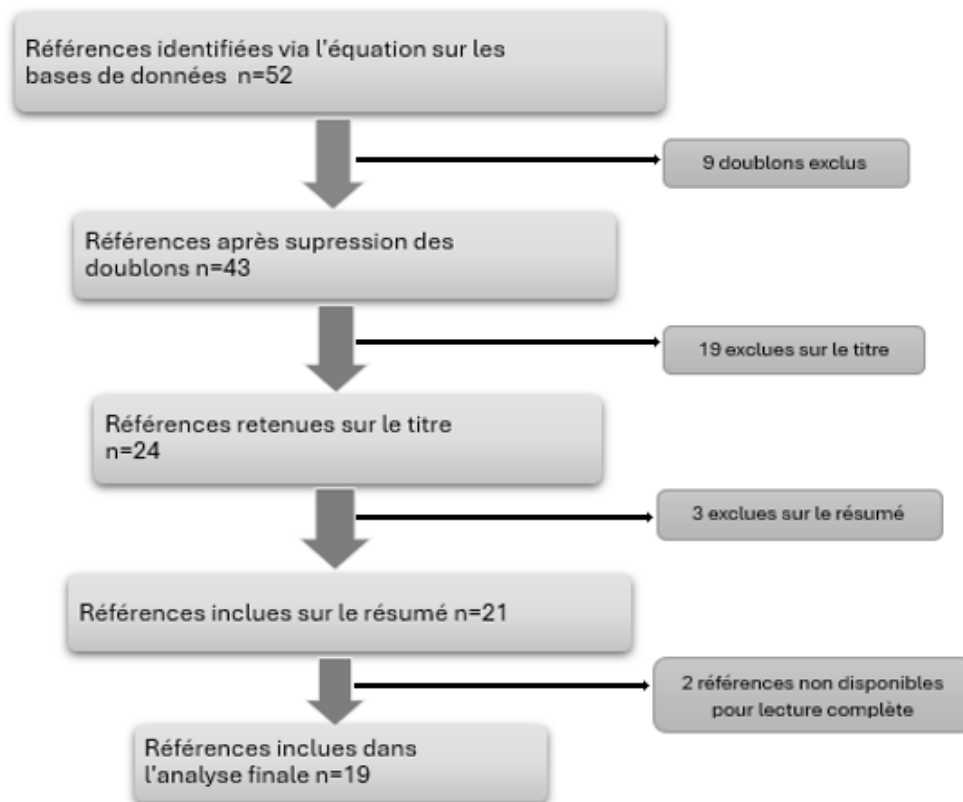


Figure 1. Diagramme de Flux

## 1.2. Caractéristiques générales des études incluses

Douze thèses quantitatives et sept thèses qualitatives ont été analysées.

De 2008 à 2016, aucune donnée n'a été retrouvée par l'équation de recherche concernant les pratiques des médecins généralistes français face à l'exposition des enfants de moins de 12 ans aux écrans.

Les premières études apparaissaient en 2017 et la dernière sélectionnée a été réalisée en 2023. Etaient retrouvées une thèse en 2017, quatre en 2018 (soit 21%), deux en 2019 (soit 10,5%), six en 2020 (soit 31,6%), deux en 2021, deux en 2022 et deux en 2023. Plus de la moitié des données ont donc été diffusées de 2018 à 2020.

Le nombre de participants concernant les études quantitatives variait de 12 à 545 participants, avec une moyenne à 150,8. Les études qualitatives incluaient entre 9 et 39 participants, avec une moyenne à 16,9.

Presque toutes les régions de France métropolitaine étaient représentées, avec une à deux études par région en moyenne. La région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) était majoritaire avec 4 références, il n'y avait pas de données produites en Bretagne et dans les Hauts-de-France. Les données sociodémographiques de chaque étude sont répertoriées dans le tableau II et les principaux résultats dans le tableau III. (Annexe)

## **2. Les pratiques préventives des médecins généralistes**

### **2.1. Le Dépistage**

#### **2.1.1. Abord par les médecins de l'exposition aux écrans lors des consultations**

- Prévention systématique

De 2017 à 2022, la prévention systématique sur l'exposition aux écrans chez les enfants progressait. Initialement en 2017, 3% des médecins réalisaient une prévention systématique tandis qu'ils étaient 17,5% à déclarer le faire en 2022. (23,24) En 2018, l'abord systématique semblait très variable selon les études (4,7% à 17,9%). (25,26) La plupart des médecins n'évoquaient pas le sujet spontanément. (27) Cela était encore décrit par certaines études les années suivantes. (28,29)

A partir de 2019, dans l'ensemble des études quantitatives, plus de 10% des médecins déclaraient une prévention systématique (11,8% à 23,3%). (24,30-33)

- La prévention sur point d'appel

Sur l'ensemble des études retenues, lorsque la prévention de l'exposition aux écrans était réalisée, elle était principalement secondaire, sur point d'appel. (24,26-32,34-39)

De 2017 à 2023, 61,5 % à 92% des répondants faisaient de la prévention secondaire devant des symptômes (24,26,28,34-37) ou face à l'utilisation d'un écran au cabinet. (24,27,34,35)

L'évolution n'était pas clairement établie, avec des chiffres très variables selon les années. Les trois quarts des praticiens évoquaient avoir déjà suspecté des troubles liés à un usage abusif des écrans. (23,26)

Les symptômes régulièrement cités étaient les troubles du sommeil, les troubles du comportement comme l'agitation, l'hyperactivité, les troubles de l'attention, ainsi que le surpoids. (26,27,29-31,35-38) De nombreux autres symptômes étaient énumérés : le retard de langage, les troubles du développement psychomoteur, les difficultés relationnelles, les céphalées, « l'addiction aux jeux vidéo » ... La prévention était réalisée sur point d'appel comportemental pour plus de 80% des praticiens interrogés et en cas de problématique organique pour plus de 60% des généralistes. (32)

Une évolution de la prévention secondaire était retrouvée lorsque les médecins constataient l'usage d'un écran par l'enfant dans le cabinet : ils étaient 54,9% à la réaliser dans ce cas en 2019 versus 93,59% en 2020 (30,36). La quasi-totalité des médecins généralistes (97,7%) pensaient que c'était une opportunité pour aborder le sujet. (36)

- Abord à la suite d'une demande parentale

Les médecins se disaient prêts à répondre à la sollicitation des parents. (28) Selon une étude de 2020, 96% des médecins généralistes étaient d'accord pour dire que c'était le bon moment de l'aborder à la suite d'une demande parentale. (36) Un peu plus de la moitié des médecins déclaraient aborder ce sujet dans ce contexte, les chiffres étaient plutôt stables selon les années (52 à 55% pour la majorité des études). (23,30,32,36)

- Ne pas faire de prévention

L'évolution de la « non-prévention » était peu évidente. En 2018, les chiffres étaient très variables : 5,7% à 21,9% des médecins déclaraient ne pas faire de prévention. (26)(25)

Selon une étude de 2019, les trois quarts des praticiens n'avaient pas intégré ce sujet de prévention dans le suivi de l'enfant, bien que tous sensibilisés. (34) Les années suivantes, le nombre de médecin déclarant ne pas faire (ou rarement) de prévention étaient là encore très hétérogène selon les études. (24,31,32,40) Les internes n'abordaient pas le sujet pour plus de la moitié d'entre eux. (39) Un quart des répondants n'avaient pas abordé le sujet dans l'audit de Dr Lagarde. (33)

Selon les données qualitatives après 2020, certains médecins déclaraient faire peu (ou pas) de prévention (« plutôt chez les ados [...] mais chez les enfants je ne l'ai jamais abordé » M7). (28,38)

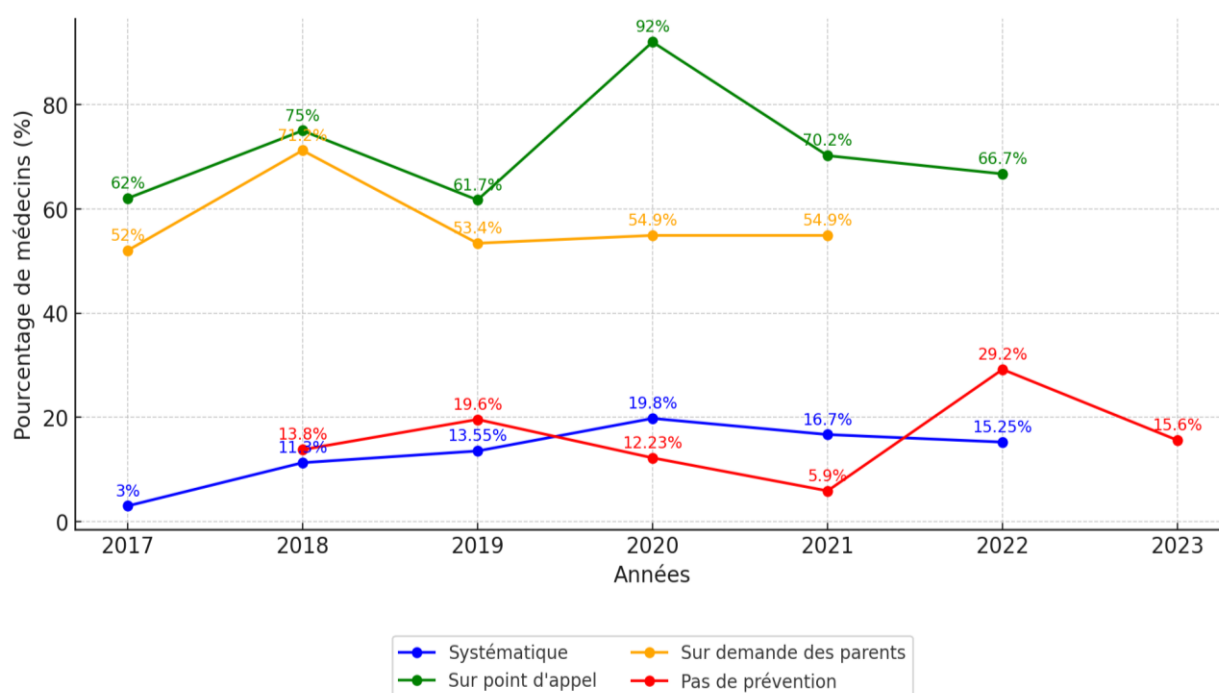


Figure 2. Evolution de l'abord de la prévention des écrans par les médecins généralistes (2017 à 2023) (Nb : pour tous les graphiques de ce travail, chiffres extraits des études quantitatives. Lorsque plusieurs études sur une même année, une moyenne a été calculée. Cf annexe Tableau IV résumé des chiffres utilisés pour la réalisation des graphiques.)

### 2.1.2. Dépistage selon l'âge de l'enfant

La prévention de l'exposition aux écrans par les médecins selon la tranche d'âge connaissait une évolution. En 2017-2018, la prévention était plus facilement abordée chez les enfants plus âgés, après 3 ans, voire après 6 ans. (27,34) Le dépistage augmentait significativement avec l'âge de l'enfant : 42,9% des praticiens déclaraient faire de la prévention avant 3 ans, 64,6% entre 3 et 6 ans, tandis que 76,4% abordaient le sujet chez les 6 – 12 ans. (25,26) La prévention était moins réalisée avant 3 ans. D'après une étude, sur les dix dernières consultations réalisées par les généralistes, ils étaient 54,39% à avoir fait moins de prévention chez les 0 - 3ans versus les 3 – 12ans. Près d'1 médecin sur 3 n'avaient pas fait de prévention chez les moins de 3 ans contre environ 1 sur 6 chez les 0-12 ans. (30,41) La majorité des praticiens jugeaient l'âge de moins de 3 ans trop précoce pour aborder le sujet. Lorsque les parents sollicitaient les médecins sur le sujet, c'était principalement chez les adolescents. (23)

Progressivement à partir de 2019, un abord plus précoce apparaissait : certains médecins commençaient à évoquer le sujet dès les premiers mois ou avant l'entrée à l'école (*« pour les rentrées de CP »*), mais la majorité situait encore la prévention chez les enfants plus grands (*« plutôt chez les ados [...] mais chez les enfants je ne l'ai jamais abordé » « plus tardivement, chez les enfants un peu plus grands »*). (28,38)

A partir de 2020, la prévention de l'exposition aux écrans augmentait chez le très jeune enfant, même si elle restait davantage réalisée après 3 ans. (32) Une étude en Mayenne, Maine-et-Loire et Sarthe montrait une nette augmentation du pourcentage de médecins faisant de la prévention avant 6 ans, avec une évolution croissante selon l'âge : 38,42% déclaraient faire de la prévention face aux écrans à 9 mois, 79,5% à 24 mois, 91% à 4 ans, et 93,8% à 6 ans. Un médecin avait évoqué le faire avant 6 mois lors de la diversification alimentaire. (36)

L'idée de commencer cette prévention très tôt chez l'enfant progressait mais les pratiques restaient hétérogènes.

A partir de 2022, la prévention avant 3 ans était évoquée par la majorité des médecins. (29,40) Une minorité considérait encore l'enfant « trop jeune » avant 3 ans pour aborder ce sujet, ils étaient 14,5% parmi ceux ne faisant pas de prévention selon une étude. (33) Dans la thèse du Dr Waegell, une part croissante de médecins généralistes soulignait la nécessité d'en parler dès la naissance (29% des répondants) ou lors des premières visites de suivi à 2 et 4 mois (23% des répondants). Le sujet était abordé en moyenne à 17,6 mois, signe d'une évolution vers un abord de plus en plus précoce. (40)

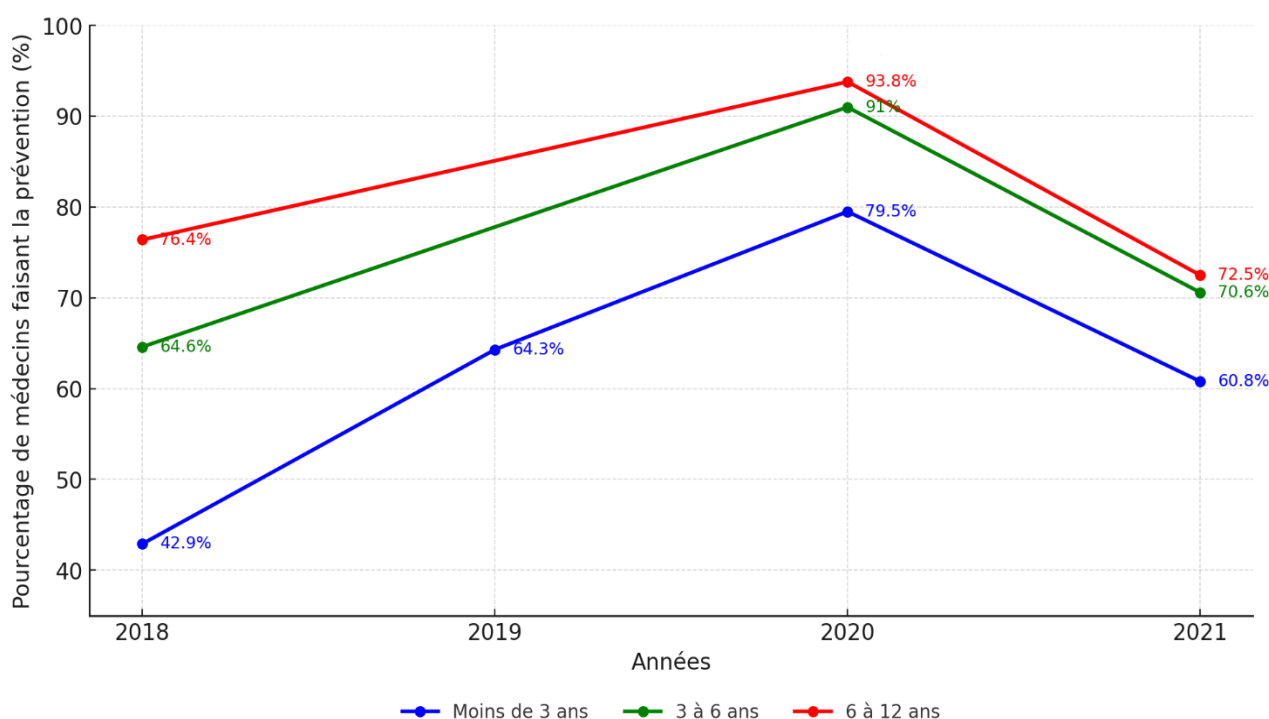


Figure 3. Prévention des écrans selon l'âge de l'enfant (2018-2021)

### **2.1.3. Type de consultation pour aborder le sujet des écrans**

La prévention de l'exposition aux écrans se structurait progressivement autour de consultations spécifiques. Dès 2018, les médecins identifiaient les consultations de suivi, vaccinales ou pour des certificats médicaux comme des occasions propices. (34)

Les années suivantes, cette tendance à la réalisation de la prévention primaire lors des consultations de suivi se confirmait. (30,37,38) Il apparaissait un consensus pour écarter les consultations de motifs aigus, jugées peu adaptées. (28,38,39) L'abord lors des consultations de suivi de grossesse restait marginal (seulement 4,4% déclarait le faire fréquemment en 2022, versus 80% ne pas en parler). (24)

### **2.1.4. Evaluation de l'exposition aux écrans par les médecins généralistes**

Avant 2020, peu de références décrivaient la réalisation du dépistage. Une étude montrait qu'une minorité de praticiens questionnaient sur : la présence d'écran dans la chambre, la prise d'un repas devant la TV, la TV en bruit de fond, ou encore sur la consommation parentale des écrans. Ils étaient une majorité (60,2%) à poser la question des écrans avant le coucher. (25)

A partir des années 2020, l'évaluation de l'exposition se faisait via l'interrogatoire afin de comprendre l'utilisation au domicile. (28,35,36,38) Ils questionnaient sur : le contexte socio-économique, les moments d'utilisation dans la journée, la durée d'exposition, le type d'écrans, le contenu visualisé, l'accompagnement vis-à-vis des écrans, les connaissances des parents sur les risques, le but et le comportement global face aux écrans. (28,35,38) Certains avouaient ne pas évaluer l'exposition aux écrans (« je n'ai pas été formé à ça, donc je ne savais pas » E13). (35) Selon deux études, ils étaient une majorité à interroger sur : l'horaire d'utilisation (65,6% à 80%), le temps d'exposition (80% à 94,8%) et l'isolement devant l'écran

(51% à 60%). Une minorité interrogeait régulièrement sur le contenu visionné (35,4% à 41,02%) bien que cet élément de dépistage fût souvent évoqué. (31,36) Certains essayaient de discuter du quotidien avec les parents afin de déceler le risque de surexposition, notamment en investiguant le milieu socio-économique. (28,29,37,38)

Les médecins généralistes soulignaient l'importance de poser des questions précises, de les répéter sur plusieurs consultations et de les intégrer dans l'interrogatoire sur les habitudes de vie. (29,35) Ils tentaient d'évaluer l'exposition passive (écrans utilisés par les parents) et le temps partagé avec l'enfant. (29) D'autres questionnaient directement l'enfant de plus de 3 ans. (38)

Dans l'ensemble, peu de données chiffrées sur l'évaluation de l'exposition aux écrans étaient relevés, il était donc difficile de conclure sur l'évolution. Les données qualitatives soulignaient deux nouveaux points à dépister : l'évaluation du contexte socio-économique et le questionnement de la consommation parentale des écrans.

## **2.2. Les moyens utilisés pour réaliser la prévention des écrans**

### **2.2.1. Les supports papiers (affiches, prospectus, dépliants)**

L'usage des supports papiers était limité et fluctuant au cours des années. (27,34) En 2018, ils étaient très peu utilisés, 7,8% des médecins déclaraient avoir des dépliants. (25) L'utilisation de ces derniers augmentait progressivement en 2019 avec 14,3% des répondants. (30) Il y avait un pic en 2020 avec près d'un tiers des praticiens déclarant en disposer. (31,36) A partir de 2021 les chiffres décroissaient avec 21% d'utilisation, puis 7,69% en 2023. (39,40).

### **2.2.2. Le carnet de santé**

En 2019, 12% des médecins interrogés s'aidaient du carnet de santé. (30) L'utilisation de cet outil pour réaliser la prévention sur l'exposition aux écrans restait très marginale. En 2020, la plupart des médecins ne connaissaient pas l'existence de message sur le sujet dans le carnet de santé. (28) En 2023, une minorité de praticiens (8,79% à 33,7% selon la question posée) connaissaient, ou avaient déjà prêté attention, aux messages de prévention sur les écrans dans le carnet de santé de 2018. Un faible nombre parmi les répondants (5,49% à 11%) déclaraient s'en servir pour faire de la prévention. (40)

### **2.2.3. Les recommandations (incluant la règle 3-6-9-12 et les « 4 pas »)**

Les recommandations, les balises 3-6-9-12, ou « les 4 pas » de Sabine Duflo, semblaient être les moyens de prévention les plus utilisés. De 2018 à 2021, leur utilisation progressait légèrement. Vingt-six virgule quatre pourcents (26,4%) des praticiens interrogés utilisaient les recommandations françaises tel que la règle 3-6-9-12 en 2018, 28,6% des répondants en 2019 et 34,5% des internes en 2021. (26,30,39)

En 2023, la seule étude incluse montrait une baisse de l'usage des balises 3-6-9-12 ou des « 4 pas » utilisées par 23,07% des interrogés. (40) N'ayant qu'une seule étude avec un manque de puissance (échantillon ne répondant pas au nombre de sujets nécessaires attendu), il semble prudent de ne pas conclure sur l'évolution sur cette période. En moyenne depuis 2018, un peu plus d'un quart des praticiens était amené à s'en servir.

### **2.2.4. Les campagnes de sensibilisation**

Les campagnes de sensibilisation semblaient peu connues et utilisées par les médecins généralistes. En 2021, 17,47% des internes faisant de la prévention en France s'appuyaient sur ces campagnes grand public. Ce moyen de prévention semblait peu exploité.

### 2.2.5. Le conseil oral

En 2019, 85,7% des généralistes faisant la prévention délivraient un conseil oral. (30)

En 2023, tous les médecins étaient d'accord pour dire que la communication était primordiale et qu'il était essentiel d'informer les parents sur les conséquences des écrans. La délivrance de règles claires, simples et répétées dans le temps était nécessaire pour aider les parents à définir un cadre. Ils mettaient en avant la nécessité d'une approche pluridisciplinaire. (29) Le conseil oral était décrit dans certaines études qualitatives, toutefois il était difficile de quantifier l'évolution avec les études actuelles. La prévention était principalement réalisée via la discussion. (29,40)

### 2.2.6. Le vécu personnel du médecin

En 2018, 43,4% des médecins faisant de la prévention sur les écrans s'appuyaient sur leur expérience personnelle avec leurs enfants. (26) Les années suivantes, le vécu et l'expérience personnelle du médecin étaient souvent décrits dans les études qualitatives pour réaliser cette prévention. (27,31,33-35,37,38) En 2023, 34,8% des médecins délivraient un conseil en s'appuyant sur leur expérience personnelle avec leurs propres enfants. (40)

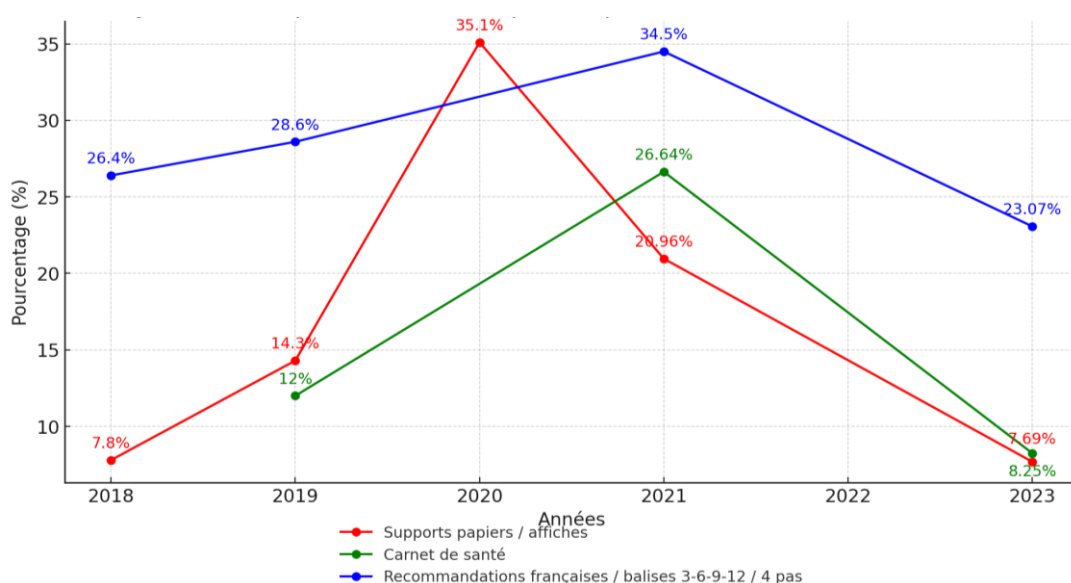


Figure 4. Outils utilisés par les médecins pour la prévention des écrans (2018-2023)

## **2.3. Les messages délivrés**

### **2.3.1. La durée et les limitations du temps d'exposition**

La prévention des écrans par les médecins reposait sur la limitation de la durée d'exposition. (23,26-29,31,34-38). Dès les premières enquêtes (2017), ce conseil était présent et il se maintenait comme l'un des messages centraux. La majorité des praticiens (souvent plus de 90% de ceux faisant de la prévention) continuaient à insister sur la nécessité de fixer des limites sur le temps d'exposition. (23,31,32)

En 2023, l'approche évoluait vers une préconisation plus nuancée d'un usage raisonné, incluant des moments sans écran plutôt qu'une interdiction stricte. (29)

### **2.3.2. Les moments d'utilisations**

La prévention portant sur les moments d'utilisation des écrans prenait une place croissante. (25,28,31,33,36-38) Initialement, les moments d'utilisation étaient abordés par une majorité sans être systématique (60% à 67% entre 2017 et 2020). (23,25,31) Les messages délivrés sur ce point se renforçaient jusqu'à concerner plus de 80% des praticiens en 2021. (32)

Le principal conseil délivré par la majorité des médecins dès 2017 et les années suivantes portait sur l'interdiction des écrans avant le coucher (« *pas d'écran le soir* »). (25,31,33,36) Plus rarement, il était préconisé d'éviter les écrans lors des repas ou le matin (moins de 50% des répondants). (25,36)

Avec le temps, le discours s'est enrichi de recommandations qualitatives, comme de proposer des moments sans écran et de favoriser les autres activités familiales. (28,35,37)

### **2.3.3. Informations délivrées selon l'âge**

L'intégration de recommandations selon l'âge dans la prévention se développait progressivement. En 2017, moins de la moitié des répondants (47%) prodiguaient un conseil selon l'âge. (23) A partir de 2018, ils étaient plus de la moitié parmi ceux faisant de la

prévention. Selon une étude, 66,6% des médecins conseillaient « zéro écran » avant 2 ans (25). D'après une autre référence, 53% des répondants délivraient des messages sur les durées recommandées en fonction de l'âge. (40)

Initialement minoritaires, les conseils fondés sur la règle « 0 écran avant 3 ans » et la règle 3-6-9-12 se renforçaient avec le temps, devenant des repères fréquemment utilisés par les praticiens à partir de 2020 (« *avant 3 ans zéro écran* », « *0-3ans, on ne met pas un gamin devant la télé* » ...). (28,33,35,37)

Toutefois, les pratiques des médecins semblaient hétérogènes, certains privilégiant des conseils généraux sur la limitation plutôt qu'un cadre strict lié à l'âge. (37) Globalement, la tendance montrait une meilleure appropriation de ces repères.

#### **2.3.4. Préconisations sur l'utilisation des écrans dans la chambre**

Au cours des années, la prévention concernant l'emplacement des écrans dans la chambre perdait en importance dans les pratiques des médecins généralistes. Fréquemment évoquée en 2017 (plus d'un médecin sur deux), ce conseil devenait minoritaire en 2018 (moins de 50%) et a continué de décliner, atteignant un tiers (37,3%) des médecins en 2021. (23,25,32)

#### **2.3.5. Conseils délivrés sur le type d'écran et le contenu visionné**

La proportion de praticiens abordant le contenu des écrans et leur usage par les enfants restait modérée au fil du temps, avec une tendance à la diminution. En 2017, un peu plus de la moitié (58%) des répondants dialoguaient sur le contenu. (23) A partir de 2018, ils étaient moins de 50% à aborder ce point. (25,31,36,38)

Le dialogue se concentrait sur les contenus inadaptés à l'âge, tandis que le type d'écran utilisé était discuté de manière plus limitée. (31,32,36,37)

### 2.3.6. L'accompagnement de l'enfant face aux écrans

Avant 2020, la notion d'accompagnement de l'enfant face aux écrans était peu abordée. Les années suivantes, cette nécessité d'accompagner l'enfant face aux écrans et le contexte d'utilisation (seul ou non) était évoquée par 43 à 51% des médecins. (31,32,36-38)

### 2.3.7. Discussion de la consommation parentale et des règles au sein du foyer

La consommation du numérique par les parents et l'impact des écrans en arrière-plan était progressivement retenue comme un point essentiel de la prévention. (28,36-38) Les médecins préconisaient d'instaurer des règles familiales et de redéfinir les habitudes de vie au sein du foyer (*« ne laissez pas votre enfant utiliser votre téléphone »*.) (28,33,35-37)

Cependant, moins d'un quart des praticiens en 2018 comme en 2023, abordaient le temps d'écran parental, la TV en bruit de fond, ou proposaient des alternatives pour réduire l'exposition des enfants, malgré une prise de conscience croissante. (25,40)

### 2.3.8. Les conséquences d'une utilisation excessive

Progressivement, les praticiens renforçaient la précision de leurs messages sur les effets négatifs d'une surexposition aux écrans. Si, en 2018, les propos restaient parfois « vagues », la majorité des médecins avertissaient déjà des risques (79,2% selon Dr Homps). (34)(26)

Les différents effets délétères pointés étaient : les effets « addictifs » (*décrit par 80% des répondants en 2021*), comportementaux et sociaux, scolaires et organiques. (32) Plus des trois quarts des médecins interrogés en 2023, informaient sur les risques du développement global de l'enfant (sommeil, langage, apprentissage). (40)

La discussion sur les conséquences négatives était réalisée par la majorité des médecins. Après 2020, l'argumentation des effets négatifs semblaient être abordée plutôt facilement auprès des parents pour 62,2% des répondants. (24)

### 2.3.9. Conseil personnalisé

En 2017-2018, certains médecins essayaient d'aborder cette prévention en formulant des questions ouvertes et en recherchant le but de l'utilisation. (27) Ils favorisaient des messages personnalisés et un encouragement des parents. (34) Une étude évoquait que 75% des médecins interrogés avaient déjà rencontré un enfant présentant des troubles supposaient lié à un usage abusif des écrans (retard psychomoteur, céphalées, troubles du sommeil, obésité...) Parmi eux, 93% déclaraient avoir délivré un conseil spécifique aux parents. (23) Quelques-uns évoquaient s'adresser directement à l'enfant. D'autres pouvaient avoir un discours plus paternaliste (« Donc 0-3 ans, on ne met pas le gamin devant la télé quoi et on ne fiche pas le portable pour qu'il nous fiche la paix. » (E9) « pour des âges inférieurs à trois ans : pour moi c'est zéro ! (ton catégorique) [...] mais c'est niet » (M30)). (27,38)

A partir des années 2020, plusieurs médecins évoquaient faire du « cas par cas ». (35,38) Nombreux sont ceux qui orientaient leur prévention sur des familles qu'ils considéraient « plus à risque », avec un contexte socio-économiques précaire (« ceux qui vont avoir plus de surexposition aux écrans [...] un peu plus défavorisé... » E2). (27-29,37,38) La notion de partenariat avec entretiens motivationnels avait été mentionnée. (38)

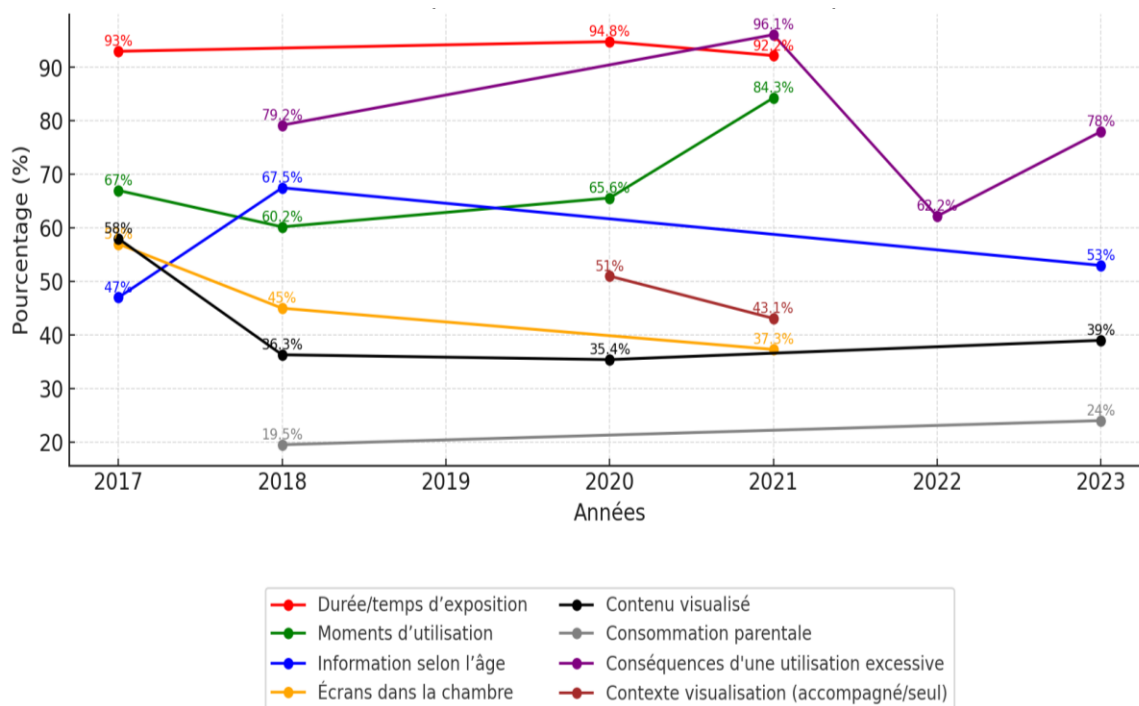


Figure 5. Evolution des conseils délivrés par les médecins sur les écrans (2017-2023)

### 3. Facteurs influençant les pratiques préventives

#### 3.1. Caractéristiques intrinsèques du médecin (âge, sexe, parentalité)

Les caractéristiques personnelles du médecin pouvaient influencer les pratiques préventives. Les femmes semblaient globalement plus enclines à aborder le sujet, même si ce résultat n'était pas toujours significatif. (25,30,32,33,36,41)

L'âge modifiait les pratiques selon certaines études. (32,33,41) Toutefois, le lien n'était pas toujours établi. (25,26,36) La prévention était plus souvent portée par des médecins de 30 à 55 ans. (25,33,40)

Selon certaines études, la prévention était influencée par le statut parental du praticien, en particulier lorsque le médecin était parent d'adolescents. (30,32,35,38) Cependant, plusieurs références ne montraient pas d'association significative entre le fait d'avoir un enfant et un abord plus fréquent du sujet des écrans. (25,30,33)

### **3.2. Milieu d'exercice et organisation des consultations**

Il n'était pas identifié de lien entre l'abord de l'exposition aux écrans et le milieu d'exercice. (26,36,40) Le nombre de consultations quotidiennes n'apparaissait pas comme un facteur déterminant dans la prévention des écrans. (25) Une étude montrait que les médecins ayant un rythme de 15 à 25 consultations par jour abordaient significativement plus le sujet que ceux ayant un rythme plus soutenu. (32) La durée de consultation (plus longue) était significativement associée à un abord plus fréquent d'après une référence. (36)

### **3.3. Part de la patientèle pédiatrique**

Certaines études suggéraient que plus la part d'enfants dans la patientèle était élevée, plus la prévention sur les écrans était réalisée (parfois de manière significative (30)).(24,26,30) Quelques travaux ne retrouvaient aucun lien entre la proportion d'enfants suivis et la prévention faite. (24,32)

### **3.4. Connaissances et formation des praticiens**

Les connaissances et la formation des médecins pouvaient jouer un rôle dans leur implication préventive. Plus les praticiens connaissaient les recommandations ou les risques d'une surexposition, plus ils avaient tendance à aborder le sujet, parfois significativement. (24,26,30,33,36,39-41)

Le sentiment d'être formé favorisait la prévention, aussi bien chez les médecins installés que chez les internes. (32) Une étude montrait une association significative entre l'abord plus fréquent du sujet et le fait d'avoir reçu une formation pendant l'internat. (39) Cette relation n'était pas toujours retrouvée. (33,36) Il n'était pas décrit de lien significatif chez les médecins

déclarant avoir eu une formation en pédiatrie (stages en pédiatrie, pédopsychiatrie, Protection maternelle infantile (PMI), expérience professionnelle pédiatrique...). (33)

Les études ne concluaient pas toutes sur l'existence d'un lien entre l'abord de la prévention des écrans et le fait d'être formé.

## **4. Freins à la prévention des écrans**

### **4.1. Le Manque de temps**

Entre 2018 et 2020, le manque de temps constituait un frein majeur. (26-28,30,35,38) Il touchait un peu plus de la moitié des praticiens, percevant la prévention comme une tâche chronophage face aux nombreuses thématiques à aborder en consultation. (31,34,36,41)

À partir de 2021, ce frein reculait, ne concernant plus qu'une minorité de praticiens (20%), jusqu'à devenir marginal en 2022. (33,39)

### **4.2. Les parents**

Les parents constituaient pour les praticiens un frein à la prévention des écrans. Avant 2020, leur vision positive des écrans (outils éducatifs, utile pour occuper l'enfant) et leur manque d'intérêt pour le sujet d'après les médecins interrogés, interféraient avec la réalisation de cette prévention. (26,30,41) De nombreux praticiens avouaient ne pas être à l'aise à l'idée de « critiquer » leur mode de vie. A partir de 2020, ce frein diminuait, 15 à 16% des praticiens appréhendaient la réaction des parents. (36,39) Bien qu'il persistât un certain pessimisme sur l'impact des messages délivrés de la part des généralistes jusqu'en 2023. (29,31,35,38)

### **4.3. Le manque de connaissances et de formation**

Le manque de connaissances et de formation constituait un frein important et persistant à la prévention de la surexposition aux écrans. Dès 2018, les praticiens soulignaient leur manque de connaissances pour plus de la moitié d'entre eux (avec souvent des notions « grand public ») ainsi que leur manque de formation. (26,27,38,41) Ce frein restait très marqué les années suivantes avec une proportion importante de médecins déclarant manquer de connaissances solides. (30,31,35–38) En 2021, c'était la première raison pour laquelle le sujet n'était pas abordé (environ deux tiers des répondants). (39)

En 2023, il persistait pour certains médecins, un sentiment d'illégitimité par manque de connaissances.

### **4.4. Le manque de recommandations claires et adaptées**

Le manque de recommandations claires était un frein à la prévention pour la majorité des répondants avant 2019 (58,5%). (26) Les années suivantes, une minorité de médecins évoquaient ce frein, 23,2% selon une étude de 2020 et 27,24% des internes parmi ceux déclarant ne pas faire de prévention (57,2%) en 2021. (36,39) Toutefois, le sentiment que les recommandations n'étaient pas toujours adaptées à la pratique, qu'elles étaient encore floues, ou mal connues persistait. (26,29,30,34,37,39)

### **4.5. Le manque de preuves scientifiques**

Le manque de preuves scientifiques était fréquemment évoqué (*« on a du mal à trouver des études de haut niveau de preuve »* (28)). (30,35,38) En 2023, il persistait des doutes sur les preuves scientifiques et quelques médecins se questionnaient sur un réel lien de causalité entre l'exposition et l'apparition de certains troubles. Certains d'entre eux évoquaient que le

concept de « surexposition aux écrans » restait encore mal défini. Le discours à adopter sur la durée d'exposition pouvait être « vague », probablement lié à l'absence de dose-effet clairement établi. (29)

#### **4.6. Le manque d'outils**

Le manque d'outils pratiques était un frein récurrent à la prévention des écrans. Déjà signalé en 2018, il était rapporté par près de la moitié des médecins interrogés en 2020-2021. (26,28,31,35,39) Les médecins manifestaient un désir de supports concrets et adaptés à leur exercice pour informer les familles (87,57% d'entre eux selon une étude). (36)

#### **4.7. Le rôle et la vision du médecin généraliste**

Les médecins rencontraient des difficultés à aborder la prévention des écrans en raison de leur propre positionnement et leur usage personnel des écrans, ainsi qu'une crainte de critiquer les habitudes de vie. (28,29,31,35-38) Initialement, certains médecins ne percevaient pas le sujet comme un élément systématique de dépistage (pas d'item dans le carnet de santé). (30)

Avant 2020, certains médecins étaient pessimistes sur l'efficacité des messages préventifs délivrés, ou évoquaient un manque d'intérêt pour le sujet (10 à 20% des répondants). (30,41) En 2020, une majorité de ceux ne faisant pas ou peu de prévention avouaient « ne pas y penser ». (35,36,38) Les écrans étaient perçus comme un problème sociétal ou éducationnel. Il persistait des difficultés à réaliser la prévention en raison de l'omniprésence des écrans. (29,31,34,36-38) Ces difficultés étaient renforcées devant une banalisation de leur utilisation et de potentiels effets « bénéfiques » attendus. (28,35,36,38)

Le sentiment de « non-rôle » du médecin diminuait, mais d'autres freins subsistaient comme la peur d'un discours culpabilisant, le sentiment d'intrusion dans la vie privée et la difficulté d'intégrer le sujet si ce n'était pas en lien avec la consultation. (24)

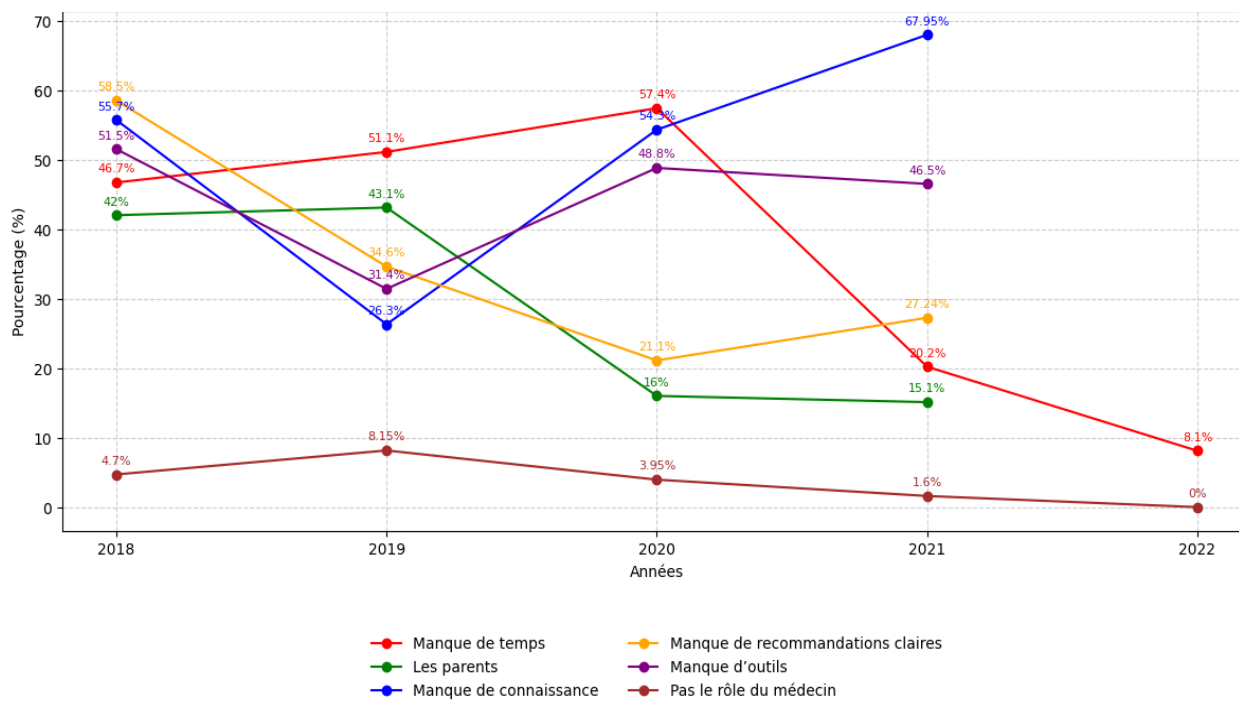


Figure 6. Evolution des freins à la prévention des écrans selon les médecins (2018 – 2022)

# DISCUSSION

## 1. Forces et limites de l'étude

L'une des forces de ce travail était l'originalité du sujet, avec comme objectif d'analyser l'évolution des pratiques des médecins généralistes et l'usage des recommandations et outils existants.

Les études incluses couvraient la majorité des régions de France, offrant une diversité géographique, ainsi qu'une vision complète et générale des pratiques professionnelles sur le territoire.

Cette revue de littérature narrative a été réalisée en se rapprochant de la méthode PRISMA afin d'assurer la qualité du travail de recherche. Le recours aux différentes grilles de qualité (STROBE, COREQ) renforçait la validité interne de l'étude.

Cette enquête contribuait à alimenter une base de données encore limitée sur les pratiques des médecins face à la problématique des écrans.

Ce travail a été réalisé par une seule personne et engendre donc un biais d'analyse devant l'absence de double lecture des références sélectionnées et un manque d'expérience de l'autrice (premier travail de recherche).

Un biais temporel pouvait être relevé, l'évolution rapide du contexte numérique pouvait créer un décalage entre les données collectées et la réalité actuelle. De plus, les études antérieures à 2020 devaient être comparées avec prudence à celles postérieures à la pandémie COVID, qui a très certainement bouleversé les habitudes numériques au sein des familles.

Le niveau de preuve restait faible car l'ensemble des références étaient des thèses, toutes issues de travaux descriptifs (aucune étude randomisée). Les études sélectionnées pouvaient manquer de puissance avec un nombre de sujets nécessaires non atteint.

Concernant les données quantitatives, le faible nombre de données par année, pouvait entraîner une variabilité importante des chiffres, limitant la généralisation des résultats. Les échantillons n'étaient pas représentatifs de la population des médecins généralistes français pour la majorité des études incluses. (25,26,28–32,34,35,37–41) Un manque d'homogénéité des échantillons était notable.

Près d'un tiers des références étaient des données qualitatives, ne permettant pas de quantifier et ainsi de comparer les habitudes de prévention au cours des années.

Un biais de confusion était à mentionner : les comportements de prévention pouvaient être influencés par plusieurs variables, et ces facteurs n'étaient pas toujours contrôlés, limitant la robustesse des comparaisons.

Des biais inhérents à chaque étude étaient retrouvés avec notamment un biais de sélection pouvant induire une surestimation des résultats devant un possible intérêt pour le sujet. Un biais d'information/de mesure était à noter, du fait du caractère déclaratif de nombreuses études, une désirabilité sociale, ainsi que d'autres éléments (questions fermées/ouvertes, délai retranscription...). Des biais d'interprétation, d'attrition, ou de confusion étaient retrouvés dans certaines références.

## **2. Position du médecin généraliste dans son rôle de prévention de manière générale comparée aux écrans.**

Dans cette revue narrative, depuis 2020, plus de 96% des médecins généralistes reconnaissaient leur rôle dans la prévention liée aux écrans. Quatre-vingt-quinze pourcent (95%) des médecins généralistes considéraient être les acteurs principaux pour réaliser la prévention tous sujets confondus, y compris chez les enfants. (42)

La prévention fait partie des compétences du médecin généraliste. (42) Une étude de 2007 montrait que la prévention ou le dépistage faisait l'objet d'une visite sur huit chez l'enfant en médecine générale (43). Dans la population générale, c'était 11% des consultations selon l'étude ECOGEN de 2012. (44)

Cependant, notre étude soulignait la difficulté des généralistes à aborder la prévention des écrans. Une étude de 2020 montrait que la prévention systématisée et répétée était fluctuante selon le sujet abordé avec un sentiment « de rôle » du médecin variable. (45)

Le principal argument est la difficulté d'aborder certains sujets touchant à l'intime, à l'illégal, ou jugés « tabou ». (42,46) Ce sentiment d'intrusion dans la vie privée était retrouvé dans la prévention des écrans, avec la crainte d'être perçu comme critiquant les habitudes de vie. Ainsi, en 2022, une étude de l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) montrait que plus d'un quart des professionnels de santé interrogés (28%) étaient d'accord avec l'affirmation que « les parents estiment que le médecin n'a pas à donner son avis sur les pratiques numériques familiales » (47). Malgré ce ressenti évoqué par certains médecins, ces derniers ont une place centrale dans la prévention primaire, favorisée par une relation de confiance avec le patient s'inscrivant au fil du temps. Dans la thèse de Dr PATAT, les médecins interrogés utilisaient « un panel varié d'approches à la fois systématiques, opportunistes, adaptatives et instinctives dans une relation diachronique avec leurs patients » afin de réaliser et d'adapter le discours préventif au patient.

### **3. Vision parentale sur le rôle du médecin dans la prévention des écrans**

Dans notre travail, la quasi-totalité des médecins interrogés estimaient jouer un rôle dans la prévention des écrans. Pourtant, les praticiens réalisaient principalement une prévention

secondaire (point d'appel, écrans en consultation) ou à la suite d'une demande parentale. En 2023, ils étaient près de 55% à avoir été sollicité par un parent sur le sujet.

En 2016, une étude interrogeant 1749 parents révélait qu'environ un tiers d'entre eux (34,8%) déclaraient n'avoir jamais été informés des risques liés à une exposition excessive aux écrans et un parent sur deux souhaitait des informations complémentaires sur le sujet. Ils étaient 57,9% à citer comme légitimes pour délivrer cette information le médecin, suivi à 38,9% par les personnels de l'éducation nationale, et de la PMI pour 22,3 %. (48)

En 2023, dans l'enquête de Dr LEVEIZEL en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe, 64,29% des parents interrogés (54 répondants/84) chez qui la question de l'exposition de leur enfant aux écrans n'avait pas été soulevée, seulement 18,52% auraient souhaité qu'on leur pose la question, près d'un tiers des parents n'aurait pas souhaité être questionné à ce sujet et 50% n'avaient pas répondu à cette question. Ces résultats de 2023 montraient qu'une minorité de parents désiraient être questionnés sur les habitudes numériques du foyer. (49) Résultats qui pouvaient donc être mis en parallèle au sentiment d'intrusion dans la vie privée décrit par les médecins.

#### **4. Evolution de certains freins à la suite des différentes recommandations et campagnes**

En 2018–2020, l'un des principaux freins à la prévention de la surexposition aux écrans évoqués par les médecins était le « manque de temps ». Certains jugeaient la prévention comme « chronophage » et les recommandations trop générales. Cette contrainte initialement décrite, était peut-être un prétexte lié à d'autres facteurs. Après 2020, ce frein diminuait, probablement justifié par une meilleure reconnaissance du rôle préventif, une progression des

données scientifiques et l'émergence de recommandations plus structurées (HCSP 2019, campagnes de Santé Publique France en 2020).

Le manque de recommandations était moins évoqué par les praticiens au cours du temps, mais l'évolution des pratiques ne semblait pas être en lien avec une recommandation spécifique. En 2022, 70% des médecins et pédiatres interrogés estimaient nécessaire « d'établir des recommandations claires sur l'usage du numérique par les parents et les enfants ». (47,50)

Une autre difficulté à réaliser la prévention primaire de la surexposition aux écrans, était justifiée par certains médecins par un questionnement sur les preuves scientifiques concernant l'apparition de certains troubles en lien avec les écrans. L'absence de dose-effet clairement établit pouvait rendre difficile le discours à adopter sur le temps d'exposition.

Initialement, la résistance parentale constituait un frein important de 2018 à 2020, venant s'opposer à des recommandations restrictives de type « pas d'écran avant 3 ans ». Après 2021, l'évolution des recommandations vers un accompagnement plutôt que l'interdiction stricte a probablement permis de réduire partiellement ce « blocage ». Cependant, de nombreux médecins (63%) avaient le sentiment que les parents étaient peu concernés par « l'impact de leurs pratiques numériques sur le développement des enfants », renforçant le besoin de campagnes d'information et de sensibilisation. (47,50)

En mars 2025, une Campagne « Les Darons / Les Daronnes » de la Fondation CNP Assurances a débuté afin d'alerter les parents sur les effets des écrans sur la santé mentale des jeunes, déculpabiliser et promouvoir un usage raisonné. (51)(52)

Le manque d'outils pour réaliser la prévention était souvent évoqué jusqu'en 2021, bien que de nombreux outils existaient comme les balises 3-6-9-12 ou les « 4 pas ». En 2022, selon une étude interrogeant 400 médecins généralistes et pédiatres, seulement 6% d'entre eux déclaraient ne pas avoir d'outils. (47) La majorité des médecins privilégiaient le dialogue avec

les familles : 85,7% dans la thèse de Dr DAHER comparable à un article de 2022, avec 81%. (30,47)

L'apparition du nouveau carnet de santé en 2025, a pour but de répondre à cette demande d'outils des professionnels de santé afin de faciliter la discussion sur le sujet et d'améliorer la systématisation de la prévention primaire.

## **5. Le carnet de santé comme aide à la prévention**

Les prémices du carnet de santé sont apparues au 19<sup>ème</sup> siècle et il deviendra obligatoire en France vers les années 1945. (53,54) La dernière version de 2025 vise à actualiser les messages préventifs sur divers thèmes, destinés à informer les parents et à soutenir le discours préventif des professionnels de santé. De nouveaux items, notamment sur les écrans, ont été intégrés pour répondre à la demande des médecins généralistes et favoriser une prévention systématique lors du suivi de l'enfant. (26,27,29-31,35,40)

D'après la thèse de Dr Waegell, près de 60% des médecins généralistes déclaraient se servir des items/messages du carnet de santé pour discuter de certains sujets avec les parents. Dans la version précédente du carnet de santé (2018), les messages d'aide à la parentalité montraient certaines limites sans un accompagnement explicatif du médecin. Une étude de 2019 menée auprès de 80 parents, révélait que certaines illustrations étaient mal comprises, par exemple : « Bébé pleure » ou « Sécurité du nourrisson dans la voiture » n'étaient pas bien interprétées par 8 parents sur 10. L'illustration « Syndrome du bébé secoué » n'était pas assimilée par 60% des parents interrogés. (55) Concernant, les premières parties des pages dédiées aux examens médicaux, une étude interrogeant 78 parents montrait que seulement 10% d'entre eux les complétaient chez les moins de 2 mois. (56)

Du côté des médecins, la connaissance des messages préventifs figurant dans le carnet restait hétérogène. En 2023, dans notre revue narrative, ils étaient un tiers à avoir déjà prêté attention aux messages concernant les écrans et seulement 11% s'en servaient pour réaliser la prévention. (40) Ces chiffres étaient comparables aux résultats de Dr Galtier (thèse de 2022) : seuls 4 médecins sur 11 avaient remarqué les encadrés sur l'exposition aux écrans apparus sur la version 2018 du carnet de santé. (57)

Concernant l'utilisation de ce dernier, dans une des références de notre étude, 92,4% des médecins interrogés affirmaient s'en servir systématiquement pour toutes les consultations chez l'enfant. (40) Selon les parents, le médecin de l'enfant complétait le carnet à chaque consultation dans 87 % des cas. (54,59) Toutefois le remplissage de ce dernier était variable : selon Dr Vincelet (2003), certains éléments de suivi, comme l'acquisition de la station assise était très largement recherchés (91%), tandis que d'autres, comme le tracé des courbes de poids du nourrisson l'étaient moins (64%). (54,58).

Le carnet de santé de 2025 compte 128 pages et aborde des thèmes réactualisés tels que l'alimentation, la prévention des violences ou encore l'exposition aux écrans avec une recommandation explicite d'éviter leur utilisation avant 3 ans. (60)

Compte tenu de la richesse de cette nouvelle version du carnet de santé, un temps d'adaptation sera probablement nécessaire aux praticiens pour se l'approprier. Secondairement, il serait intéressant d'enquêter si cette nouvelle version a su répondre aux attentes des médecins généralistes et de l'impact sur leurs pratiques préventives.

## CONCLUSION - PERSPECTIVES

Cette revue de la littérature narrative mettait en évidence une sensibilisation croissante des médecins généralistes aux risques liés à l'exposition des enfants aux écrans, bien que cette prévention restait très hétérogène et secondaire.

Si les praticiens reconnaissaient l'importance d'aborder cette thématique en consultation et ce dès les premiers mois de vie (voir même en prénatal), leur implication demeurerait limitée notamment chez l'enfant de moins de 3 ans, par un manque de recommandations claires, d'outils adaptées à leurs pratiques et le sentiment de manquer de connaissances / formation. Devant les nombreux sujets de prévention à aborder en médecine générale, les praticiens priorisent certaines thématiques, parfois plus facile à évoquer et pour lesquels ils ont moins de doute sur les preuves scientifiques et la corrélation avec certains symptômes.

L'actualisation des recommandations, l'apparition de nouvelles campagnes grand public et la mise à disposition d'un nouvel outil : le carnet de santé de 2025, ont pour but de sensibiliser la population, d'appuyer le discours des professionnels de santé et ainsi faciliter le dialogue entre les médecins et les parents. Le renforcement de la formation initiale et continue, ainsi que la mise à disposition de supports adaptés, constituent des leviers indispensables pour consolider cette démarche préventive au sein de la médecine générale.

A l'avenir, il serait pertinent d'évaluer si l'ajout d'items à cocher sur la prévention des écrans lors de chaque examen systématique de l'enfant permet d'améliorer les pratiques médicales en prévention primaire. Il serait intéressant de rechercher si les messages et illustrations destinés aux parents sont utilisés et mieux compris par ces derniers.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire de l'équipement audiovisuel des foyers en France métropolitaine - Résultats du 1er semestre 2023 pour la télévision | Arcom [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.arcom.fr/nos-ressources/etudes-et-donnees/etudes-bilans-et-rapports-de-larcom/observatoire-de-lequipement-audiovisuel-des-foyers-en-france-metropolitaine-resultats-du-1er-semester-2023-pour-la-television>
2. 6,5 écrans en moyenne par foyer en 2013 [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/technologies/article/2014/02/20/6-5-ecrans-en-moyenne-par-foyer-en-2013\\_4370567\\_651865.html](https://www.lemonde.fr/technologies/article/2014/02/20/6-5-ecrans-en-moyenne-par-foyer-en-2013_4370567_651865.html)
3. Bach JF, Houdé O, Léna P, Tisseron S. Un avis de l'Académie des sciences.
4. HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 mars [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1074>
5. Esseily R, Guellai B, Chopin A, Somogyi E. L'écran est-il bon ou mauvais pour le jeune enfant ? : Une revue de la littérature sur la prévalence de l'écran et ses effets sur le développement cognitif précoce. Spirale. 31 oct 2017;N° 83(3):28-40.
6. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. Archives de Pédiatrie. juill 2012;19(7):772-6.
7. rédaction. Baromètre écrans : Les Français « addicts » à leurs écrans ? [Internet]. 2023 [cité 25 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ludomag.com/2023/10/06/les-francais-addicts-a-leurs-ecrans/>
8. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthet-Derrien MS, Bidet-Emeriau M, Blocquaux S, et al. L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. Perfectionnement en Pédiatrie. mars 2018;1(1):19-24.
9. Société canadienne de pédiatrie, groupe de travail sur la santé numérique, Ottawa (Ontario), Ponti M, Bélanger S, Grimes R, Heard J, Johnson M, et al. Le temps d'écran et les jeunes enfants : promouvoir la santé et le développement dans un monde numérique. Paediatrics & Child Health. 27 nov 2017;22(8):469-77.
10. Remillieux S, Bourahla L. Exposition aux écrans des enfants de 2 à 6 ans: évaluer l'impact d'une intervention brève donnée aux parents et à leur enfant par un médecin généraliste. sept 2019;
11. Insee 2023 [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p0935tvh/fl.pdf>
12. L'exposition à la télévision et le test du bonhomme [Internet]. Ramus Méninges. 2022 [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: <https://ramus-meninges.fr/2022/10/16/television-et-test-du-bonhomme-2/>
13. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. Arch Pediatr Adolesc Med. déc 2010;164(12):1105-11.
14. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. J Pediatr. oct 2007;151(4):364-8.
15. Jean-Charles Basson, Agathe Billette de Villemeur, Christine Cannard, Laure Com-Ruelle, Emmanuel Damville, Pascale Duché, Virginie Halley des Fontaines, Thierry Lang, Etienne Merlin,. Effets de l'exposition des enfants et

des jeunes aux écrans. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. 12 déc 2019;hcspr(janvier 2020):81.

16. L'exposition précoce et excessive aux écrans (Mai 2018) [Internet]. [cité 25 janv 2025]. Disponible sur: <https://sfpeada.fr/lexposition-precoce-et-excessive-aux-ecrans-epée/>
17. Trédez H. Modalités d'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 3 ans : évaluation des règles instaurées au domicile par les parents en rapport avec les dernières recommandations [Internet]. Université de Lille; 2019 [cité 25 janv 2025]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-12397>
18. Dubreu-Béclin A. Exposition aux écrans et croissance psychique. L'Évolution Psychiatrique. juill 2018;83(3):399-414.
19. barometre-du-numerique\_2023\_rapport\_mai2024.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: [https://www.arcep.fr/uploads/tx\\_gspublication/barometre-du-numerique\\_2023\\_rapport\\_mai2024.pdf](https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/barometre-du-numerique_2023_rapport_mai2024.pdf)
20. Chouvin M. Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique des enfants de moins de 6 ans dans le Vaucluse.
21. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France.
22. L'exposition aux écrans désormais interdite dans les lieux d'accueil des jeunes enfants [Internet]. [cité 3 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A18388>
23. Vdovenko K. Impact des écrans sur la santé des enfants. Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste. oct 2018;
24. Etude prospective sur l'impact d'une intervention brève sous forme d'une sensibilisation auprès des médecins généralistes de la Nièvre dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 3 ans [Internet]. 2022 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.idref.fr/263220958>
25. Chabalgoïty A. Prévention par les médecins généralistes de la Nouvelle Aquitaine de l'impact des écrans chez les enfants de moins de 6 ans. In 2019 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Pr%C3%A9vention-par-les-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-de-la-de-6-Chabalgo%C3%AFty/3824fb86db0425501c978e2bba378b483a14f20d>
26. Homps M. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées. In 2018 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Pr%C3%A9vention-de-la-surexposition-aux-%C3%A9crans-chez-par-Homps/d958a5f6fec8fce780369d7f251e3d099893e1da>
27. Fouilland C, Michon C. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, et pistes pour l'amélioration des pratiques. juill 2018;
28. Archambaud E. Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes Alpes dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire. oct 2020;
29. Schanen V, Bouffil P. Prévention et dépistage de l'exposition aux écrans des enfants de 0 à 12 ans par les médecins généralistes. nov 2023;
30. Daher A. L'abord de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 12 ans en consultation de médecine générale dans le Languedoc-Roussillon. 17 oct 2019;114.

31. Ratnam K. Évaluation des pratiques des médecins généralistes en Île de France sur la prévention des risques liés à la surexposition des écrans chez les enfants de moins de 6 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Cité. Faculté de santé; 2020.
32. Rheims C. Déterminants d'une prévention adéquate des écrans chez les enfants de moins de six ans par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2021 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03589120>
33. Aurélie L. Prévention primaire en médecine générale de l'exposition aux écrans des enfants de moins de trois ans : étude observationnelle descriptive basée sur un audit de pratiques professionnelles chez des médecins généralistes de la Haute-Vienne, la Creuse et la Corrèze. nov 2022;
34. Talaron C. Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans : modification des pratiques après sensibilisation. 26 avr 2019;64.
35. Salenne P. Comment les médecins généralistes abordent-ils les effets néfastes de l'exposition prolongée aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans: étude qualitative auprès des médecins généralistes Havrais. Fev 2021;
36. Connaissances et pratiques des médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe concernant l'utilisation des écrans chez les enfants de moins de 12 ans | DUNE [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/documents/dune12297>
37. Koch O. Représentations et attentes des médecins généralistes en Ile-de-France sur la place de la prévention de l'exposition aux écrans dans le suivi pédiatrique [Thèse d'exercice]. [1991-...., France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2022.
38. Bassi F. Comment des médecins généralistes de l'Indre déclarent-ils aborder l'exposition aux écrans des enfants de moins de 6 ans ? : étude qualitative autour du partage du questionnaire canadien « 10 questions à envisager de poser aux parents ayant de jeunes enfants » [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2022.
39. Lilia A. Exposition aux écrans dans la population pédiatrique âgée de moins de 12 ans : étude des pratiques de prévention chez les internes de médecine générale en France. nov 2021;
40. 2024\_WAEGELL\_Marion.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2025]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2024/2024\\_WAEGELL\\_Marion.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2024/2024_WAEGELL_Marion.pdf)
41. François HT. Place du médecin généraliste dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans en Lorraine: étude épidémiologique interrogeant 114 médecins généralistes installés en Lorraine. oct 2021;
42. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention.
43. Franc LV, Rosman PF. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites.
44. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 11 oct 2025]. Disponible sur: [https://www.exercer.fr/full\\_article/613](https://www.exercer.fr/full_article/613)
45. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients.
46. Patat A. Comment les médecins généralistes incluent-ils la prévention primaire au sein de leurs consultations ? [Internet]. Université Angers; 2022 [cité 25 oct 2025]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune16071>

47. Chasles-Parot M, Legrand F, Roure L. numérique sur les enfants de 0 à 6 ans.
48. Dartau M, Guillard-Prudhomme C, Romero M, Magot L. Les jeunes enfants et les écrans : les parents sont-ils informés des dangers ? Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 2019;22(2):69-74.
49. Leveziel A. Utilisation des écrans chez les enfants de moins de 12 ans en 2022-2023 : enquête quantitative auprès des parents en Maine et Loire, Mayenne et Sarthe [Internet]. Université d'Angers; 2024 [cité 11 oct 2025]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune18100>
50. CoSE. Les médecins et les parents auraient ils enfin pris la mesure des effets négatifs des écrans? [Internet]. 2023 [cité 12 oct 2025]. Disponible sur: <https://surexpositionecrans.fr/les-medecins-et-les-parents-auraient-ils-enfin-pris-la-mesure-des-effets-negatifs-des-ecrans/>
51. Assurances CNP. La Fondation CNP Assurances lance une campagne de sensibilisation « Les Darons » pour alerter sur l'impact des écrans sur la santé des jeunes | CNP Assurances [Internet]. 2025 [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.cnp.fr/le-groupe-cnp-assurances/newsroom/communiques-de-presse/2025/la-fondation-cnp-assurances-lance-une-campagne-de-sensibilisation-les-darons-pour-alerter-sur-l-impact-des-ecrans-sur-la-sante-des-jeunes>
52. Communiqué\_CNP\_Assurances\_Les\_Darons-Ecrans-180325VF.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: [https://www.cnp.fr/cnp/content/download/12732/file/Communiqu%C3%A9\\_CNP\\_Assurances\\_Les\\_Darons-Ecrans-180325VF.pdf](https://www.cnp.fr/cnp/content/download/12732/file/Communiqu%C3%A9_CNP_Assurances_Les_Darons-Ecrans-180325VF.pdf)
53. Picherot G. Le carnet de santé en France une histoire récente ? Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 avr 2024;37(2):73-8.
54. Leblanc A. Le carnet de santé de l'enfant : quelles missions ? Enfances & Psy. 4 juill 2018;77(1):49-58.
55. Dumez J, Trombert-Pavot B, Bois C. Carnet de santé de l'enfant : les illustrations des conseils aux parents sont-elles compréhensibles ? Santé Publique. 19 juill 2019;31(2):195-202.
56. Heriat A. État des lieux de la connaissance des parents sur le carnet de santé de leur enfant : intérêt d'une plaquette explicative [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2024 [cité 11 oct 2025]. p. NNT : 2024LORR1053. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-05027589>
57. Galtier F. Intérêts de la nouvelle version du Carnet de Santé de l'Enfant de 2018 dans le domaine de la prévention en Médecine Générale : point de vue des médecins généralistes. 13 mai 2023;128.
58. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. Archives de Pédiatrie. 1 mai 2003;10(5):403-9.
59. Microsoft Word - 2011-092 Carnet de santé évaluation parents-Rapport final-v3-11-04-12 (2) [Internet]. [cité 11 oct 2025]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sur\\_l\\_evaluation\\_du\\_carnet\\_de\\_sante\\_de\\_l\\_enfant\\_aupres\\_des\\_parents.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_l_evaluation_du_carnet_de_sante_de_l_enfant_aupres_des_parents.pdf)
60. Caducee.net [Internet]. [cité 11 oct 2025]. Carnet de santé 2025 : des améliorations mais un retard digital préoccupant. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/16509/carnet-de-sante-2025-des-ameliorations-mais-un-retard-digital-preoccupant.html>
61. La lumière des écrans nuit-elle vraiment au sommeil ? [Internet]. Science et vie. 2016 [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.science-et-vie.com/article-magazine/la-lumiere-des-ecrans-nuit-elle-vraiment-au-sommeil>

62. arepege.org/wp-content/uploads/2018/03/Nouveau\_carnet\_de\_sante-avril-2018.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: [https://arepege.org/wp-content/uploads/2018/03/Nouveau\\_carnet\\_de\\_sante-avril-2018.pdf](https://arepege.org/wp-content/uploads/2018/03/Nouveau_carnet_de_sante-avril-2018.pdf)
63. carnet-sante-2025-specimen.pdf [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/carnet-sante-2025-specimen.pdf>
64. Charles L, Mercier P. « Exposition précoce des enfants aux écrans: opinions de parents et prévention ». France; 2019.
65. Tisseron S. Les balises 3-6-9-12, un guide des écrans en famille, pour apprendre à s'en servir et à s'en passer: Informations sociales. 14 avr 2021;n° 202(1):22-30.
66. Paillusson C, Thérin-Banvillet A. Connaissances et pratiques des médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe concernant l'utilisation des écrans chez les enfants de moins de 12 ans. Angers: Université Angers; 2020. p. 99.
67. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 27 janv 2025]. L'importance de maîtriser le temps d'écran des enfants - Dossier. Disponible sur: <https://afpa.org/dossier/ecrans/>
68. 3-6-9-12\_tisseron.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: [https://afpa.org/content/uploads/2017/06/3-6-9-12\\_tisseron.pdf](https://afpa.org/content/uploads/2017/06/3-6-9-12_tisseron.pdf)
69. Aurore L. Utilisation des écrans chez les enfants de moins de 12 ans en 2022-2023 : enquête quantitative auprès des parents en Maine et Loire, Mayenne et Sarthe.
70. Affiche-écrans-4-pas.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://afpa.org/content/uploads/2018/05/Affiche-%C3%A9crans-4-pas.pdf>
71. Académie des sciences, éditeur. L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des sciences. Paris: le Pommier; 2013. (Éducation le Pommier !).
72. Formathon - Congrès de médecine Générale [Internet]. [cité 26 mai 2025]. Disponible sur: <https://formathon.fr/Formathon/575/impact-des-ecrans-sur-les-jeunes-enfant>
73. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. 2017 [cité 17 févr 2025]. Enfants : les écrans se multiplient...et les précautions aussi - AFPA. Disponible sur: <https://afpa.org/2017/07/17/enfants-ecrans-se-multiplient-precautions/>
74. LAFPA-et-les-ecrans-Le-cheminement-de-lAFPA-Revue-Le-Pediatre-janvier-fevrier-2023.pdf [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://afpa.org/content/uploads/2023/03/LAFPA-et-les-ecrans-Le-cheminement-de-lAFPA-Revue-Le-Pediatre-janvier-fevrier-2023.pdf>
75. INCA3-ActivitesPhysiques.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/INCA3-ActivitesPhysiques.pdf>
76. PRES2017DPA04.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2017DPA04.pdf>
77. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. 2017 [cité 17 févr 2025]. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>

78. Les résultats de l'étude ESTEBAN 2014-2015 [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/les-resultats-de-l-etude-esteban-2014-2015>
79. Statista Daily Data [Internet]. 2024 [cité 18 févr 2025]. Infographie: Combien de temps les jeunes passent-ils devant les écrans ? Disponible sur: <https://fr.statista.com/infographie/32191/evolution-du-temps-ecran-chez-les-enfants-et-adolescents-en-france>
80. Gassama M, Bernard J. Activités physiques et usage des écrans à l'âge de 2 ans chez les enfants de la cohorte Elfe.
81. Presentation-Toluna-Harris-Les-enfants-les-parents-et-les-enjeux-numeriques-Google-VF.pdf [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2023/03/Presentation-Toluna-Harris-Les-enfants-les-parents-et-les-enjeux-numeriques-Google-VF.pdf>
82. CP-etude-jeunes-enfants-et-internet.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://e-enfance.org/wp-content/uploads/2023/03/CP-etude-jeunes-enfants-et-internet.pdf>
83. Adopter un usage éducatif des écrans - Arcom (ex-CSA) [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Proteger/Protection-de-la-jeunesse-et-des-mineurs/Les-enfants-et-les-ecrans-les-conseils-de-l-Arcom/Adopter-un-usage-educatif-des-ecrans>
84. Pas d'écran avant trois ans | info.gouv.fr [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/pas-decran-avant-trois-ans>
85. enfants et écrans .pdf [Internet]. [cité 16 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/admin/upload/default/0001/16/fbec6abe9d9cc1bff3043d87b9f7951e62779b09.pdf>
86. L'exposition aux écrans désormais interdite dans les lieux d'accueil des jeunes enfants [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A18388>
87. MAdP. La France et le Monde en Commun - Écrans et réseaux sociaux : quelles approches en Chine, en France et aux Etats-Unis en faveur de la santé mentale des jeunes ? [Internet]. La France et le Monde en Commun. 2024 [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://lafranceetlemonde.org/ecrans-et-reseaux-sociaux-quelles-approches-en-chine-en-france-et-aux-etats-unis-en-faveur-de-la-sante-mentale-des-jeunes/>
88. Gouvernement du Québec [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Utilisation équilibrée des écrans chez les jeunes - reco quebec. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/saines-habitudes-de-vie/utilisation-saine-des-ecrans-chez-les-jeunes>
89. actionsaddictions. Addict Aide - Le village des addictions. 2024 [cité 26 janv 2025]. Australie : le Parlement adopte l'interdiction d'accès aux réseaux sociaux pour les moins de 16 ans. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/australie-le-parlement-adopte-linterdiction-dacces-aux-reseaux-sociaux-pour-les-moins-de-16-ans/>
90. Martin F. Sefarad. 2024 [cité 26 janv 2025]. Le gouvernement opte pour le zéro écran ! Disponible sur: <https://www.sefarad.org/actus/technologie-et-sciences/le-gouvernement-opte-pour-le-zero-ecran/>
91. Había dos caminos para regular la tecnología en los niños: el Gobierno ha elegido el de cero pantallas [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.xataka.com/legislacion-y-derechos/habia-dos-caminos-para-regular-tecnologia-ninos-gobierno-ha-elegido-cero-pantallas>
92. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

93. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):34-8.
94. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):39-44.
95. Rapport annuel 2023 de l'Arcom | Arcom [Internet]. [cité 26 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.arcom.fr/nos-ressources/etudes-et-donnees/etudes-bilans-et-rapports-de-larcom/rapport-annuel-2023-de-larcom>

## **Webographie/infographie :**

<https://lebonusagedesecrans.fr/essentiel-a-savoir/les-ecrans-en-france/>

<http://www.alertecran.org/2024/02/18/loi-du-7-juillet-2023-visant-a-instaurer-une-majorite-numerique-et-a-lutter-contre-la-haine-en-ligne/>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtee69.pdf>

[https://www.sfmq.org/data/actualite/actualite\\_fiche/10/fichier\\_communique\\_suivi\\_enfant65a8a.pdf](https://www.sfmq.org/data/actualite/actualite_fiche/10/fichier_communique_suivi_enfant65a8a.pdf)

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire\\_de\\_la\\_t%C3%A9l%C3%A9vision\\_fran%C3%A7aise](https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_t%C3%A9l%C3%A9vision_fran%C3%A7aise)

<https://www.youtube.com/watch?v=pgjvGxWQ8xU>

[https://hal.science/hal-00657381v1/file/Pages\\_15\\_A\\_27\\_-\\_Dumez\\_H.\\_-2011\\_-\\_Faire\\_une\\_revue\\_de\\_litt%C3%A9rature.-Libellio\\_vol.7\\_n%C3%A02.pdf](https://hal.science/hal-00657381v1/file/Pages_15_A_27_-_Dumez_H._-2011_-_Faire_une_revue_de_litt%C3%A9rature.-Libellio_vol.7_n%C3%A02.pdf)

<https://mgtfe.be/guide-de-redaction/5-recherche-bibliographique/5-3-la-question-de-recherche-methode-pico/>

<https://www.drogues.gouv.fr/publication-des-resultats-de-la-quatrieme-edition-du-barometre-mildecap-harris-interactive-sur-les>

<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/for-fathers/temps-ecran-ya-personne-parfait.pdf>

<https://www.inspq.qc.ca/ecrans-hyperconnectivite/recommandations>

<https://www.exercer.fr/article/download/623?save=1>

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Diagramme de flux.....	9
Figure 2 : Evolution de l'abord de la prévention des écrans par les médecins généralistes ..	12
Figure 3 : Prévention des écrans selon l'âge de l'enfant .....	14
Figure 4 : Outils utilisés par les médecins pour la prévention des écrans .....	18
Figure 5 : Evolution des conseils délivrés par les médecins sur les écrans.....	23
Figure 6 : Evolution des freins à la prévention des écrans selon les médecins. ....	28

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Tableau synthèse de la revue de littérature .....	I
Tableau II : Données socio-démographiques de chaque référence.....	IV
Tableau III : Principaux Résultats - extraction de données non exhaustive .....	VII
Tableau IV : Résumé des chiffres utilisés pour la réalisation des graphiques .....	XVI
Tableau V : Type d'écran selon l'âge d'après l'AFPA 2016 .....	XVIII

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>.....</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>6</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Caractéristiques des références sélectionnées .....</b>	<b>8</b>
1.1. Sélection des références .....	8
1.2. Caractéristiques générales des études incluses .....	9
<b>2. Les pratiques préventives des médecins généralistes .....</b>	<b>10</b>
2.1. Le dépistage .....	10
2.1.1. Abord par les médecins de l'exposition aux écrans lors des consultations .....	10
2.1.2. Dépistage selon l'âge de l'enfant .....	13
2.1.3. Type de consultation pour aborder le sujet des écrans .....	15
2.1.4. Evaluation de l'exposition aux écrans par les médecins généralistes .....	15
2.2. Les moyens utilisés pour réaliser la prévention des écrans .....	16
2.2.1. Les supports papiers (affiches, prospectus, dépliants) .....	16
2.2.2. Le carnet de santé .....	17
2.2.3. Les recommandations .....	17
2.2.4. Les campagnes de sensibilisation .....	17
2.2.5. Le conseil oral .....	18
2.2.6. Le vécu personnel du médecin .....	18
2.3. Les messages délivrés .....	19
2.3.1. La durée et les limitations du temps d'exposition .....	19
2.3.2. Les moments d'utilisations .....	19
2.3.3. Informations délivrées selon l'âge .....	19
2.3.4. Préconisations sur l'utilisation des écrans dans la chambre .....	20
2.3.5. Conseils délivrés sur le type d'écran et le contenu visionné .....	20
2.3.6. L'accompagnement de l'enfant face aux écrans .....	21
2.3.7. Discussion de la consommation parentale et des règles au sein du foyer .....	21
2.3.8. Les conséquences d'une utilisation excessive .....	21
2.3.9. Conseil personnalisé .....	22
<b>3. Facteurs influençant les pratiques préventives .....</b>	<b>23</b>
3.1. Caractéristiques intrinsèques du médecin (âge, sexe, parentalité) .....	23
3.2. Milieu d'exercice et organisation des consultations .....	24
3.3. Part de la patientèle pédiatrique .....	24
3.4. Connaissances et formation des praticiens .....	24
<b>4. Freins à la prévention des écrans .....</b>	<b>25</b>
4.1. Le manque de temps .....	25
4.2. Les parents .....	25
4.3. Le manque de connaissances et de formation .....	26
4.4. Le manque de recommandations claires et adaptées .....	26
4.5. Le manque de preuves scientifiques .....	26
4.6. Le manque d'outils .....	27
4.7. Rôle et vision du médecin généraliste .....	27

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>29</b>
1. Forces et limites de l'étude.....	29
2. Position du médecin généraliste dans son rôle de prévention de manière générale comparée aux écrans .....	30
3. Vision parentale sur le rôle du médecin dans la prévention des écrans.....	31
4. L'évolution de certains freins à la suite des différentes recommandations - campagnes .....	31
5. Le carnet de santé comme aide à la prévention .....	34
<b>CONCLUSION - PERSPECTIVES .....</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>37</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>44</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>45</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
1. Les tableaux	
Tableau I : Tableau synthèse de la revue de littérature	
Tableau II : Données socio-démographiques de chaque référence	
Tableau III : Principaux Résultats - extraction de données non exhaustive	
Tableau IV : Résumé des chiffres utilisés pour la réalisation des graphiques	
Tableau V : Type d'écran selon l'âge d'après l'AFPA 2016	
2. Autres documents	
Annexe 1 : Test du Bonhomme	
Annexe 2 : Cycle mélatonine	
Annexe 3 : Carnet de santé 2018	
Annexe 4 : Carnet de santé 2025	
Annexe 5 : Les recommandations françaises (et parallèle avec certaines études)	
Annexe 6 : Les grilles de Qualité (COREQ, STROBE, PRISMA)	

# ANNEXES

## 1. Les Tableaux

Tableau I. Tableau synthèse de la revue de littérature

Titre de la référence	Auteur	Année d'analyse	Lieu de l'étude	Type d'étude	Qualité étude	Biais retrouvés
« Impact des écrans sur la santé des enfants – Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste »	Kateryna Vdovenko	Mai à juillet 2017	Région PACA	Thèse Quantitative	Grille STROBE 16/22	Biais sélection (MSU)
« Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition des jeunes enfants aux écrans »	Pauline Fouilland et Marie Michon	12/2017 à 02/2018	Isère et Savoie	Thèse Qualitative	Grille COREQ 25/32	Biais d'interprétation, biais de sélection (volontariat)
« Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées »	Mathilde Homps	Janvier à février 2018	Midi-Pyrénées	Thèse Quantitative	Grille STROBE 18/22	Biais de sélection (femme), biais de déclaration/de mesure, faible niveau de preuve
« Prévention par les médecins généralistes de la Nouvelle-Aquitaine de l'impact des écrans chez les enfants de moins de 6ans »	Anaïs Chabalgoity	2018 (publié en 2019)	Nouvelle-Aquitaine	Thèse Quantitative	Grille STROBE 18/22	Biais de sélection (volontariat), biais de désirabilité sociale (déclaratif - possible surestimation)
« Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans : modification après sensibilisation »	Céline Talaron	Mars à octobre 2018 (Publié en 2019)	Var et Alpes-Maritimes	Thèse Qualitative	Grille COREQ 24/32	Biais de sélection (volontariat) Biais d'information (de désirabilité) Biais de confusion (absence de vérification des résultats auprès des participants), faible niveau de preuve
« Place du médecin généraliste dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 3ans en Lorraine »	Hélène Toussaint-François	2019	Lorraine	Thèse Quantitative	Grille STROBE 16/22	Biais de sélection (volontariat) risque de surestimation Biais de mesure (déclaratif et rétrospectif)
« L'abord de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 12ans en consultation de médecine générale dans le Languedoc-Roussillon. »	Alexandre Daher	2019	Languedoc-Roussillon	Thèse Quantitative	Grille STROBE 19/22	Biais de sélection /représentativité (certains départements surreprésentés, femme, âge...) Biais de mesure (déclaratif) Manque de puissance (un seul envoi, pas de relance)
« Etude qualitative auprès des médecins généralistes Havrais sur la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 6ans »	Priscilla Salenne	2020	Territoire Havrais de la CODAH	Thèse Qualitative	Grille COREQ 27/32	Biais de subjectivité, biais de sélection (volontariat), biais de mesure, biais d'interprétation
« Connaissances et pratiques des médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe concernant l'utilisation	Paillusson Chloé et Thérin-	2020	Maine-et-Loire,	Thèse Quantitative	Grille STROBE 18/22	Biais de sélection (volontariat et MSU, bien que MSU semblent

des écrans chez les enfants de moins de 12ans »	Banvillet Aude		Mayenne, Sarthe				avoir une pratique comparable aux autres médecins généralistes) Biais attrition Biais de déclaration
« Représentations et attentes des médecins généralistes en Ile-de-France, sur la place de la prévention de l'exposition aux écrans dans le suivi pédiatrique »	Ombeline De Vergnes Koch	2020	Ile-de-France	Thèse Qualitative	Grille COREQ 28/32		Biais de réponse mais très peu détaillé
« Etude qualitative sur l'abord de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 6ans en médecine générale »	Florence Bassi	2020	Indre	Thèse Qualitative	Grille COREQ 28/32		Biais de déclaration, de mesures, d'investigation
« Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes-Alpes dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire »	Elsa Archambaud	Novembre 2019 à janvier 2020	Les Hautes-Alpes	Thèse Qualitative	Grille COREQ 29/32		Biais déclaratif, recrutement, investigation, interprétation (bien que limité par double codage sur 4 entretiens et triangulation des données), Qualitatif donc pas généralisable
« Evaluation des pratiques des Médecins généralistes en ile de franc sur la prévention des risques liés à la surexposition des écrans chez les enfants de moins de 6ans. »	Kasthury RATNAM	Octobre 2020	Ile-de-France	Thèse Quantitative	Grille STROBE 16/22		Echantillon non représentatif des médecins d'ile de France - Biais de sélection (MSU, volontariat) - biais de confusion (influence certains facteurs) - biais de mesure (questions fermées)
« Déterminants d'une prévention adéquate des écrans chez les enfants de moins de 6ans par le médecin généraliste »	Clarisse Rheims	2021	Gironde	Thèse Quantitative	Grille STROBE 17/22		Biais de sélection, volontariat Biais de mesure, de désirabilité sociale
« Exposition aux écrans dans la population pédiatrique de moins de 12ans - Etude des pratiques de prévention chez les internes de médecine générale en France »	Lilia Agov	2021	France	Thèse Quantitative	Grille STROBE 18/22		Biais de sélection (stage le plus réalisé ambulatoire niveau 1) Biais de désirabilité sociale Biais de recrutement - Biais attrition
« Etude prospective sur l'impact d'une intervention brève sous forme d'une sensibilisation auprès des médecins généralistes de la Nièvre dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 3ans »	Kathleen Deckert Herlemann	12/2021 à 03/2022	Nièvre	Thèse Quantitative	Grille STROBE 17/22		Biais de classement, de volontariat, attrition, information, confusion

« Prévention primaire en médecine générale de l'exposition aux écrans des enfants de moins de 3ans »	Aurélie Lagarde	Octobre 2021-Avril 2022	Haute-Vienne Corrèze, Creuse	Thèse Quantitative	Grille STROBE 16/22	Biais de sélection, de volontariat, d'information (délai remplissage questionnaire après consultation)
« Prévention et dépistage de l'exposition aux écrans des enfants de 0 à 12ans par les médecins généralistes »	Valentine Schanen et Pauline Bouffil	2023	Région PACA	Thèse Qualitative	Grille COREQ 25/32	Biais d'investigation, de désirabilité sociale, biais de mesure (pas retranscrit tout de suite)
« Outils utilisés dans la prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant de moins de 6ans en consultation de médecine générale en Alsace »	Marion Waegell	09/2022 à 02/2023 (Publié 2024)	Alsace	Thèse Quantitative	Grille STROBE 16/22	Biais de recrutement, manque de puissance

Nb : le score de qualité des études a été estimé par l'autrice (non extrait des références)

Tableau II. Données socio-démographiques de chaque référence

Titre de la Référence	Echantillon taux de participation	Sexe	Âge	Type d'exercice	Lieu exercice	Durée d'exercice installé	Être parents	Form ation	Part pédiatrie	Nb consult par jour
« Impact des écrans sur la santé des enfants – Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste » K.Vdovenko	n = 190 32%	H 67%	Moy 52ans	78% en groupe	NP	NP	NP	NP	17% consultation à tendance pédiatrique 70% patientèle variée	NP
« Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition des jeunes enfants aux écrans » P.Fouillard et M.Michon	n = 39, NP	F 74%	66,6% : < 40ans 82% : < 50ans	71,7% groupe	U : 74% SR : 23%	38,5% non installés 30,7% 5 à 20ans	59%	Non 84,6 %	69% entre 10 et 25% 15% entre 25 et 50%	NP
« Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées » M.Homps	n = 212 9,4%	F 56,6 %	Moy 49,5ans plus de 50ans : 51,7%	NP	U : 42% R : 22,6% SR : 35,4%	30,2% installés en 2010 ou après	NP	NP	45,8% part « moyenne » 35,4% part « importante »	NP
« Prévention par les médecins généralistes de la Nouvelle-Aquitaine de l'impact des écrans chez les enfants de moins de 6ans » A.Chabalgoity	n = 128 4,6%	F 54,7 %	Moy 52,9ans	NP	U : 60,47% R : 19,5%	NP	56,3% enfants < 25ans	NP	55% ont vu au moins 10enfants la semaine précédente	Majorité 46% 20 à 25/j Nb moy/j 24
« Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans : modification après sensibilisation » C.Talaron	n = 14 NP	50/50	Moy 46ans 57% : > 40ans	NP	U : 71,4% R : 7% SR : 21,6%	NP	NP	NP	NP	NP
« Place du médecin généraliste dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 3ans en Lorraine » H. Toussaint-Francois	n = 114, estimé 8,1 à 10,2%	H 58,77 %	Moy 47,68ans	NP	U : 29,82% R : 33,33%	NP	89,47 %	NP	NP	NP
« L'abord de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 12ans en consultation de médecine	n = 133 5,1%	F 63,9 %	Moy 44ans 48,9% : <40ans 32,3% : 50ans ou plus	68,4% groupe 13,5% MSP	SR : 51,1% U : 36,1%	NP	88%	NP	49,6% : moins de 20%,	NP



« Déterminants d'une prévention adéquate des écrans chez les enfants de moins de 6ans par le médecin généraliste » C.Rheims	n = 51 32,9%	F 62,7 %	51% 30-40ans 23,5% 40-50ans, 25,5% : > 50ans	NP	SR : 45,1% U : 43,1%	NP	88,2%	Non 82,4 %	Moins de 6ans : 53% : 5-15% 33,3% : 15-25% 13,7% : 25-35%	45,1% : 15 à 25 41,2% : 26 à 35
« Exposition aux écrans dans la population pédiatrique de moins de 12ans – Etude des pratiques de prévention chez les internes de médecine générale en France » L.Agov	n = 545 5,1%	F 73%	Age médian 26	NP (interne)	NP	27,71% : 5eme semestre 26,97% : 3eme semestre 23,49% : 1 <sup>er</sup> semestre	NP	4,59 %	NP	NP
« Etude prospective sur l'impact d'une intervention brève sous forme d'une sensibilisation auprès des médecins généralistes de la Nièvre dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 3ans » K.Deckert Herlemann	n = 45 34,9%	H 64,4 %	55,6% > 55ans	NP	R : 48,9% U : 20%	NP	NP	NP	13,3% : > de 15 consultations pédiatriques /semaine	NP
« Prévention primaire en médecine générale de l'exposition aux écrans des enfants de moins de 3ans » A.Lagarde	n = 12 30%	F 58%	Moy 44,6ans	NP	NP	Moyenne 15,1ans	83%	NP 33% formation pédiatrique	NP	NP
« Prévention et dépistage de l'exposition aux écrans des enfants de 0 à 12ans par les médecins généralistes » V. Schanen et P.Bouffil	n = 15 NP	F 60%	40% : 35-45ans 20% : 45-55ans 20% : 55-65ans 13,3% : <35ans	NP 86,7% installés	U : 46,7% SR : 33,3% R : 20%	53,4% entre 10 et 20ans d'installati on	86,7%	NP	NP	NP
« Outils utilisés dans la prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant de moins de 6ans en consultation de médecine générale en Alsace » M. Waegell	n = 92 NP	F 78%	51% : < 40ans 81% : < 50ans	2/3 installés 33% MSU	SR : 51% U : 39% R : 13%	NP	NP	NP	71,7% : 5 à 25% 18% : >25% 10% : <5%	NP

H : homme, F : femme / R : rural, SR : semi-urbain, U : urbain, SU : non précisé / MSU : maître de stage universitaire / moy = moyenne

Tableau III. Principaux Résultats - extraction de données non exhaustive

Titre de la Référence	Dépistage abord du sujet	Dépistage selon l'âge	Evaluation exposition	Outils/ moyens utilisés	Messages délivrés	Facteurs influençant, freins à la pratique et pistes d'amélioration
« Impact des écrans sur la santé des enfants – Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste » K. Vdovenko	- Systématique : 3% - 52% déjà sollicité par parents - 62% sur point d'appel - 75% ont déjà rencontré un enfant présentant des troubles liés ou supposé en lien avec les écrans	NP	NP	NP	- 93% limitation temps d'écran - 67% choix du moment dans la journée - 58% dialoguer du contenu - 57% interdiction dans la chambre - 47% un conseil selon l'âge	<u>Pistes d'amélioration :</u> - 63% intéressé pour formation repérage précoce usage à risque - 93% estiment nécessaire de systématiser question dans le suivi de l'enfant, à intégrer au carnet de santé - demande d'affiche
« Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition des jeunes enfants aux écrans » P. Fouillard et M. Michon	- surtout sur point d'appel (troubles du sommeil/sédentarité /obésité/ addiction jeu vidéo/ écran pendant consultation/ hyperactif)	- peu évoquer avant 3ans - plus aborder après 3ans	NP	affiches	conseils précis : durée/contenu/temps sans écran/type d'écrans/ alternative/ accompagner/ déconnecter les parents (p34)	<u>Freins :</u> - manque de connaissance, manque de temps - habitudes de vie, outils d'aide à la parentalité, problème d'éducation, informations erronées sur effets bénéfiques (apprentissage) - certains pensent que ce n'est pas leur rôle, pessimisme changement des patients  <u>Pistes d'amélioration</u> - bénéficier d'outils, item dans le carnet de santé - intervention d'autres interlocuteurs
« Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées » M. Homps	- souvent 50% - jamais 5,7% - 17,9% systématique lors des consultations de suivi - 75% si suspicion utilisation abusive - 71,2% si demande des parents	0-3ans : 42,9% 3-6ans : 64,6% 6-12ans : 76,4%	Souvent sur point d'appel	- 79,7% lectures personnelles - 43,4% expérience perso avec leur enfant - 26,4% recommandations françaises (règle 3-6-9-12 : 74,10% ne l'utilisent pas), 14,6% congrès et conférences sur le sujet, 11,3% recommandations étrangères (règle 3-6-9-12 : 56% ne la connaissent pas)	- durée en fonction de l'âge 67,5% - méfaits visionnage non adapté à l'âge 36,3% - Conséquences utilisation trop importante : 79,2%	<u>Freins :</u> - 51,5% manque d'outils - 42% pensent absence d'intérêt sur le sujet de la part des parents - 55,7% manque d'information sur les conséquences liées à une surexposition - 58,5% manque de recommandations claires - 46,7% manque de temps durant consultation - 4,7% « pas leur rôle »  <u>Facteurs influençant :</u> Seul résultat significatif : la connaissance de la règle 3-6-9-12 par les médecins est liée à une augmentation de la fréquence de prévention  <u>Pistes d'amélioration :</u> - outils à développer, item carnet de santé, formation
« Prévention par les médecins généralistes de la Nouvelle-Aquitaine de l'impact des	- 31,3% le font régulièrement - 21,9% pas du tout - 4,7% systématique	42,2% le font chez les moins de 3ans	- 55% ne posent pas la question écran dans la chambre - 64,8% ne posent pas la question prise repas devant TV	Dépliants dans le cabinet médical : 7,8% en ont	- 42,2% déclarent faire prévention chez moins de 2ans dont 66,6% « zéro écran », 11,1% faire autre activité, 9,3% limiter, 3,8%	<u>Facteurs influençant :</u> - Les praticiens ayant vu >10 enfants de moins de 6ans la semaine précédente déclaraient interroger significativement plus sur la prise des repas devant les écrans et sur la TV en bruit de fond

<p>écrans chez les enfants de moins de 3ans » A.Chabalgoity</p>	<p>Avant sensibilisation : - 1% pas initié aux axes de prévention - peu systématique - plutôt sur point d'appel : trouble de l'attention, du comportement, retard acquisition langage, trouble sommeil, céphalées - à l'initiative des parents</p>	<p>en parle plus avec des enfants plus âgés ou ados</p>	<p>- 60,2% posent question écran avant le coucher (consigne la plus évoquée) - 83,6% ne posent pas la question de TV en bruit de fond - 80,5% ne posent pas la question de la consommation parentale</p>	<p>- affichage de documents ouvre la discussion - outils perçus comme impersonnel si pas associés à une discussion autour</p>	<p>accompagnement, 1,8% attention au temps de sommeil</p>	<p>- Prévention sur les écrans chez les &lt; 3ans plus fréquemment réalisée par les femmes ou les médecins ayant des dépliant de manière significative.  Pistes d'amélioration : - 21,4% suggèrent campagne d'information par les médias, outils, items carnet de santé.....</p>
<p>« Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans : modification après sensibilisation » C.Talaron</p>	<p>- Incidence message de prévention chez les moins de 3ans : 25,7% - 33,33% aucun message de prévention sur les 10 dernières consultations de moins de 3ans</p>	<p>Sur les 10 dernières consultations : - 16,67% pas de prévention ni chez les moins de 3ans ni les 3-12ans. - 54,39% ont fait moins de prévention chez les moins de 3ans que chez les 3-12ans</p>	<p>NP</p>	<p>NP</p>	<p>Avant sensibilisation : - propos des médecins vagues, généraux, plusieurs parlent de la durée d'exposition, certains parlent des effets - Un médecin évoque accompagner enfants face aux écrans Un seul médecin dépasse le cadre du « conseil minimal » recos et accompagnement parent</p>	<p>Freins : le temps / manque formation évoquée par la plupart / besoin d'outils / ne pas y penser / peur d'être moralisateur / pessimisme changement habitudes de vie / certains se questionnent de notre rôle (problème éducation)  Pistes d'amélioration : - Améliorer campagne de sensibilisation - autre interlocuteurs - développer outils, carnet de santé - améliorer formation</p>
<p>« Place du médecin généraliste dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 3ans en Lorraine » H. Toussaint-François</p>	<p>- Incidence message de prévention chez les moins de 3ans : 25,7% - 33,33% aucun message de prévention sur les 10 dernières consultations de moins de 3ans</p>	<p>Sur les 10 dernières consultations : - 16,67% pas de prévention ni chez les moins de 3ans ni les 3-12ans. - 54,39% ont fait moins de prévention chez les moins de 3ans que chez les 3-12ans</p>	<p>NP</p>	<p>NP</p>	<p>Facteurs influençant : - Relation significative entre le nombre de message de prévention sur exposition écrans chez les moins de 3ans et le sexe, l'âge, les connaissances de la recommandation de la SFP du médecin généraliste</p>	<p>Freins : - 52,63% manque de temps - 50,88% absence d'intérêt des parents - 49,12% difficulté d'abord si n'est pas le motif de consultation - 35% manque d'outils - 28% manque de formation - 21% manque connaissance conséquences, 18,4% sur les conseils à délivrer - 19,3% gêne de « critiquer » habitudes de vie - 16,67% inefficacité messages de prévention  Facteurs influençant : - Significativement moins de prévention chez les moins 3ans que chez les 3-12ans - Incidence de prévention augmente significativement si femme, &lt; 40ans, connaissance des recommandations.</p>
<p>« L'abord de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 12ans</p>	<p>- 66,9% (2/3) abord entre 0 et 3 consultations chez les moins de 12ans/10 consultations</p>	<p>Dans ceux faisant prévention (112/133)</p>	<p>NP</p>	<p>- 85,7% conseils oraux - 14,3% dépliant ou affiches</p>	<p>NP</p>	<p>Pistes d'amélioration : carnet de santé : item à cocher pour abord plus systématique  Freins : - 58,6% écrans habitudes de vie - 49,6% manque de temps - 47,4% pas un élément de suivi systématique (pas dans le carnet de santé)</p>

en consultation de médecine générale dans le Languedoc-Roussillon. » A.Daher	- 3,8% en systématique - 15,8% pas du tout  Abord des écrans déclaré par les répondants : - 23,3% systématique - 61,7% point d'appel - 53,4% demande des parents - 54,9% utilisation écran enfant dans le cabinet - 9,8% pas de prévention	- 23% naissance à premiers mois - à partir de 6mois 31,1% - Avant 2ans 48,2% - Après 2ans : 37,5% - Avant 3ans 64,3%  échantillon dans ensemble - 28,6% prévention dès la naissance jusque 1an - 40,6% avant 2ans - 54,1% avant 3ans	- Poser des questions précises, les répéter pour approfondir - exclusivement via interrogatoire (Durée exposition, type d'écran, moment exposition, contenu, accompagnement, conscience des risques, « est ce qu'il y en a dans les chambres ») - les médecins sont d'accord pour dire qu'il est important de réévaluer sur plusieurs consultations	NP	- 28,6% règle 3-6-9-12 - 12% carnet de santé - 5,3% les « 4 pas » de sabine Dufflo - 59,4% n'utilisent pas les recommandations ou outils de prévention	- prise en charge des médecins passent surtout par des messages de prévention, pas de conseils types - important de personnaliser prise en charge « dépend de l'âge » « cas par cas » - durée exposition en fonction de l'âge « Avant 3ans, zéro écran » « une heure maximum par jour » « 1h-1h30 entre 3 et 6ans, et 1h30-2h après 6ans » « 0-3ans, on ne met pas le gamin devant la télé » E9 - changer habitudes de vies : couper écrans inutiles « télé qui restent allumées pour rien » / développer les loisirs / ne pas interdire complètement mais proposer des règles/ choisir moment d'exposition	- 35,3% opinion parents, rôle positif des écrans - 34,6% pas recommandations claires, pas de position scientifique - 31,6% manque connaissances - 27,8% manque d'outils - 15,8% manque d'intérêt - 12,8% pas le rôle du médecin  Facteurs influençant : - Lien significatif entre abord et sexe du médecin (femme), ou une part d'enfant dans la patientèle > ou = à 20% - Tendance à faire plus de prévention si le médecin est parent mais pas significatif - Lien significatif entre prévention des écrans et connaissances conséquences  Pistes amélioration : former d'autres intervenants, affiches/ campagne de sensibilisation, formation, révision carnet de santé (item), demande de reco HAS...	Freins : pessimisme sur impact de leur message / « n'y pense pas » / prévention sur de nombreux thèmes, manque de temps (principal frein) / certains médecins pensent qu'on manque de preuve scientifique / Pas ou peu d'outils / Manque d'intérêt / Manque connaissances / Perception du parent / rôle du médecin traitant : pas tous d'accord sur leur place  Facteurs influençant cités : - effets + des écrans : pas entièrement néfastes, source d'information, de culture, améliore performances, effet « calmant » pour canaliser l'enfant, médecins généralistes utilisent en consultation pour détourner l'attention de l'enfant ou canaliser les frères et sœurs. - Être parent participerait à une plus grande sensibilité - Les médecins ayant eu formation ou connaissance se sentent moins en difficulté  Pistes d'amélioration : formation, Item sur les écrans consultations obligatoires sur carnet de santé, pluridisciplinaire, systématiser, développer des outils...	Raisons pour les 11,86% n'abordant jamais ou rarement : - 85,72% « n'y pensaient pas » - 61,9% manque de temps
« Etude qualitative auprès des médecins généralistes Havrais sur la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de moins de 6ans » P.Salenne	- sur point d'appel (symptômes, écran en consultation) - jamais en systématique - si parent pose la question	Discussion : Tous d'accord pour dire de commencer dès la première année de vie	Ilis interrogeaient :	- 67,23% n'avaient aucun document concernant la					
« Connaissances et pratiques des médecins	fréquence d'abord : 46,33% parfois, 41,81% souvent	- Un médecin évoqué lors de la							

généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe concernant l'utilisation des écrans chez les enfants de moins de 12ans » C. Paillussou et A. Therlin-Banvillet	11,85% rarement ou jamais  Circonstances abord en général : - 64,9% pensaient consultations vaccins, moment d'en parler - 19,7% pensaient propice lors d'un motif aigu - 96% estimaient moment d'en parler si demande des parents - consultation pour certificat - si symptômes - 93,59% écran lors consultation	diversification alimentaire (donc <6mois) - 38,42% examen 9mois - ils en parlaient de plus en plus au fur et à mesure que l'enfant grandisse (79,5% à 2ans, 91% à 4ans, 93,8% à 6ans, 91,5% à partir de 8ans)	- si utilisation avant de se coucher (80% souvent/ toujours) - si parents mettaient limite de temps (80% souvent/ toujours) - si enfant seul devant écran (60% souvent/ toujours) - moins de la moitié (40 à 46%) demandaient pour les repas devant la télé, matin avant école, TV dans la chambre, discussion du contenu)	prévention des écrans - 87,57% désiraient recevoir outils d'information	accompagner leurs enfants face aux écrans - que les parents apprennent l'autorégulation à leurs enfants - de protéger des contenus inadaptés - que parents limitent leur propre usage en présence des enfants - réguler le temps d'écran, mettre des règles familiales	- 57,15% manque de connaissance - 33,33% pas leur rôle - 19% manque de recommandation - 19% pas à l'aise - 14,28% par manque d'intérêt - 9,52% peu d'activité pédiatrique  Facteurs influençant : - Médecins avec connaissances (même grand public) parlaient significativement plus des écrans - Femmes en parlaient significativement plus - Durée de consultation plus longue significativement associée à l'abord plus fréquent  Pistes d'amélioration : - Message dans carnet de santé - Action collective, santé publique  <u>relation parents-médecin</u> - 54,9% ont déjà été sollicité par parents - 78,2% déjà confronté déni des parents et 56,4% à incompréhension des parents - 43,6% confronté à un désaccord - 15,4% confronté à de l'agressivité - 23,7% n'ont jamais rencontré de difficulté - 16% rapportaient difficulté avec parents (propre consommation, difficulté à mettre des limites, pas de prise de conscience)  Freins : - Pas évident devant omniprésence, bien que de nombreuses conséquences négatives, les médecins noter aussi des aspects positifs - manque de formation - Manque de connaissance - Certains médecins évoquent que les recommandations faites sont influencées par expérience personnelle - réaction variable des parents (surpris, informé, en accord)  Pistes d'amélioration : - formation - création d'outils
« Représentatio ns et attentes des médecins généralistes en Ile-de-France, sur la place de la prévention de l'exposition aux écrans dans le suivi pédiatrique » O. De Verques Koch	Prévention très variable - Systématique (dans le suivi des enfants est encore limitée) - Sur point d'appel parent Questionnement	NP	NP	- les supports ne semblent pas indispensable selon les médecins - certains demande : affiche pour salle d'attente, prospectus pour le parent, les 4 pas de sabine Duflo	- conseiller parents sur le temps passé, le type d'écran et d'image, leur propre consommation. - Sensibiliser à échanger / accompagner l'enfant sur le contenu. - moments sans écrans dans la journée, espaces (chambre) - alliance thérapeutique - négocier des limites (plutôt qu'interdire) - trouver alternative : proposer autres activités - limiter exposition : temps court/durée en fonction de l'âge : moins de 3ans « pas d'écran » un dit « ok si 20minutes avec parents », plus de 3ans limite de temps.	

« Etude qualitative sur l'abond de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans en médecine générale » F.Bassi	Sujet peu abordé, « plutôt chez les ados [...] mais chez les enfants je ne l'ai jamais abordé » M7 « pas systématiquement, mais l'essai » M5 - prévention primaire : visites systématiques « lors examen 6 mois » « pour les rentrées de CP » - parents qui évoqueraient spontanément leur quotidien - Point d'appel : surpoids, trouble du sommeil, langage, comportement, difficultés scolaires... Usage téléphone consultation	« on le fait plus tardivement, chez les enfants un peu plus grands [...] 6-9ans » M16	- repérer utilisation à risque - certains poser directement la question à l'enfant (> 3ans) - certains quantifiaient activité sur un écran - certains interrogeaient parents sur connaissances, sur utilisation par les parents, moment expositions, parfois interrogeaient sur contenu	règle 3-6-9-12	- certains paternaliste : donne des règles aux parents « avant 3ans pas d'écran » « pas de portable pendant consultation » - conseils informatifs : rôle éducatif, sensibilisation brève, conseil minimal - partenariat : entretiens motivationnels, attention à préserver le lien avec les parents, difficile de s'immerger dans leur vie privée	Freins : Manque de connaissance, manque de recommandations, Manque de formation, Manque de temps, Ne pas y penser, Certains évoquent manque de preuves scientifiques, Certains pensent rôle des parents (éducatif), Leur propre usage des écrans au cabinet (salle d'attente), Pas une priorité, Difficulté d'évaluer réellement l'exposition (temps d'écran fractionné, contenu évoluant vite...), pessimisme sur changement comportement, Légitimité /sentiment de « jugement » - Certains pensent rôle de la petite enfance, et autre professionnel de santé/déléguer - omniprésence des écrans  Pistes d'amélioration : carnet de santé « dans le carnet de santé c'est très peu abordé [...] peut-être m'aider à l'aborder » M18 « on cochera la case », « école à son rôle » M8 « fasse des campagnes » M11
« Vécu et ressenti des médecins généralistes installés dans les Hautes-Alpes dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants en âge préscolaire » E. Archambaud	- Pratiques très hétérogènes - Certains presque pas de prévention - Prévention surtout sur point d'appel (secondaire) : lorsque symptômes - Pas lors de pathologie aigue - Tous les médecins se sentaient prêts à répondre aux inquiétudes si parents les sollicitaient - Aucun médecin ne l'avait inclus dans consultation systématique du nourrisson, mais évoqué l'idée.	Plus à l'aise quand enfant plus âgé (ados) Peu réalisé avant 3ans	NP	Outils : pour la plupart ne savaient pas si message dans le carnet de santé	- certains informaient sur effets négatifs - informer/éduquer le parent - Responsabiliser sur sa propre utilisation - ne pas être trop « moralisateur » - « Zéro écran avant 3ans » selon les scientifiques - Durée à limiter, effet dose - Information claire - Trouver d'autres activités - Temps sans écrans : matin/repas - Partager les moments ensemble - nécessité répétition du message	Freins : - Certains estimaient que consultation de suivi du nourrisson était déjà très chargée, et qu'un item de prévention sur les écrans n'était pas prioritaire - ne pas se sentir légitime (beaucoup d'entre eux), sentiment d'être intrusif, peur de fragiliser relation de confiance - parfois parents convaincus d'effets bénéfiques, ou déni - manque d'outils - lors d'une diminution de l'exposition, découragement du parent face à la frustration de l'enfant (crises), apprendre à dire non - monde extérieur / problème sociétal - prévention : travail chronophage, répétition, adaptation, convaincre... - manque de connaissance scientifique sur le sujet « on a du mal à trouver des études de haut niveau de preuve » E4  Pistes d'amélioration : formation, soirée information parents, affiches salle d'attente, outils, travailler en équipe, message grand public via media/TV...

« Evaluation des pratiques des Médecins généralistes en Ile de France sur la prévention des risques liés à la surexposition des enfants de moins de 6ans. » K.Rathnam	- Exposition aux écrans lors des consultations de suivi chez moins de 6ans systématiquement demandé 19,8% - 12,6% n'interrogeaient jamais les familles - 92% interrogeaient les familles sur l'exposition aux écrans lors du suivi lorsque symptômes, 8% ne dépistaient pas	NP	Eléments de dépistage : - 35,4% contenu visualisé (dessin animé, journal télévisé...) - 51% contexte /accompagné - 65,6% horaire de visualisation (matin, pendant repas, soir, avant de se coucher...) - 94,8% temps passé dans la journée 58,3% Type d'écrans	35,1% des médecins avaient au cabinet supports (affiches, brochure)	NP	Freins : - 54,1% manque de temps - 51,4% manque d'info/de connaissance sur le sujet - 48,8% manque d'outils - 1,8% "inutile" - Absence d'écoute des parents / création d'une cotation / savoir communiquer sans jugement, omniprésence des écrans...  Facteurs influençant : Parmi les médecins ayant eu formation, 68,2% déclaraient avoir changer leurs pratiques à la suite  Pistes d'amélioration : majorité évoque campagne de prévention grand public (73,9%), 53,2% demande outils de dépistage, 51,4% demande brochures/affiches destinées aux parents, 36% pour intégration formation médicale, prise en charge pluridisciplinaire, carnet de santé avec items...
« Déterminants d'une prévention adéquate des écrans chez les enfants de moins de 6ans par le médecin généraliste » C.Rheims	- 51% souvent - 31,4% parfois - 11,8% systématique - 5,9% jamais  Motif délivrance information de prévention : 84,3% sur point d'appel comportemental (sommeil/ attention/ concentration) 64,7% sur point d'appel organique (obésité, troubles visuels), 54,9% sur questionnement des parents	Tranches d'âge concernées par la prévention : - plus de 6ans 72,5% - 3-6 ans 70,6% - moins de 3ans 60,8%	Messages délivrés : - 92,2% durée utilisation - 84,3% moment d'utilisation - 43,1% accompagnement de l'enfant face aux écrans - 37,3% localisation des écrans - 35,3% type d'écrans utilisés - 3,9% « ne fait pas »  Effets délétères délivrés : - 80,4% pouvoir addictogène - 78,4% trouble comportement, social - 70,6% difficulté apprentissage, scolaire - 45,1% conséquences organiques			Facteurs influençant : - Lien significatif entre âge du médecin et tranche d'âge dans laquelle il exerce la prévention. Les 30-40 ans réalisent plus de prévention de 0-6ans - Lien significatif entre nombre d'actes par jour et prévention sur les moments d'utilisations et l'accompagnement des écrans. Ceux faisant entre 15 et 25 actes/j prévenaient plus que ceux ayant entre 26 et 35 actes/j - Statut parental et prévention : lien significatif sur l'abord systématique, 100% de ceux répondant faire une prévention systématique ont des enfants ; et 66,7% de ceux ne faisant pas de prévention n'ont pas d'enfant. - Les parents d'enfants de moins de 6ans, réalisent significativement plus de prévention chez les moins de 3ans - 83,3% des médecins faisant prévention systématique s'applique des règles au domicile. Lien significatif entre abord prévention et règle d'utilisation médecin dans sa vie. - Lien significatif entre abord et le fait d'avoir eu une formation. Les médecins réalisant la prévention systématique sont plus formés - Lien significatif entre abord et sentiment d'avoir des connaissances nécessaires pour réaliser la prévention

« Exposition aux écrans dans la population pédiatrique de moins de 12ans » - Etude des pratiques de prévention chez les internes de médecine générale en France » L.Agov	moins de la moitié ont pratiqué prévention au cours des stades : 42,02% - Prévention majoritairement faites en cas de suspicion d'utilisation abusive des écrans : 61,57% - 47,16% si sollicitation des parents - 56,77% lors des examens systématiques - 4 internes évoquent quand enfant a écran pendant consultation ou salle d'attente.	NP	NP	présence de support d'information à destination grand public sur lieux de stage : 28,26% déclarent oui - 45,85% lectures personnelles - 17,47% campagnes de sensibilisation - 34,5% règle 3-6-9-12 - 26,64% carnet de santé - 20,96% brochures et affiches sur terrain de stage	NP	Freins : parmi les 312 (57,2%) qui avaient déclaré ne pas faire de prévention : - 57,95% par manque d'information - 46,47% manque d'outils - 42,31% ne pas y penser - 27,24% manque de recommandations claires - 24,36% peu/pas d'enfants en stage - 20,19% manque de temps - 15,1% appréhension réaction des parents - 1,60% pas leur rôle  Facteurs influençant : Association significative entre la formation reçue et la connaissance de campagnes de prévention et sensibilisation. Impact également sur recherches personnelles effectuées de manière significatives. Pas d'association significative sur connaissance des recommandations  - majorité se sentent à l'aise pour abord sujet avec les familles : 63,86% - quasi unanime sur rôle majeur 96,7% plutôt à tout à fait d'accord - 95,05% déclarent pas de formation sur les écrans pendant internat, dont 93,6% intéressés par le sujet.
« Etude prospective sur l'impact d'une intervention brève sous forme d'une sensibilisation auprès des médecins généralistes de la Nièvre dans la prévention de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 3ans » K.Deckert Herlemann	Avant intervention : 1/3 abord peu fréquent, 1/3 jamais, 17,7% Systématique lors du suivi  Grossesse : > 3/4 n'abordaient jamais (80%) 4,4% fréquemment	NP	NP	Après intervention impact des outils proposés : - affiche : a permis d'ouvrir le dialogue pour 50%, 1/3 pas du tout - argumentaire : plus des ¾ (76,7%) « plutôt mieux » - fiche parent : utiles pour plus des ¾ (76,7%)	Avant intervention : 2/3 argumentation des effets négatifs auprès des parents (62,2%) aisément – plutôt facilement	Facteurs influençant sans significativité déclarée : - Prévention plus fréquente chez ceux ayant entre 5 et 10 enfants/semaines - fréquence de prévention augmentait si les effets négatifs étaient connus - Changement significatif des pratiques concernant la prévention des 0-3ans (amélioration pour plus de la moitié après intervention brève), Pas de modification lorsque présence d'un écran en consultation - la moitié des médecins interrogés n'ont pas remarqué d'amélioration de leurs pratiques à la suite de l'intervention  - Difficultés : ne pas culpabiliser Pistes d'amélioration : outils à proposer, que les médias informent plus, formation, entretiens motivationnels
« Prévention primaire en médecine générale de l'exposition aux	Sur les 27,9% des consultations réalisées avec abord du sujet : - 41,7% en systématique	Dans facteurs influençant : - Selon âge des enfants consultés pas	NP	NP	- ne laissez pas votre enfant utiliser votre téléphone - pas d'écran le soir	Freins : quand non abordés (72,1% des consultations) : - 50% pas de lien avec motif de consultation - 17,7% pour plusieurs motifs à la fois - 14,5% considéraient enfant trop jeune

<p>écrans des enfants de moins de 3ans » A.Lagarde</p>	<p>- 20,8% sur symptômes pouvant être en lien - 16,7% sur usage au cabinet - 8,3% sur connaissance ou constat usage écrans par un membre de la fratrie sur ensemble des consultations réalisées : 75% ont abordé au moins une fois le sujet, 13% l'ont fait systématiquement</p>	<p>significatif mais tendance à aborder plus vieux : moins de 3mois 10% des consultations, 4 à 9 mois 15%, 10 à 18mois 28% et &gt; 19mois 41,9%</p>			<p>- aucun écran avant 3ans - Interagissez avec lui pour favoriser son développement - Pour la distraction préférez son doudou ou un jouet</p>	<p>- 9,7% pour d'autres raisons - 8,1% manque de temps « ce n'est pas mon rôle » n'a jamais été évoqué</p> <p>Facteurs influençant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pratiques selon âge et ancienneté d'exercice lien significatif (plus abordé entre 40 et 54ans avec 10 à 20ans d'exercice)</li> <li>- Chez les praticiens ayant au moins un enfant, abord des écrans selon tranche d'âge de l'enfant était significativement lié (si avait un ado entre 10 et 19ans, plus de prévention)</li> </ul> <p>Pistes d'amélioration : intégrer question sur certificat obligatoire</p>
<p>« Prévention et dépistage de l'exposition aux écrans des enfants de 0 à 12ans par les médecins généralistes » V. Schanen et P.Bouffill</p>	<p>- la plupart abordent lorsqu'ils y sont confrontés : enfant écran pendant consultation ou salle d'attente - d'autres lors de certains symptômes « migraines » « dorment mal » M10 - certains abordent de façon automatique</p>	<p>de manière générale tous pensent que la période du début d'exposition se situe autour de 2-3ans et que c'est à partir de cet âge-là qu'il faut commencer prévention</p>	<p>Exposition variable en fonction du niveau social : de nombreux médecins évoquent être plus attentif à l'exposition des écrans quand milieu défavorisé Comment évaluer l'exposition : - Exposition passive (parents regardent les écrans) - certains évoquent que la sur-exposition repose sur apparition symptômes - Contenu adapté à l'âge - Temps partagé avec enfant, discuter sur ce qu'il voit</p>	<p>approche pluridisciplinaire : nombreux médecins insistent sur médecin scolaire, et paramédical en lien avec l'enfant « de déléguer » M14</p>	<p>pour plusieurs médecins, impact plus important quand consignés et recommandations rappelées à plusieurs reprises</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- communication : tous s'accordent à dire que cela passe par l'information des parents sur les conséquences, que le message est mieux intégré par les enfants quand il vient d'un professionnel de santé</li> <li>- nécessité de donner des règles claires et simples pour aider les parents à définir un cadre</li> <li>- usage raisonné : pas possible d'interdire, prévoir des temps sans écrans</li> </ul>	<p>Difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- concept mal défini « surexposition aux écrans » notion floue. Certains évoquent règle 3-6-9-12 « mais je sais plus exactement ce que ça signifie » M1.</li> <li>- Sentiment d'illegitimité : certains manquent de savoir « je n'y connais rien » M14 « je ne me sens pas compétent sur le sujet » M15.</li> <li>- Impression d'intrusion dans vie privée. Ne se sentent pas entendu.</li> <li>- D'autres : doute lien de causalité entre l'exposition et l'apparition de certains troubles.</li> <li>- certains médecins trouvent que les recommandations sont difficiles à appliquer.</li> <li>- Être réaliste sur sa propre exposition.</li> <li>- Disponibilité constante des écrans</li> <li>- Un médecin dit que ce n'est pas leur rôle sauf si complication « je ne pense pas que ça relève du médical » M15</li> </ul> <p>Pistes d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2018 évolutions du carnet de santé avec pages dédiées aux parents mais informatives, intéressant d'évaluer avec un item obligatoire</li> <li>- Entretiens motivationnels</li> <li>- Abord écran au sein du foyer en période de périnatalité ou maternité</li> </ul> <p>Facteurs influençant (pas de significativité décrite) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecins moins de 30 ans sont ceux qui abordent le moins 67%, et ceux de 40-49ans qui abordent le plus 81%</li> <li>- les moins de 30ans déclarent utiliser plus le carnet de santé en tant que support de discussion avec les parents 71%</li> </ul>
<p>« Outils utilisés dans la prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant de moins de 6ans en consultation de médecine</p>	<p>- 15 à 16,3% évoquent pas de prévention - 76% déclaraient aborder durant les consultations de suivi, avec un âge médian de 12mois</p>	<p>- en moyenne abord du sujet à 17,6mois - 29% d'avis qu'il faut aborder dès naissance - 23% pensent qu'il faut</p>	<p>NP</p>	<p>utilisation carnet de santé : - 92,4% déclarent l'utiliser systématiquement pour toutes consultations - 7,6% uniquement consultations de suivi</p>	<p>Sources informations utilisés par les médecins quand délivrent des conseils aux parents : - 60,9% lectures personnelles - 48,9% les recos françaises</p>	<p>Facteurs influençant (pas de significativité décrite) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecins moins de 30 ans sont ceux qui abordent le moins 67%, et ceux de 40-49ans qui abordent le plus 81%</li> <li>- les moins de 30ans déclarent utiliser plus le carnet de santé en tant que support de discussion avec les parents 71%</li> </ul>

généraliste en Alsace » M. Waegell		aborder à la visite des 2 et 4 mois	<p>- 59,8% utilisent items du carnet de santé pour discuter de certains sujets avec les parents</p> <p><b>SUITE A UNE QUESTION Fermée :</b></p> <p>- 33,7% ont déjà prêté attention aux indications de 2018 concernant la « prévention aux écrans » et 11/92 s'en servir pour faire prévention (11,9%)</p> <p>- 47,25% ne connaissaient aucun outil</p> <p>- 50,54% n'en utilisaient aucun</p> <p><b>SUITE A UNE QUESTION Ouverte :</b></p> <p>- Le plus connu à 28,57% et utilisé à 23,07% : balises 3-6-9-12, les 4 pas</p> <p>- Parole utilisée à 14,28%</p> <p>- Supports papiers utilisés à 7,69% (affiche, campagne)</p> <p>- Messages des écrans dans carnet de santé connus à 8,79% et utilisés à 5,49% (p32 thèse)</p>	<p>- 34,8% expérience personnelles avec ses enfants</p> <p>- 21,8% FMC</p> <p>- 16,3% congrès</p> <p>- 7,6% DU autour de l'enfant</p> <p>Conseils délivrés figure 7 p34 :</p> <p>- 78% conséquences sur le développement (trouble du sommeil, langage, développement)</p> <p>- 53% durée recommandée en fonction de l'âge</p> <p>- 39% effets d'un visionnage de contenu non adapté à l'âge</p> <p>- 24% temps d'écran des parents</p> <p>- 29% type d'usage d'écran fait par l'enfant</p> <p>- 2% proposition d'activités alternatives pour diminuer le temps d'écran</p>	<p>- médecins remplaçants auraient tendance à moins aborder que les médecins installés</p> <p>- Sur les 60% de ceux déclarant utiliser le carnet de santé pour discuter sur divers sujets avec les parents : seuls 40% d'entre eux (24% de l'ensemble des médecins 22/92) connaissent les nouvelles indications concernant les écrans du carnet de santé 2018 (24% chez ceux n'utilisant pas le carnet de santé soit 9,7% sur l'ensemble des médecins)</p> <p>- Influence selon patientèle : ceux ayant plus de 25% de pédiatrie : les ¾ des médecins connaissent les balises 3-6-9-12 et plus de 50% connaissent les « 4 pas »</p> <p><b>Pistes d'amélioration :</b></p> <p>- 80,4% pensent qu'ils aborderaient plus le sujet si item dans le carnet de santé</p> <p>- formation professionnel de santé</p> <p>- campagne de sensibilisation</p> <p>- développement plateforme numérique</p> <p>- action dans les lieux d'accueil de la petite enfance et établissement scolaire</p> <p>- Aborder avant les 4mois (29% évoquent dès la naissance, 23% à 2 et 4mois)</p> <p>- 73% des médecins de l'étude pensent que brochure informative est le support le plus adapté pour discuter des écrans avec les parents, en faire une adaptée à fournir à la maternité</p> <p>(supports paraissant adaptés à la pratique quotidienne : 57% affiches, 26% questionnaires à remettre aux parents et à ramener à la prochaine consultation)</p>
------------------------------------	--	-------------------------------------	---	--	---

Tableau IV. Résumé des chiffres utilisés pour la réalisation des graphiques

Année	Abord	Pas de prévention	Dépistage selon âge	Outils/moyens utilisés	Conseils/messages délivrés	Freins à la pratique
2017	Systématique : 3% (23) Point d'appel : 62% (23) Demande parentale : 52% (23)	-	-	-	Durée exposition : 93% Moment exposition : 67% Contenu : 58% Lieu (chambre) : 57% Conseil fonction âge : 47% (23)	-
2018	Systématique : 4,7% (25) 17,9% (26) m = 11,3% point d'appel : 75% (26) demande parentale : 71,2% (26)	m = 13,8% (5,7% (26) et 21,9% (25))	0-3ans : 42,9% 3-6ans : 64,6% 6-12ans : 76,4% (26) Moins de 6ans : 64,1% (25) Moins de 2ans : 42,2% (25)	Recommandations françaises : 26,4% (26) Affiches/dépliants : 7,8% (25)	Durée selon âge : 67,5% (26) Contenu : 36,3% (26) Conséquences : 79,2% (26) Lieu (chambre) : 45% (25) Prise repas devant télé : 35,2% (25) Ecran avant le coucher : 60,2% (25) TV bruit de fond : 16,4% (25) Conso parentale : 19,5% (25)	- Manque de temps : 46,7% (26) - Les parents : 42% (26) - Manque de connaissance : 55,7% (26) - Manque recommandations claires : 58,5% (26) - Manque d'outils : 51,5% (26) - Pas le rôle du médecin : 4,7% (26)
2019	Systématique : 3,8% constaté et 23,3% déclaré (30) m = 13,55% point d'appel : 61,7% (30) demande parentale : 53,4% (30)	m = 19,6% (33,33% (41) et 9,8% déclaré à 15,8% constaté (30))	moins de 3ans : 64,3% de ceux faisant prévention (30)	- Recos de la SFP : 67,35% des 42,98% la connaissance font plus de prévention en s'appuyant dessus soit 29% sur échantillon global (41) Reco 3-6-9-12 : 28,6% (30) - Conseil oral : 85,7% (30) - Dépliants/affiches : 14,3% (30) - Carnet de santé : 12%(30)	-	- Manque de temps : m = 51,1% (49,6% (30) et 52,63% (41)) - Les parents : m = 43,1% (50,88% (41) et 35,3% (30)) - Manque de connaissance : m = 26,3% (31,6% (30) et 21% (41)) - Manque de recommandations claires : 34,6% (30) - Manque d'outils : m = 31,4% (27,8% (30) et 35% (41)) - Pas le rôle du médecin : m = 8,15% (3,51% (41) 12,8% (30))
2020	Systématique : 19,8% (31) Point d'appel : 92% (31) 54,9% ont abordé suite demande parents (96% pense que	m = 12,23% (11,86% (36) et 12,6% (31))	- Examen 2ans : 79,5% - Examen des 4ans : 91% - Examen des 6ans : 93,8% (36)	Affiches, brochures (31)	- 35,4% contenu visualisé (dessin animé, journal télévisé...) - 51% contexte de visualisation (seul, accompagné) - 65,6% horaire de visualisation (matin, pendant repas, soir, avant de se coucher...) - 94,8% temps passé dans la	- Manque de temps : m = 57,4% (54,1% (31) et 56,1% à 61,9% (36)) - Parents : 16% (36) - Manque de connaissance : m = 54,3% (51,4% (31) et 57,15% (36)) - Manque de recommandations claires : 19% à 23,2% (36) m = 21,1% - Manque d'outils : 48,8% (31) - Pas le rôle du médecin : 33,33% de ceux n'abordant pas à 11,86% soit 3,95% échantillon global (36)

	moment d'en parler si demande parentale (36)				journée - 58,3% Type d'écrans (31)	
2021	Systématique : 11,8% à 21,6% (32) m = 16,7%  Point d'appel : 61,57% (39) 84,3% sur point d'appel comportement et 64,7% organique (32) m = 70,2%  Demande parent : 54,9% (32)	5,9% (32)	- plus de 6ans 72,5% - 3-6 ans 70,6% - moins de 3ans 60,8% (32)	- 34,5% règle 3-6-9-12 - 26,64% carnet de santé - 20,96% brochures et affiches (39)	- 92,2% durée utilisation - 84,3% moment d'utilisation - 43,1% accompagnement de l'enfant face aux écrans - 37,3% localisation des écrans - 35,3% type d'écrans utilisés (32) - conséquences « 3,9% à ne pas délivrer de message de prévention sur les effets délétères, donc on peut supposer qu'ils sont 96,1% à le faire) (32)	- Manque de temps : 20,2% de ceux ne faisant pas de prévention - Manque de connaissance : 67,95% - Manque de recommandations claires : 27,24% de ceux ne faisant pas de prévention - Manque d'outils : 46,5% de ceux ne faisant pas de prévention - Pas le rôle du médecin : 1,6% (39)
2022	Systématique : 17,5% (24) 13% constaté (33) m = 15,25%  Point d'appel : 66,67% écran lors d'une consultation(24)	m = 29,2% (33,33% (24) 25% (33))	-	-	Effets négatifs abordés 62,2% (24)	- Manque de temps : 8,1% (33) - Pas le rôle du médecin : 0% évoqué (33)
2023	-	15% à 16,3% (40) m = 15,6%	-	- 23,07% : balises 3-6-9-12 (75% de ceux connaissant balises 3-6-9-12 s'en servent oralement) (40)  - carnet de santé 5,49% à 11% m = 8,25% - supports papiers 7,69% (40)	- 78% conséquences sur le développement - 53% durée recommandés en fonction de l'âge - 39% effets d'un visionnage de contenu non adapté à l'âge - 24% temps d'écran des parents - 2% proposition d'activités alternatives pour diminuer le temps d'écran (40)	-

m = moyenne / chiffres bleus : chiffres utilisés pour la réalisation des graphiques

Tableau V. Type d'écran selon l'âge d'après l'AFPA 2016

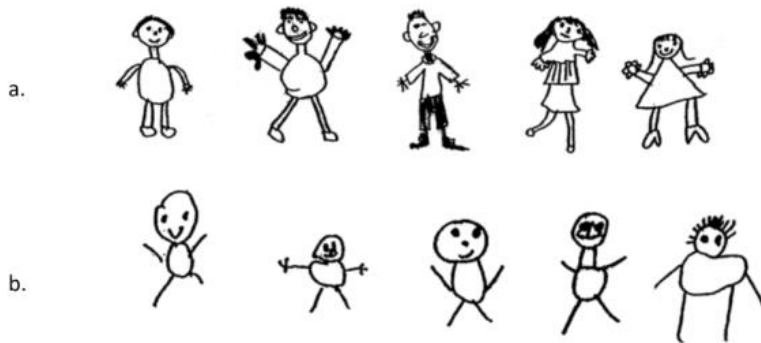
Selon l'Âge de l'enfant	Avant 3 ans	De 3 à 6ans	De 6 à 9ans	De 9 à 12ans	A partir de 12ans
Tablette numérique	Déconseillé, interagir avec environnement, jeux traditionnels et livre à favoriser	Peut-être intégrer dans les apprentissages, 4 conditions : courte durée, pas pendant les repas ni avant le coucher, toujours accompagné.	Non décrit (ND)	ND	ND
Télévision	Aucun programme adapté, développement trois dimensions et sens de l'enfant	Programme adapté, toujours accompagné, temps contrôlé, pas dans la chambre, éviter journal télévisé	Journal télévisé toujours accompagné	ND	ND
Jeux vidéo	Non conseillé	Support occasionnel de jeu et apprentissage, moment en famille, pas de console personnelle (risque de comportement stéréotypé, compulsif, répété)	Maîtrisé le temps, logiciels adaptés, et accompagné	Découverte des jeux en réseau, ouvrir la discussion sur le contenu et l'interaction avec les autres joueurs	Vigilance sur le mésusage, et les risques de vulnérabilité, une baisse des résultats scolaire doit alerter
Ordinateur	Non conseillé	ND	Avant 9ans accompagner la découverte d'internet, fragilité psychologique, construction notion de sphère intime/sphère public	Réseaux sociaux à éviter avant 12ans	Contrôler, discuter, rester vigilant
Smartphone	Non conseillé	Non conseillé	Non conseillé	Non conseillé	Accompagné, mettre des limites, le soir pas dans la chambre

Source : Enquête « les jeunes enfants et les écrans » - Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) Résumé des résultats : [https://www.dropbox.com/s/v7c6c0n7zyd18c/AFPA\\_Resume-Enquete\\_Enfants-Ecrans\\_Fev2016.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/v7c6c0n7zyd18c/AFPA_Resume-Enquete_Enfants-Ecrans_Fev2016.pdf?dl=0)

Nb : tableau récapitulatif réalisé par l'autrice.

## 2. Autres documents

### Annexe 1 : Test du Bonhomme



Annexe 1. Dessins de bonhomme typiques d'enfants d'âge préscolaire Extrait de Winstenstein et Jungwirth, Kinder und Jugendartz (2006).

a.) le temps passé devant la télévision est inférieur ou égal à 60 minutes par jour

b.) lorsque la consommation de télévision est d'au moins 3 heures par jour

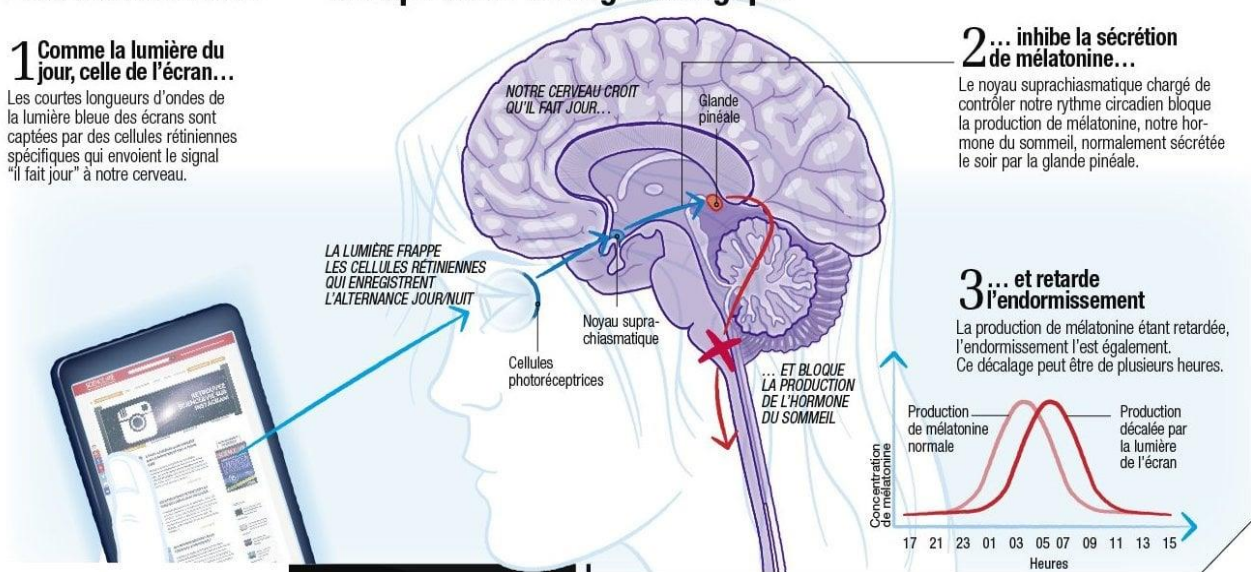
### Annexe 2 : Cycle mélatonine

#### Leur lumière bleue

#### trompe notre horloge biologique

##### 1 Comme la lumière du jour, celle de l'écran...

Les courtes longueurs d'ondes de la lumière bleue des écrans sont captées par des cellules rétiniennes spécifiques qui envoient le signal "il fait jour" à notre cerveau.



© A.DAGAN - ALEX WILD/VISUALS UNLIMITED, INC. /SCIENCE PHOTO LIBRARY/COSMOS

Source : <https://www.science-et-vie.com/wp-content/uploads/scienceetvie/2016/04/la-lumiere-des-ecrans-nuit-elle-vraiment-sommeil-question-stephanie-claude-chateaubourg-35.jpg> - (61)

## Annexe 3 : Carnet de santé 2018

Tous les messages préventifs sur les écrans du carnet de santé de 2018 sont cités ci-dessous (62)

P14

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

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

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

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

**Avant 3 ans, évitez l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone.**

P45

### **Au cours de la quatrième année :**

#### **L'enfant et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.) :**

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

P55

**Avant 3 ans,  
évitez l'exposition  
aux écrans :  
télévision, ordinateur,  
tablette, smartphone.**

P51

### **Examen entre 8 et 9ans :**

Quel que soit son âge, évitez les écrans ou téléviseurs dans sa chambre.

P63

### **Au cours de la sixième année :**

Quel que soit son âge, **limitez le temps d'exposition de votre enfant aux écrans**, évitez de mettre un téléviseur dans sa chambre et n'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

P59



## Annexe 5 : Les recommandations françaises (et parallèle à certaines études)

Les premières recommandations face aux écrans ont été émises en 1999 par l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) qui préconisait « Pas d'écrans avant 2 ans », (64) tout comme la Société Canadienne de Pédiatrie.(9)

**En 2008**, les premières recommandations françaises apparaissent avec les balises 3-6-9-12 rédigée par le psychiatre Serge Tisseron afin d'instaurer une « diététique des écrans » (8,64-67) (« *pas d'écran avant 3 ans* » « *pas de console de jeu personnelle avant 6 ans* » « *pas d'internet accompagné avant 9 ans* » « *pas d'internet seul avant 12 ans* » (68))

Devant le progrès rapide des technologies et la société actuelle, cette règle ne semblait plus en adéquation avec la réalité et a donc été **réadaptée en 2016** :

- « Avant 3 ans jouez, parlez, arrêtez la télé »
- « de 3-6 ans limitez les écrans, partagez-les en famille »
- « de 6-9 ans créez avec les écrans, expliquez-lui les écrans »
- « de 9-12 ans apprenez lui à se protéger et à protéger ses échanges »
- « après 12 ans restez disponibles, il a encore besoin de vous » (8)

**En 2009**, la Direction générale de santé déconseillait la TV avant 3 ans.

**En 2011**, l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) préconisait de suivre les conseils de Dr TISSERON.

La psychologue Sabine Duflot a proposé le concept « les 4 pas », des conseils simples et faciles à retenir. (64,67,69,70)

**En 2013**, le Rapport Académie des Sciences intitulé « L'enfant et les écrans » soulignait :

- Qu'avant 2 ans, les « écrans n'ont aucun effet positif reconnu »
- Que de 2 à 12 ans : « l'exposition [...] des enfants à la télévision, sans présence humaine interactive et éducative, est déconseillée »
- Que les médecins généralistes et les pédiatres peuvent jouer un rôle important dans cette prévention.
- Qu'en famille, un dialogue doit s'instaurer entre parents et enfants sur toutes les images qui peuvent choquer. (3,8,71)

Malgré ces premières recommandations, l'étude Nutri-Bébé en 2013 décrit que les enfants français de 0 à 1an sont exposés aux écrans en moyenne 30 minutes par jour. Un tiers des enfants de 2 ans ont un temps écran supérieur à 1heure par jour et 30 % des enfants de moins de 3 ans mangent devant un écran. (15) (72)

**En 2015**, le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA) sensibilise sur le sujet via des campagnes audiovisuelles avec 3 messages clés pour les enfants :

- « Regarde les programmes de ton âge »
- « Parle à tes parents de ce que tu as vu »
- « Ne passe pas tout ton temps devant les écrans ».

Des messages à destination des parents sont aussi diffusés :

- « Pas d'écrans avant 3 ans »
- « Limitons le temps devant les écrans »
- « La télévision c'est mieux quand on en parle » (8)

**En 2016, l'AFPA** émettait des recommandations du type d'écran selon l'âge :

- Avant 3 ans aucun écran n'est conseillé.
- Entre 3 et 6ans l'utilisation de la tablette/télévision/jeu vidéo est possible en respectant certaines règles.
- Il n'est pas recommandé qu'un enfant de moins de 6ans regarde le journal télévisé.
- Le smartphone n'est pas conseillé avant 12ans, tout comme les réseaux sociaux. (73) (Tableau V).

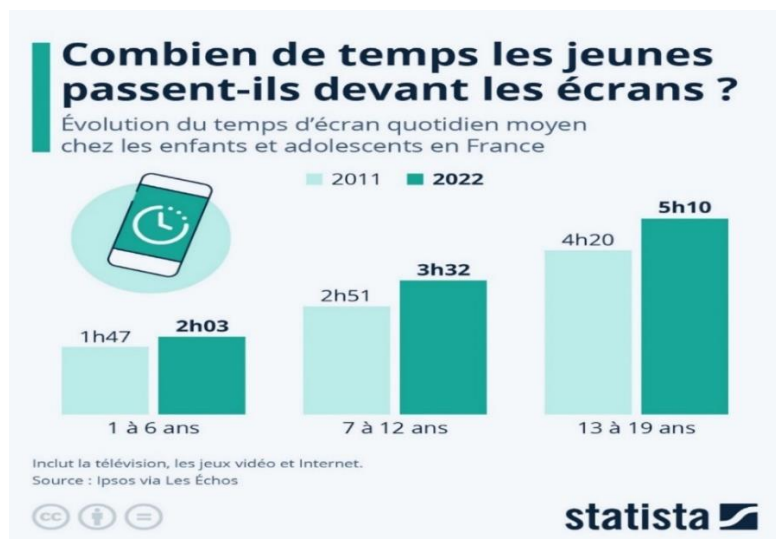
Une étude de l'AFPA en 2016 révèle qu'un tiers des enfants de moins de 3 ans regardaient des programmes non adaptés dont 61 % le journal télévisé. Dans 35 % des familles la télévision est allumée à l'heure des repas. Un enfant sur 2 utilise des écrans interactifs avant l'âge de six ans (tablettes, smartphones), avec en moyenne 30minutes par semaine chez les moins de 3ans et 30 minutes par jour entre 3 et 6 ans. La moitié d'entre eux le font seuls et un tiers sans la présence d'un adulte. (74)

En 2017 on retrouve deux grandes études : INCA3 (ANSES 2017) et ESTEBAN (SPF 2017). Le recueil des données de ces deux études a été réalisé entre 2014 et 2016.

L'étude INCA3 montre qu'un quart des enfants de 3 à 10 ans, la moitié des 11-14 ans, et les deux tiers des 15-17 ans passent plus de 3h par jour devant un écran. (75)

Il s'est écoulé 7ans entre l'étude INCA2 et INCA3, le temps d'écran quotidien (hors temps de travail) a augmenté de 20 minutes en moyenne chez les enfants. (76,77)

Le constat de l'étude ESTEBAN est le même, le temps passé devant un écran a considérablement augmenté. La proportion de jeunes passant 3 heures ou plus devant un écran par jour atteignait 45% chez les 6-10 ans, et 70 % chez les 11-14 ans. (78) Selon cette même étude, les enfants de 6 à 17 ans passent en moyenne 4h11min par jour sur un écran.



(79)

**En 2018,** le Groupe de Pédiatrie Générale (GPG) membre de la société française de pédiatrie (SFP) a rédigé un article faisant la synthèse de certaines recommandations, ayant pour but d'être en adéquation avec la société actuelle tant que possible :

- Comprendre le développement des écrans sans les diaboliser
- Des écrans dans les espaces de vie collective, mais pas dans les chambres des enfants
- Des temps sans aucun écran
- Oser et accompagner la parentalité pour les écrans
- Veiller à prévenir l'isolement social (8)

Sur cette même année 2018, est publié le rapport de l'étude ELFE. Cette étude estimait que plus d'un enfant (âgé de 2ans) sur quatre jouaient avec un ordinateur ou une tablette au moins une fois par semaine. Concernant le smartphone chez les moins de 3ans, un enfant sur cinq y jouait au moins une fois par semaine et un sur dix tous les jours ou presque. Parmi les enfants 84 % regardaient la télévision au moins une fois par semaine et deux tiers tous les jours. (80)

**En 2019**, les recommandations formulées dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS) par Santé Publique France (SPF) :

- les enfants de moins de 2 ans ne doivent pas être exposés aux écrans
- les enfants de 2 à 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). » (15)

Lors de cette même période le HCSP émet un rapport avec ces recommandations issus de leur travail de revue de littérature : (15)

- « Un accompagnement des enfants à l'utilisation des écrans »
- « L'interdiction des écrans aux enfants de moins de 3 ans, lorsque les conditions d'accompagnement ne sont pas réunies »
- « Avant 5 ans, [...] ne pas exposer l'enfant à des écrans diffusant des images en 3D. »
- « Quel que soit l'âge de l'enfant et de l'adolescent, [...] écran(s) dans la chambre à interdire. » - « Aucun écran [...] 1h avant l'endormissement. »
- « Une utilisation régulée [...] pour consacrer du temps aux autres activités. »
- « Pour les parents et les encadrants, être capable de repérer les signes d'alerte d'une utilisation excessive des écrans et demander de l'aide [...] »

Quelques années après toutes ces recommandations, une enquête de l'AFPA en 2021 « la Fondation pour l'enfance » montrait que 58 % des enfants de moins de 5 ans et 70 % des 3 à 5 ans, utilisaient l'écran d'un smartphone et que leurs parents passaient en moyenne 18 heures par semaine sur une tablette ou un smartphone.(74)

Une étude réalisée en 2023 par Toluna-Harris Interactive montre qu'à 6 ans et 10mois les enfants commencent à être autonome et à utiliser seuls internet et 46% d'entre eux ont un smartphone avant 10ans. Selon cet article, il y a une demande très forte des parents d'être accompagné dans la « parentalité numérique ». (81) (82)

**En 2024** le CSA formule de nouvelles recommandations :

- « Une règle d'or : pas d'écran avant 3ans »
- « Entre 3 et 6ans [...] des programmes pour enfants, des sessions courtes de visionnage et pas plus de 30 à 40 minutes par jour »
- « Entre 6 et 10ans [...] pas plus d'une heure par jour devant un écran, tous supports confondus »
- « accompagnez votre enfant dans la découverte des écrans »
- « Après 10ans, accompagnez-le dans le choix des programmes » (83)
- Cette même année, à la demande du Président de la République, il y a la création d'une commission d'experts issus de la « société civile » afin d'évaluer les enjeux liés à l'exposition des enfants aux écrans et formuler des recommandations. Le 30 avril 2024 les conclusions tombent, voici les principales préconisations à retenir :
- « Pas d'exposition aux écrans pour les enfants de moins de 3 ans »
- « un usage déconseillé jusqu'à 6 ans, ou limité, occasionnel, en privilégiant les contenus éducatifs avec un adulte »
- « une exposition modérée et contrôlée à partir de 6 ans »

- « pas de téléphone portable avant 11 ans »
- « pas de téléphone portable avec internet avant 13 ans »
- « pas d'accès aux réseaux sociaux avant 15 ans »
- « un accès uniquement aux réseaux sociaux « éthiques » après 15 ans. » (84,85)

Afin de réduire l'expositions des plus jeunes, cette commission évoquait la nécessité de limiter les écrans (portables, téléviseurs) dans les maternités, une interdiction des écrans dans les crèches et les maternelles et une vigilance chez les assistantes maternelles. (85)

**Début 2025**, les écrans sont au cœur de l'actualité, la ministre de la Santé, Geneviève Darrieussecq a annoncé le 13/11/2024 l'évolution du carnet de santé en 2025 avec des « pages dédiées sur le temps d'écran ». Un arrêté modifiant la charte nationale sur l'accueil des jeunes enfants a été publié le 2 juillet 2025 avec désormais l'interdiction d'exposer les enfants de moins de 3 ans aux écrans, notamment dans les crèches, les haltes-garderies ou les lieux d'accueil proposés par les assistants maternels. (86)

Le sujet des écrans est d'actualité à l'échelle mondiale. Depuis septembre 2023, en Chine, la présence du « mode mineur » est obligatoire sur les smartphones chinois, visant à réduire le temps d'écrans chez les jeunes. Quand ce mode est activé, il bloque l'accès à Internet de 22 heures à 6 heures du matin. Les moins de 8 ans n'ont le droit qu'à 40 minutes par jour, les 8-16 ans une heure et les 16-17 ans deux heures. (87)

En 2024, le gouvernement Québécois préconise chez les enfants de 6 à 12 ans une durée maximale de 2 heures par jour pour les activités de loisirs avec un caractère éducatif à rechercher.(88)

En novembre 2024 Le Parlement Australien a adopté une loi visant à interdire les réseaux sociaux pour les moins de 16 ans (89). Une réflexion est menée en France, au Royaume-Uni ainsi qu'en Espagne sur le même sujet. (90,91)

## Annexe 6 : Les grilles de Qualité (COREQ, STROBE, PRISMA)

### Grille COREQ :

<div> <div>Dossier</div> <div>Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche</div> </div> <div>M. Gedda</div>		
Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.		
N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?

## Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<b>Analyse des données</b>		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<b>Rédaction</b>		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

(92)

## Dossier

## Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

M. Geddi

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
<b>Titre et résumé</b>	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
<b>Introduction</b>		
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>
<b>Méthodes</b>		
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
<b>Résultats</b>		
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)

## Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation
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
<b>Discussion</b>		
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
<b>Autre information</b>		
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/>).

(93)

## Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
<b>TITRE</b>			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
<b>RÉSUMÉ</b>			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS).	
<b>MÉTHODE</b>			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : $I^2$ ) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues <i>a priori</i> .	

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
<b>RÉSULTATS</b>			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
<b>DISCUSSION</b>			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
<b>FINANCEMENT</b>			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

<sup>a</sup>Note du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

## L'évolution des pratiques préventives des médecins généralistes concernant les écrans chez les enfants de moins de 12 ans en France.

### RÉSUMÉ

**Introduction :** La surexposition précoce des enfants aux écrans sont liés à des troubles de leur développement et de leur santé. Le médecin généraliste occupe une place essentielle pour cette prévention. Plusieurs recommandations et outils se sont succédés dans ce contexte. Cette étude vise à analyser l'évolution des pratiques préventives des médecins généralistes français concernant les écrans chez les enfants de moins de 12 ans.

**Méthodes :** Une revue de littérature narrative a été conduite selon la méthodologie PRISMA. Les bases de données PubMed, LiSSa, HAL, Cairn, Cochrane, Cismef, Google scholar, Semantic Scholar, Dune, Sudoc, Persée, Exercer, La Revue Médicale Suisse et Elsevier/sciencedirect.com ont été interrogées pour la période 2008-2024. La qualité méthodologique des études a été évaluée selon les grilles STROBE, COREQ, CONSORT et PRISMA.

**Résultats :** Dix-neuf thèses de médecine générale ont été retenues. La prévention systématique de l'exposition aux écrans, encore marginale (3 % en 2017), a progressé jusqu'à 17,5 % en 2022. Les médecins abordaient majoritairement le sujet sur point d'appel ou à la suite d'une demande parentale (52 à 92% selon les années). La prévention des écrans chez les enfants de moins de 3 ans a augmenté à partir de 2020. La prévention était réalisée majoritairement par le conseil oral (85.7%), souvent fondé sur la règle « 3-6-9-12 ». Les supports écrits et le carnet de santé restaient peu utilisés. Le principal frein évoqué avant 2020 était le manque de temps puis a diminué pour devenir minoritaire (57,4% en 2020 contre 8,1% en 2022). Le manque de recommandation claire est un frein qui a également diminué avec le temps (58,5% en 2018 contre 27,24% en 2022).

**Conclusion :** Les pratiques préventives des médecins généralistes vis-à-vis des écrans évoluent favorablement mais demeurent hétérogènes. Ils reconnaissent l'importance d'aborder cette thématique en consultation dès les premiers mois de vie, mais leur implication reste limitée notamment chez l'enfant de moins de 3 ans, par un manque de recommandations claires, d'outils adaptées à leurs pratiques et le sentiment de manquer de connaissance / formation.

**Mots-clés :** enfant, population pédiatrique, écrans, prévention, pratiques préventives, médecin généraliste.

## The evolution of general practitioners' preventive practices concerning by screens in children under 12 years old in France.

### ABSTRACT

**Introduction:** Early overexposure of children to screens is associated with developmental and health disorders. The general practitioner plays a key role in this prevention. Several recommendations and tools have been developed in this context. This study aims to analyze the evolution of preventive practices among French general practitioners regarding screen use in children under 12 years of age.

**Methods:** A narrative literature review was conducted following the PRISMA methodology. The databases PubMed, LiSSa, HAL, Cairn, Cochrane, Cismef, Google Scholar, Semantic Scholar, Dune, Sudoc, Persée, *Exercer*, *La Revue Médicale Suisse*, and Elsevier/ScienceDirect.com were searched for the period 2008-2024. The methodological quality of the studies was assessed using the STROBE, COREQ, CONSORT, and PRISMA checklists.

**Results:** Nineteen general practice theses were included. Systematic prevention of screen exposure, still marginal (3% in 2017), increased to 17.5% in 2022. The doctors mostly tackled the subject on a call point (symptoms) or following a parental request (52-92% depending on the year). Prevention targeting children under 3 years old increased from 2020 onwards. Preventive actions were mainly provided through oral advice (85.7%), often based on the "3-6-9-12 rule." Written materials and the child's health record were rarely used. The main barrier cited before 2020 was lack of time, which decreased over time (57.4% in 2020 vs. 8.1% in 2022). The absence of clear recommendations also became less of a barrier (58.5% in 2018 vs. 27.24% in 2022).

**Conclusion:** Preventive practices of general practitioners regarding screen exposure are evolving positively but remain heterogeneous. They acknowledge the importance of addressing this issue during consultations from the earliest months of life, but their involvement remains limited, particularly for children under 3 years, due to the lack of clear recommendations, tools adapted to their practice, and a perceived lack of knowledge or training.

**Keywords :** child, paediatric population, screens, prevention, preventive practices, general practitioner.