

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 209

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. de Médecine Générale

PAR

RÉGNIER Cécile Yvonne, née le 28/08/1993 à Strasbourg.

Titre de la thèse

Prévention en soins primaires d'une surexposition aux écrans : élaboration à partir d'une revue de la littérature et à l'aide d'une ronde Delphi d'un outil de repérage précoce et d'intervention en consultation chez les enfants de 0 à 18 ans.

Présidente de thèse : **Pr ROSSIGNOL Sylvie**, Professeur

Directrices de thèse :

Dr BERTHOU Anne, maître de conférence associée de médecine générale

Dr CHAMBE Juliette, maître de conférence des Universités de médecine générale

NOM et Prénoms	GR	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Section du Conseil National des Universités
CADILLAC Vincent 1950	MPS	- Pôle Urgence - Radiodiagnostic Médical - Centre Antipain	43.03 Radiologie
CHAMPE Nass 1955	MPS	- Service de Neurologie Médicale / Hôtel Dieu/Neurologie	
CHARLES Yann-Philippe 1971 / 1972	MPS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux Cardio-vasculaires	31.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Océan ; chirurgie vasculaire
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépat. HEC	32.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Pôle de Pathologie Bessières	44.02 Physiologie (optique biologique)
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / HEC	
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Pôle Tête et Cou - CECS	55.01 Otorhinolaryngologie
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Serv. d'Onco-Neurologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Pôle de Biologie	42.02 Anatomie et cytologie pathologiques (opt. histologie)
CHÉRONNEAU Anne 1958	MPS	- Service de Pathologie / Hôtel Dieu/Neurologie	
CLAUDY Philippe 1954	MPS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur	43.01 Anatomie (optique clinique, orthopédie neurobiologie)
CLAUDY Philippe 1954	CI	- Service d'Orthopédie Traumatologie et Médecine sportive / HP	
COULANGE Olivier 1956	MPS	- Pôle d'Anesthésie - Réanimation, chirurgie / SMO HEC/HP	43.01 Anesthésiologie Réanimation ; Médecine d'urgence (opt. Anesthésiologie Réanimation) - Type clinique
COULANGE Olivier 1956	MPS	- Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / HEC	
COLLIGNONNE Nicolas Willy-1926	MPS	- Pôle Tête et Cou-CECS	40.01 Neurologie
COLLIGNONNE Nicolas Willy-1926	MPS	- Centre d'Investigation Chirurgicale / HEC et HP	
COUET Bernard 1956	MPS	- Pôle d'Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie et Dermato-Ophtalmologie	30.02 Oto-rhino-laryngologie
COUET Bernard 1956	CI	- Service de Neurologie / Hôtel Dieu	
de CLAY de GAN Frédéric 1954	MPS	- Pôle de Pathologie Bessières	31.01 Pneumologie
de CLAY de GAN Frédéric 1954	CI	- Service de Pneumologie / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	
de SEZE Jérôme 1957	MPS	- Pôle Tête et Cou - CECS	49.01 Neurologie
de SEZE Jérôme 1957	CI	- Centre d'Investigation Chirurgicale (CIC) - HP / Hôp. de Necker	
DEBRY Christian 1954	MPS	- Pôle Tête et Cou - CECS	33.01 Oto-Rhino-Laryngologie
DEBRY Christian 1954	CI	- Serv. d'Onco-Neurologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	
DEBRILLE Philippe 1956	MPS	- Pôle de Neurologie Clinique	44.02 Neurologie Clinique ; génétique métabol. (opt. pathologie métabolique)
DEBRILLE Philippe 1956	MPS	- Service de Neurologie Clinique / Hôtel Dieu/Neurologie	41.04 Génétique (opt. clinique)
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Biologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Diagnostic Médical / Hôtel Dieu/Neurologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur	32.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service d'Orthopédie Traumatologie du membre inférieur / HP	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie	54.01 Pédiatrie
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service de Pédiatrie II / Hôtel Dieu/Neurologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur	32.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Chirurgie de la Main - CIC Main / Hôp. Necker	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Biologie	40.01 Bactériologie-Virologie / Hygiène Hospitalière Océan (bactériologie-Virologie) Neurologie
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Laboratoire (médecine) de Biologie - FTM HEC et Faculté	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Pathologie digestive, Nutrition et de la transplantation	53.02 Chirurgie générale
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Serv. de chirurgie générale, Nutrition et endocrinologie et Transplantation / HP	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Pathologie Bessières	31.02 Chirurgie (hépatique et cardio-vasculaire)
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service de Chirurgie Thoracique / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle d'Onco-Neurologie	47.01 Neurologie ; Neurologie Océan ; Neurologie
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service d'ophtalmologie (S.M.O)	41.02 Radiologie et imagerie médicale
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- HEC - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôtel Dieu	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle d'Imagerie	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service d'Imagerie à Interventionnelle / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle d'Imagerie	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service d'Imagerie à Interventionnelle / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / HEC	30.02 Ophtalmologie
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service d'Ophtalmologie / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Pathologie Bessières	44.02 Physiologie (optique biologique)
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / HEC	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux Cardio-vasculaires	31.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Océan ; chirurgie vasculaire
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation hépat. / HEC	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie	34.02 Chirurgie infantile
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôtel Dieu/Neurologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRECS)	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Médecine Interne et de Nutrition / HP	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Santé publique et santé au travail	40.02 Médecine et santé au travail / Océan
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Pathologie Pathogénétique et Médecine de l'Enfant/HC	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRECS)	50.01 Neurologie
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Rhumatologie / Hôtel Dieu/Neurologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / HEC	32.04 Neurologie
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Neurologie Clinique et Transplantation / HEC	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / HEC	40.02 Océan ; Maladies infectieuses
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / HEC	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle Urgence - Radiodiagnostic Médical / Centre Antipain	40.02 Médecine Interne-Réanimation
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service de Neurologie Médicale / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle Tête et Cou - CECS	40.01 Neurologie
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service de Neurologie / Hôtel Dieu/Neurologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle d'Imagerie	43.01 Radiologie et médecine nucléaire
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Nucléaire / CECS	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Médecine Préventive et de Santé Publique	40.02 Médecine Préventive et Santé Publique
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Institut Universitaire de Radiobiologie / Département	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Biologie	40.01 Océan ; Bactériologie (optique biologique)
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Institut (Laboratoire) de Bactériologie - FTM HEC et Faculté	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRECS)	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HEC	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle d'actes médico-chirurgicaux Cardio-vasculaires	31.02 Cardiologie
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Service de Cardiologie / Hôtel Dieu/Ophtalmologie	
DEBRIEN Frédéric 1956	MPS	- Pôle de Génétique	33.01 Océan ; génétique et biologie du vieillissement
DEBRIEN Frédéric 1956	CI	- Service de Médecine Interne - Génétique / Hôtel Dieu et Necker - Secteur Endocrinologie - Génétique / Hôtel Dieu et Necker	

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Boite sectorielle du Conseil National des Universités
Mme VEDAZER Laurence 1956	MRP NCS	Pôle de Médecine Interne, Neurologie, Néphrologie, Endocrinologie, Diabétologie (MREDD) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Néphrologie et Auto-immunologie MREDD	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M. JESSIER Nicolas 1980	MRP NCS	Pôle de Pathologie Thoracique Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
M. JORDO Marie 1974	MRP NCS	Pôle d'Unité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme JORGONNE Anne-Gaëlle 1957	MRP CI	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / OAO Service de Médecine Interne et d'Hématologie (Omnipol) / MHC	47.02 Immunologie (autres domaines)
M. KROEMER Stéphane 1973 / 1974	MRP CI	Pôle Chirurgie Service Urogynécologie - Neurologie, Gynécologie, Pédiatrie / MHC	41.02 Radiologie et imagerie médicale (autres domaines)
M. KRAM Pierre 1973	MRP CI	Pôle médecine chirurgicale de Pédiatrie Serv. de Neurologie et Rééducation neurologique (Pédiatrie) / MHC	54.01 Pédiatrie
M. KURTZ Jean-Christophe 1958	MRP NCS	Pôle d'Ophtalmologie Service d'Ophtalmologie / CANH	47.02 Ophtal. - Otorhinolaryngologie (ORL)
Mme LALAPPE Laurence 1950	MRP CI	Pôle de Pédiatrie, Santé infantile et Adolescence Service d'Adolescence / Hôpital Civil	49.03 Pédiatrie d'adultes / Adolescence Ophtal. - Adolescence
M. LAMIE Hervé 1959	MRP NCS	Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Stomatologie et Odontologie Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Chirurgie
M. LÉONARD Vincent 1970	MRP CI	Pôle Neurochirurgie de Pédiatrie Service de Pédiatrie I / Pédiatrie (Pédiatrie)	64.01 Pédiatrie
Mme LÉRY Anne 1952 / 1957	MRP NCS	Pôle d'Unité médico-chirurgicale cardio-vasculaire Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation vasculaire / MHC	51.04 Ophtal. - Chirurgie vasculaire
M. LEVY Jean-Marie 1956	MRP NCS	Pôle d'Ophtalmologie Unité d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine Service de Neurologie, Neurologie Gériatrique et Neurochirurgie / Hôpital de Neurologie	42.01 Anatomie
M. LÉZARDIER Jean-Michel 1971	MRP CI	Pôle de Biologie Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBOG / MHC Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hématologie	52.05 Sciences Biologiques de l'Homme
M. LÉVYER Gilles 1952	MRP NCS	Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Stomatologie et Odontologie Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermatovénérologie
M. LIVERNAULT Philippe 1958	MRP NCS	Pôle de l'Appareil locomoteur Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Neurologie	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. MALCIEF Gabriel 1958	MRP NCS	Pôle d'Ophtalmologie Service d'Ophtalmologie / CANH	47.02 Ophtalmologie (autres domaines) Ophtal. - Otorhinolaryngologie
M. MARTEL Bernard 1958	MRP NCS	Pôle de Biologie Département Génétique Fonctionnelle et Cellulaire / GDFMC	54.02 Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction (autres domaines)
M. MARTIN Thierry 1956	MRP NCS	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / OAO Service de Médecine Interne et d'Hématologie (Omnipol) / MHC	47.02 Immunologie (autres domaines)
Mme MARCHAND Céline 1973	MRP NCS	Pôle de Pathologie Thoracique Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie - Radiologie
Mme MICHELIN Corinne 1942	MRP CI	Pôle de Gynécologie-Obstétrique Unité de Gynécologie / CANH	54.03 Gynécologie Obstétrique - Gynécologie Ménopausale
M. MOUTONNET Laurent 1972	MRP CI	Pôle d'Ophtalmologie Laboratoire d'Ophtalmologie Biologique - Hôpital de Neurologie Unité d'Endocrinologie / Faculté de Médecine	47.01 Ophtalmologie - Neurologie Ophtal. Neurologie Biologique
M. MIZUOCHI Jean-Philippe 1951	MRP CI	Pôle d'Unité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. NÉARD Gilles 1952	MRP NCS	Pôle de Biologie Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / M (H) / M	40.02 Parasitologie et mycologie (autres domaines)
M. NESTIER Paul-Michel 1954	MRP CI	Pôle d'Endocrinologie / Neurologie (Omnipol) / OAO Service d'Endocrinologie-Rééducation Urogynécologie / MHC	44.01 Ophtal. - Neurologie-Rééducation (autres domaines)
M. NEYER René 1950 / 1952	MRP NCS	Unité de Physiologie / Faculté de Médecine Pôle de Pathologie Thoracique Service de Physiologie et d'Expérimentation Fonctionnelles / MHC	44.02 Physiologie (autres domaines)
M. NEYER Nicolas 1976	MRP NCS	Pôle de Santé publique et Santé au Travail Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil Biostatistiques et Informatique / Faculté de Médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médecine et Technologies de Communication (autres domaines)
M. NIZARD Fabrice 1956	MRP CI	Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre adspoon Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
M. NUNZIETTI Laurent 1957	MRP CI	Pôle de Pharmacologie Labo. de Neurologie et Pharmacologie Cardio-vasculaire - EX755 / Pav.	48.03 Ophtal. - Pharmacologie fondamentale
M. OBERG Olivier 1970	MRP NCS	Pôle d'Unité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
M. OLLIVIER Bruno 1958	MRP CI	Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / OAO Service de Neurologie-Diabète et Transplantation / MHC	52.02 Radiologie
M. OLLIVIER Sébastien 1971	MRP NCS	Pôle Hôpital-général de l'Hôpital Civil Service de Chirurgie Visuelle et Oculaire / MHC	52.03 Chirurgie ophtalmique
M. OMER Eric-Jacques 1972	MRP CI	Pôle d'Ophtalmologie Service de Médecine Nutritionnelle et Imagerie Médicale / CANH	45.01 Biologie et médecine nutritionnelle
M. OSSI Stéphane 1974	MRP NCS	Pôle d'Ophtalmologie Service de Radiologie / CANH	47.02 Cardiologie - Radiodiagnostic Ophtal. - Neurologie Biologique
M. OLLI Eric 1971 / 1976	MRP NCS	Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SANS SMUR Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / HP	46.01 Anesthésiologie-Réanimation
M. OYAMA Nicolas 1957	MRP NCS	Pôle d'Ophtalmologie Serv. Urogynécologie - Urgence urologie et cardio-vasculaire / MHC	41.02 Radiologie et imagerie médicale (autres domaines)
M. OULMANN Fabrice 1973	MRP CI	Pôle d'Unité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLARD Anne 1954	MRP NCS	Pôle de Pathologie Thoracique Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PALLARD Catherine 1956	MRP CI	Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie Service de Pédiatrie III / Hôpital de Neurologie	54.01 Pédiatrie
M. PELACCIK Thierry 1952	MRP NCS	Pôle d'Ophtalmologie / Rééducation orthoptique / SMOU SMUR Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / OAO	46.05 Rééducation / Rééducation d'urgence Ophtal. - Médecine d'urgence

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvia P011	MPF NCS	- Pôle Médecine Régional de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	02.02 Chirurgie digestive
Mme SAUX Patricia P019	MPF CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	02.02 Chirurgie digestive
Mme THERY P018	CCU	- CAMU - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie, Radiothérapie Océan - Cancérologie Clinique
Mme SIAU P020	MPF NCS	- CAMU - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie, Radiothérapie Océan - Cancérologie Clinique
M. TITCHEL Julien P041	MPF CS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimation Chirurgicales / SAUJ-SMJS - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicales/SMJS	48.01 Anesthésiologie-Réanimation Médecine d'urgence (service chirurgie)
M. PRADURAC Alain P023	MPF NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRMCO) - Service de Médecine Interne et Endocrinologie / HP	44.04 Nutrition
M. RIQUET François P020	MPF CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Nautoparis	49.02 Neurochirurgie
M. RAIL Jean-Sébastien P026	MPF CS	- Pôle de Stomatologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-juridiques et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HIC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	40.02 Médecine Légale et Droit de la santé
M. SEMEN Jean-Marc P028	MPF NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Pôle d'Hépatite-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	02.02 Océan - Gastroentérologie
M. NICO Pierre P029	MPF NCS	- Pôle de Stomatologie - Département Stomatologie et développement et soins buccaux / CAMU	44.01 Stomatologie et soins buccaux
M. DUBÉ Serge P028	MPF CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	02.02 Chirurgie générale
M. MAIRY Benoît M04 / P029	MPF NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	02.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL BERNARD P036 P036	MPF NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Nautoparis	04.01 Pédiatrie
Mme SIAU P020	MPF NCS	- Pôle d'activités médico-chirurgicales Centre-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	07.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P036	MPF CS	- Pôle d'Imagerie - Pôle d'Imagerie B - Imagerie vasculaire et cardio-vasculaire / MHC	47.02 Radiologie et Imagerie médicale (généraliste)
M. GARNIER Nicolas P042	MPF NCS	- Pôle de Chimie-Organique - Service de Chimie-Organique / HP	04.01 Chimie-Organique, chimie médicale Océan - Chimie-Organique
M. ELER Arnaud P038	MPF NCS	- Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / HSD - Service d'Ophtalmologie / Hôpital Civil	02.02 Ophtalmologie
M. LALOU Em-Alex P036	MPF NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistique et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Sciences, Informatique médicale et Technologies de Communication (généraliste)
M. SAGGARÉ Olivier P044	MPF CS	- Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	02.04 Urologie
Mme SCHWZ Gaëlle P039	MPF CS	- Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / HSD - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	02.02 Ophtalmologie
Mme SCHULTZ-BOCARD P027	MPF NCS	- Pôle de Stomatologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (généraliste)
M. SCHROEDER Pierre P036	MPF CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales - Centre antitumoral - Service de Réanimations médicales / Hôpital de Nautoparis	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P036	MPF CS	- Pôle de Psychiatrie et de soins liés - Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents / HC	02.02 Psychiatrie - Adolescence
M. SCHWZ Pierre P039	MPF NCS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Pôle d'Urologie, Néphrologie et de Chirurgie urologique / HP	02.01 Oto-rhino-linguistique
M. SAFIY Laurent P039	MPF CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatite-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	02.02 Gastroentérologie - Hépatologie Océan - Hépatologie
M. BÉK Jean P036	MPF NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRMCO) - Service de Rhumatologie / Médica/vasculaire	02.01 Rhumatologie
M. STÉPHAN Dominique P036	MPF CS	- Pôle d'activités médico-chirurgicales Centre-vasculaire - Service des Maladies vasculaires / MHC/Pharmacologie (généraliste)	07.04 Océan - Médecine vasculaire
M. THAVEL Fabien P036	MPF NCS	- Pôle d'activités médico-chirurgicales Centre-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation hépatique / MHC	07.04 Océan - Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Odaline P036	MPF CS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Rhinologie / Hôpital de Nautoparis	02.01 Oto-rhino-linguistique
M. ZELER Franck P036	MPF CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie T - Imagerie nucléaire, DM, et mammaire / HP	47.02 Radiologie et Imagerie médicale (généraliste)
M. ELVEN Michel P036	MPF NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Santé 3 - Epidémiologie et Économie de la Santé / Hôpital Civil - Laboratoire d'Epidémiologie et de Santé Publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (généraliste)
M. VETTER David P039	MPF NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MRMCO) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies infectieuses/HC	02.01 Océan - Gastroentérologie
M. VESZETI Pierre P036	MPF CS	- Pôle de Psychiatrie et de soins liés - Service de Psychiatrie d'Urgences de Santé et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	02.01 Psychiatrie (généraliste)
M. VIXLE Stéphane P036	MPF NCS	- Pôle de Stomatologie - Laboratoire de Parodontologie et de Pathologies bucco-dentaires / Faculté	44.02 Soins et médecine du développement et de la reproduction (généraliste)
M. VOGL Thomas P036	MPF CS	- Pôle de Génétique - Pôle de soins de suite et de réadaptation gériatrique Hôpital de Nautoparis	01.01 Océan - Gériatrie et soins de réadaptation
M. WEBER Jean-Christophe Pierre P036	MPF CS	- Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie / HSD - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	02.01 Océan - Médecine Interne

NOM et Prénoms	CP	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialité du Conseil National des Universités
WISZ Philippe MCCF	WRPS MCS	- Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la transplantation - Service de Soins Supportifs et de Transplantation multigénés / HP - Circulaire des activités de prélèvements et transplantation des OG	03 02 - Chirurgie générale
Mme WOLFF Sylvie MCCF	WRPS CO	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	03 01 - Neurologie

HC - Hôpital Civil / HP - Hôpital de Hautepierre / HHC - Service Hôpital Civil - FCM - Plateau technique de transplantation

T - CS (Chef de service) ou MCS (Nouveau Chef de service hospitalier) CCe - Chef de service par intérim CSa - Chef de service (professeur) (ou alt)

CU - Chef d'unité (soitienne)

PD - Pôle RPS (Responsable de Pôle) ou WRPS (Nouveau Responsable de Pôle)

Dir - Consultant hospitalier (pour une des fonctions hospitalières sans chef de file de service) Dr - Directeur

(1) En exercice universitaire jusqu'au 31.08.2015

(2) (7) Consultant hospitalier (pour un an) à partir de la date de nomination → 31.08.2017

(3) En exercice universitaire jusqu'au 31.08.2015 (3) Consultant hospitalier (pour une durée indéterminée) → 31.08.2017

(4) En exercice universitaire jusqu'au 31.08.2017 (4) Consultant hospitalier (pour une durée indéterminée) → 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CP	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialité du Conseil National des Universités
CAUVEL Laurent	WRPS	- Pôle Sépatothérapie - Chimiothérapie / HHC	03 03 Médecine palliative
HABERZ FREDERIC	CS	- Service de Soins palliatifs / HHC	03 03 Soins palliatifs
BRIZZI Yann	CS	- Pôle Neurologie - Pôle de Soins d'urgence / HHC	03 01 - Soins d'urgence
MALLET Eric	CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	03 01 - Neurologie

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM			
NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Spécialités du Conseil National des Universités
M. ADAM Vincent		- Pôle d'urgence - Service de Médecine vasculaire et Urgence Médicale / CCAR	43.01 Anatomie et médecine humaine
Mme AITON Delphine		- Pôle d'urgence - Service de Radiologie / CCAR	47.02 Cancérologie Radiothérapie
Mme AYME-JEUNICH Suzanne		- Pôle de Parasitologie - Unité de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	45.01 Pharmacologie fondamentale (pharmacologie clinique - toxicologie) (autres - pharmacologie fondamentale)
Mme BAWALANA Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Institut Hépato-GI	47.04 Génétique (autres biologie)
M. BAZOT Cyril		- Pôle d'urgence - Service de Médecine vasculaire et Urgence Médicale / CCAR	43.01 Anatomie et médecine humaine (autres biologie)
M. BÉGIN Olivier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BÉGIN Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (autres biologie)
Mme BÉGIN Caroline		- Pôle d'urgence - Service de médecine vasculaire et Urgence Médicale / CCAR	43.01 Anatomie et médecine humaine
M. BÉGIN Raymond		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Musée Hôtel-Dieu	47.03 Immunologie
M. BÉGIN Robert		- Pôle d'urgence - Service d'Urgence à l'Université / HNC	45.02 Radiologie et Urgence médicale (autres biologie)
Mme BÉGIN Hélène		- Pôle de Biologie - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
M. BÉGIN Jean-Philippe		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / GEMC	47.02 Cancérologie Radiothérapie (autres biologie)
M. BÉGIN Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Musée Hôtel-Dieu	47.03 Immunologie (autres biologie)
M. BÉGIN Frédéric		- Pôle d'urgence - URGENT - Urgence Pédiatrique / HP	43.01 Anatomie et médecine humaine
M. BÉGIN Jean-Philippe		- Pôle d'urgence - Réanimations spécialisées / Centre antitoxique - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	49.02 Réanimation
Mme BÉGIN Marie-Michèle		- Pôle d'activité médico-chorégraphique Centre universitaire - Sécr. des Biologie cardiovasculaire HTA-Pharmacologie clinique/HNC	21.04 Diététique Médecine vasculaire
M. BÉGIN Yves		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HNC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
M. BÉGIN Jean-Philippe		- Pôle des Pathologies digestives, Nutritionnelles et de la Transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
M. BÉGIN Sébastien		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Musée Hôtel-Dieu	47.04 Génétique (autres biologie)
Mme BÉGIN Aude		- Pôle de Biologie et Chimie - CEIC - Service de Neurologie / Institut de Neurologie	46.01 Neurologie
M. BÉGIN Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HNC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BÉGIN Stéphanie		- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Parasitologie et d'Entérologie fondamentale / GEMC	44.02 Physiologie
Mme BÉGIN Jocelyne		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgence médico-légales et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
M. BÉGIN Vincent		- Pôle de Biologie - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AOC / Hôpital de Hautepierre	46.04 Toxicologie, Médecine de la santé, Médecine
M. BÉGIN Denis		- Pôle de Biologie - Unité de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (autres biologie)
M. BÉGIN Jack		- HUS et Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Musée Hôtel-Dieu	44.02 Physiologie (autres biologie)
M. BÉGIN Pierre		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'activité de Biologie / PTM HUS et Faculté	46.01 Biochimie, Neurologie - Hygiène Hospitalière (autres biologie) Neurologie, Neurologie (autres biologie)
M. BÉGIN Vincent		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / GEMC - Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie Clinique / HNC	47.03 Immunologie (autres biologie)
M. BÉGIN Antoine		- Pôle de Biologie - HUS (Laboratoire) de Radiologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Ophtalmologie - Urgence (autres biologie)
M. BÉGIN Eric		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie cellulaire (autres biologie)
M. BÉGIN Aurélien		- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / GEMC - Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie Clinique / HNC	47.03 Immunologie (autres biologie)
Mme BÉGIN Aude		- Pôle d'urgence - Service de Médecine vasculaire et Urgence Médicale / CCAR	43.01 Anatomie et médecine humaine
M. BÉGIN Fabrice		- Pôle d'urgence - Service de Médecine vasculaire et Urgence Médicale / CCAR - Service de Endocrinologie et de Médecine Vasculaire / HNC	43.01 Anatomie et médecine humaine
M. BÉGIN Philippe		- Pôle de Biologie - Département de Génétique fondamentale et clinique / GEMC	47.04 Génétique (autres biologie)
Mme BÉGIN Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BÉGIN Béatrice		- HUS et Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Parasitologie / Hôpital de Hautepierre	45.02 Radiologie, Endocrinologie et Coloproctologie (autres biologie)
M. BÉGIN Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localités	Boite section du Conseil National des Universités
LEONARDI Genevieve 8010		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Otorhinologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	33 03 Dermato-dermatologie
LHERMETTE Nicole 8019		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Neuchâtel	42 03 Anatomie et cytologie pathologiques
LITTE Jean-Christophe 8004		• Pôle de Chirurgie générale reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Otorhinologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	33 03 Chirurgie maxillo-faciale et dermatologie
MOLLET Laurent 8007		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie Anatomique / Hôpital de Neuchâtel et HMC	44 03 Biologie cellulaire Date cadre : Biologie(s)
Mrs MOYTOU Céline et CLERHENDR 8009	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Chimie analytique / CMCO Biologie(s)	34 03 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (autres biologies)
MULLER Jean 8002		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Hôpital Civil	42 04 Génétique (autres biologies)
Mrs NICOLAS Anne 8017		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Neuchâtel	42 03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (autres biologies)
Mrs NOURRIFF Isabelle 8011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du Travail/HMC	46 02 Médecine et Santé au Travail (autres biologies)
PERONAC W. Jean 8002		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HMC	44 03 Biochimie et Biologie moléculaire
PIAFF Bénédicte 8023		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45 02 Parasitologie et mycologie
SAEY PIERRE Anne 8004		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / HMC	42 04 Génétique (autres biologies)
Mrs PORTER Louise 8016		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Neuchâtel	42 04 Génétique (autres biologies)
PREVOYET Gilles 8002		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	40 01 Culture : Bactériologie - autres biologies
Mrs RADOSAVLJEVIC Milica 8008		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Hôpital Hôpital Civil	42 02 Immunologie (autres biologies)
Mrs REIC Kathrin 8005		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HMC - Service de Chirurgie / HMC	45 03 Biochimie et médecine moléculaire
Mrs RDU Malvina 8010		• Pôle de Pathologie Biologique - Service de Physiologie et expérimentation fondamentale / HMC	44 02 Physiologie (autres biologies)
ROGEE Pierre (Dr. Dr.) 8000		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / HMC	44 01 Biochimie et biologie moléculaire (autres biologies)
Mrs ROLLAND Delphine 8011		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie anatomique / Hôpital Civil	42 03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (autres biologies)
Mrs RUFFERT Elisabeth 8018		• Pôle Vie et Vieillesse - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HMC	46 01 Neurologie
Mrs SABOU Anne 8006		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Service de Parasitologie / Faculté de Médecine	45 02 Parasitologie et mycologie (autres biologies)
Mrs SCHNEIDER Sophie 8010		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Hôpital Hôpital Civil	42 04 Génétique
SCHWABER Frédéric 8000		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	40 01 Culture : Bactériologie - autres biologies
Mrs SOLIS Margaux 8013		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Hôpital de Neuchâtel	40 01 Bactériologie-Virologie - autres biologies Culture : Bactériologie-Virologie
Mrs SORDET Christelle 8008		• Pôle de Médecine (Médecine, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Dermatologie / ASPMCO) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Neuchâtel	30 01 Rhumatologie
Mrs VALKENBURGH Nicole 8010		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	40 01 Culture : Bactériologie - autres biologies
TALJA Sany 8012		• Pôle de Pathologie Biologique - Service de Physiologie et expérimentation fondamentale / HMC	44 02 Physiologie (autres biologies)
Mrs TALEN Sabine 8009		• Pôle Neuro-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hôpital Civil	34 02 Chirurgie infantile
TELETIN Malina 8011		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Biologie(s)	34 03 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (autres biologies)
VALLAT Laurent 8019		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / Hôpital de Neuchâtel	42 03 Anatomie et Cytologie Pathologiques Culture : Histologie Biologique
Mrs VILAIN-JURICH Aurélien 8010		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie / Hôpital Civil	45 01 Bactériologie-Virologie / Virologie Hospitalière Culture : Bactériologie-Virologie Hospitalière
Mrs VILARS Genevieve 8005		• Pôle de Biologie - Unité de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45 02 Parasitologie et mycologie (autres biologies)
Mrs WOLF Malvina 8019		• Centre de Recherche - Interdisciplinaire générale - Service de la Qualité / Hôpital Civil	48 02 Culture : Pharmacologie fondamentale
Mrs ZALIZNYC Anne et MARCANTON 8013		• Pôle Médecine-Chirurgie de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Neuchâtel	34 01 Pédiatrie
ZOLL Sibylle 8017		• Pôle de Pathologie Biologique - Service de Physiologie et d'Expérimentation fondamentale / HMC	44 02 Physiologie (autres biologies)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. REISSEL Nils	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	11. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LAMOND Lionel	ICURE-UMS 7307 - Equipe HBS / Faculté de Médecine	69. Nécessaires
Mme MARILLÉ Céline	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	12. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianne	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	13. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Maryl	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	19. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. VINCIGERON Frédéric	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	17. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. ZINBER Alexis	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	15. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ays. DRES Jean-Luc	90006	Médecine générale (01.08.2017)
Pr Ays. GROS-BERTHOZ Annie	90108	Médecine générale (01.08.2015)
Pr Ays. GUILLET Philippe	90008	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ays. HÉLÉ Philippe	90008	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ays. ROUGIER Fabrice	90007	Médecine générale (01.08.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr DUMAS Justine	90108	03.03 Médecine générale (01.08.2016)
Dr LIBRETO Mathieu	90108	03.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr DUMAS Justine	90108	Médecine générale (01.08.2016 au 01.08.2019)
Dr MARCELLE Anne-Elisabeth	90108	Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick	90108	Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-BESSLER Pas	90008	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.08.2011)
Mme CANDIA Peggy	90008	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.08.09)
Mme SEBASTIENNE Marie-Noëlle	90007	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme ZINSER Nicole	90008	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.08.2011)
Mme MARTIN Suzanne	90008	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.08.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr KETRUC Dominique	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HUSP0010 Hautepierre
Dr DE MARCHI Michel	- Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / OCM01
Mme Dr GERRARD Bénédicte	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GOURIEUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie pharmaco-biologie - Service de Pharmacie-Médecation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Pascal	- Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'admission gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robenau
Mme Dr LALLEMAND Lucie	- Pôle Urgences - SAMU07 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accueil aux soins de nuit - La Doucote (PADO)
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialité Médicale - Cardiologie - Hygiène (SMC) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LEFEBVRE Isabelle	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction / ONCO de Soubisheim
Mme Dr MARTIN-HUMAND Catherine	- Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de M. Robertus
Dr NISARD Sabine	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique - IIR / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Françoise	- Pôle de Spécialité Médicale - Ophtalmologie - Hygiène (SMC) - UCSA
Dr PIRELLO Olivier	- Pôle de Génétique et d'Onco-génétique - Service de Génétique-Onco-génétique / GMO
Dr REY David	- Pôle Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - LAZAR (Luzern) - Centre de soins de l'infirmerie pour la VHS / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDE DUSTENY Carole	- Pôle Anatomie - Service de Chirurgie Bessière (Hôpital de Hautepierre)
Mme Dr RONDERES Catherine	- Pôle de Génétique et d'Onco-génétique - Centre d'Onco-Biologie / CAMP / OMC
Dr TICHOMARCHI David	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr WERTZ Anne	- Pôle Urgences - SAMU07 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de 2007 à 31 mai (membres de l'Institut)
DUMASON Pierre (Biochimie et Biologie moléculaire)
MENEZ Jean-Louis (Généraliste et Biologie moléculaire et cellulaire)
- pour trois ans (1^{er} avril 2018 au 31 mars 2021)
Mme UTEB Anouk (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)
DURDUM Pierre (Cancerologie Génétique)
NISARD Jean (Généraliste-Hématologue)
PINCET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUON Claudine (Pharmacologie)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2021 au 31 août 2024)
RELIJCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANON Jean-Marc (Pneumologie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHEIT Jacques (Urgences médico-chirurgicales, Adultes)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2021 au 31 août 2024)
DANON Anne (Pneumologie, asthmatologie)
DEMBUSCH Pierre (Oncologie et Réanimation chirurgicale)
HERBECOT Pascal (Hématologie)
STERE Jean-Paul (Chirurgie de la main)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc / ONCO-01 / RCAD (01.08.2009 - 31.08.2010) / renouvelé 01.10.2010-30.09.2015, 01.10.2017

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHIFFRON Dominique	(2019-2020)
Pr RINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LANG André G.	(2019-2020)
Pr SARRE Anne	(2018-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONDREDES Catherine	(2019-2020)

(* à définir au futur)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLFF Michel (Chirurgie générale) / 01 28 36	KRISTOFFER Pierre (Généraliste) / 01 28 07
BAERF Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01 28 07	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01 28 36
BAGDAF Jean-Jacques (Gynécologie obstétricale) / 01 28 21	LANGE Sabine (Orthopédie et traumatologie) / 01 28 36
BAHESS Pierre (Cardiologie) / 01 28 12	LANDER Bruno (Généraliste) / 01 28 15
BATTENON-LADEN Anne (Anatomie Pathologique) / 01 28 38	LEIT Jean-Marc (Pédiatrie) / 01 28 38
BILMANN René (Médecine générale) / 01 28 31	LINDGREN Jean (Physiologie) / 01 28 18
BERTHIAF Jean-Pierre (Cardiologie) / 01 28 18	LITZ Patrick (Pédiatrie) / 01 28 18
BERTHEL Marc (Généraliste) / 01 28 18	MALLET Claude (Généraliste) / 01 28 38
BENTZ Marie (Gynécologie Obstétricale) / 01 28 18	MAVRE Michel (Biochimie et bio-moléculaire) / 01 28 13
BLONJ Jean-François (Médecine Interne) / 01 28 13	OML / 01 28 18 (Lithologie) / 01 28 18
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01 28 38	MANEN Patrick (Médecine générale) / 01 28 14
BODHARDY Jean (Radiologie) / 01 28 28	MANTZ Jean-Michel (Reumatologie) / 01 28 36
BOURGAT Pierre (Radiologie) / 01 28 38	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01 28 18
BOUGUET Pascal (Pharmacologie) / 01 28 18	MARESCAUX Jacques (Chirurgie générale) / 01 28 18
BRECHENRICH-DUBREIL (Cardiologie) / 01 28 38	MARX Jean-Jacques (Biochimie et Biologie moléculaire) / 01 28 38
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétricale) / 01 28 18	MEISSER Jean (Pédiatrie) / 01 28 37
BURSHARD Guy (Pharmacologie) / 01 28 38	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01 28 13
BURSTEIN Claude (Psychiatrie) / 01 28 18	MEYER Pierre (Statistique, informatique) / 01 28 18
CAMPELLEAU Jean (Médecine et Santé publique) / 01 28 18	MICHEL Pierre (Bactériologie) / 01 28 11
CAZENAVE Jean-Pierre (Généraliste) / 01 28 18	MIGNARD Jean-Marc (Cardiologie) / 01 28 38
CHAMPY Maïmè (Radiologie) / 01 28 38	ODDET Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01 28 18
CHAMVIN Michel (Cardiologie) / 01 28 18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie) / 01 28 18
CHÉLÉY Jean-Marie (Gynécologie générale) / 01 28 38	PATRICK Michel (Psychiatrie) / 01 28 18
CHESLONNE Jacques (Chirurgie générale) / 01 28 18	Miss PÉLÉ (Généraliste) (Pharmacologie) / 01 28 11
CHÉRY Jean-Michel (Chirurgie générale) / 01 28 18	PHOGE Michel (Endocrinologie) / 01 28 18
COLLARD Raphaël (Neurologie) / 01 28 38	POITESSIER Thierry (Généraliste) (Reumatologie) / 01 28 18
CONSTANTINESCO Anika (Biochimie et Médecine moléculaire) / 01 28 11	REY Philippe (Chirurgie générale) / 01 28 38
DEFFEMAN Jean-Louis (Radiologie) / 01 28 18	REYER Jean (Gynécologie-Obstétricale) / 01 28 38
DEFFOD Michel (Généraliste) / 01 28 18	RIMPLER Yves (Biochimie) / 01 28 18
DECLOR Sylvain (Gynécologie-Généraliste) / 01 28 18	ROANDER Guy (Physiologie) / 01 28 18
DEFRONCO Jean-Pierre (Anatomie Pathologique) / 01 28 18	ROANDER Philippe (Reumatologie) / 01 28 38
DEHMAN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01 28 18	SAUNAGE Paul (Chirurgie générale) / 01 28 38
FABRE Michel (Chirurgie orthopédique) / 01 28 38	SCHAEFFER Guy (Gynécologie-Obstétricale) / 01 28 38
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01 28 18	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01 28 11
FLANWET Jacques (Ophtalmologie) / 01 28 38	SCHMIDT Simon (Radiologie) / 01 28 18
GAZ Gérard (Gynécologie-généraliste) / 01 28 18	SECK Henri (Médecine Générale) / 01 28 38
GÉNÈSSE Pierre (Biochimie et Biophysique) / 01 28 38	STERNÉ Jean-Louis (ORL) / 01 28 18
GROCHER Daniel (Institut de Physique Nucléaire) / 01 28 38	STIN Claude (Généraliste) / 01 28 38
GUT Jean-François (Virologie) / 01 28 18	STOLL-KELLER François (Virologie) / 01 28 18
HABELGROB Michel (Reumatologie) / 01 28 18	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01 28 38
HILFMANN Georges (Hématologie) / 01 28 38	TEMPE Jean-Daniel (Reumatologie) / 01 28 38
HOD Ernest (Hématologie) / 01 28 38	THÉRY Jean (Radiologie) / 01 28 38
HUER Jean (Médecine Interne) / 01 28 38	THEISSER Jean (Gynécologie-Obstétricale) / 01 28 38
JACOMIN Didier (Dermatologie) / 01 28 18	VAUTHIER Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01 28 18
JACON Daniel (Chirurgie générale) / 01 28 18	VEITZER Jean-Marc (Anatomie pathologique) / 01 28 18
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01 28 38	VINCENON Guy (Biochimie) / 01 28 38
JOURN Jean-Louis (Anatomie) / 01 28 18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01 28 38
KOERF Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01 28 38	WATTEL Amal (Gynécologie-Obstétricale) / 01 28 38
KRÄMER Michel / 01 28 38	WILK Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01 28 18
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01 28 18	WILK André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01 28 18
KREUER Jean (Neurologie) / 01 28 38	WILLIOT Daniel (Pédiatrie) / 01 28 38
KUNTZ Jean-Louis (Radiologie) / 01 28 38	WOLFRAM-GARRE Pierre (Anatomie) / 01 28 38

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 4, rue Kœppler - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 35 35 35 - Fax : 03 88 35 35 35 ou 03 88 35 34 37

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- HEC : Hôpital HENRI CIVIL - 1, place de l'Hôpital - BP 428 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 35 37 38
- HC : Hôpital CIVIL - 1, Place de l'Hôpital - S.P. 428 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 35 37 38
- HF : Hôpital de Hautepierre - Avenue Mérieux - B.P. 49 - F - 67088 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 32 81 88
- Hôpital de La Robertsau : 83, rue Hirsinger - F - 67115 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 15 55 01
- Hôpital de l'Élieux : 15, rue Clerck - 67081 Strasbourg - Tél. : 03 88 35 37 38

CMCO : Centre de Médecine Chirurgicale et Dentaire - 19, rue Louis Pasteur - BP 428 - Strasbourg - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 35 37 38

C.C.O.M. : Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main - 10, Avenue Buisson - B.P. 38 - F - 67402 Binsul GuPf-ville Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 35 37 38

E.P.A. : Département Français du Sang - Avenir - 10, rue Seldmann - BP N°38 - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 27 25 25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strasser" - 3, rue de la Pucelle de l'Hôpital - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 26 24 24

IURC : Institut Universitaire de Radiobiologie Chimique - CNRS de Strasbourg et IURC/AM (Univ) pour le Centre de Recherche des Carcères (Association Médecin - 48 Boulevard Clemenceau - 67081 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISSES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Sylvie Rossignol,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer ce travail. Merci pour votre engagement et les enseignements précieux que vous dispensez aux étudiants depuis tant d'années. Veuillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et notre profond respect.

A Madame le Docteur Anne Berthou,

Nous te remercions d'avoir co-dirigé ce travail ainsi que pour ta confiance, ta bienveillance et ton accompagnement tout au long de ce projet. Nous te remercions pour tout ce que tu fais pour enrichir notre internat avec le Département de Médecine Générale et pour les valeurs que tu défends tant dans ta pratique que dans notre formation. Avec tous nos remerciements et notre sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Juliette Chambe,

Nous te remercions d'avoir co-dirigé ce projet, de ton regard avisé sur ce travail, de ton expérience et ton exigence qui a permis de nous amener plus loin. Nous te remercions pour tout ce que tu fais pour enrichir notre internat avec le Département de Médecine Générale et pour l'accompagnement dont tu fais profiter tant d'internes. Avec tous nos remerciements et notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc Gari,

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Nous te remercions également pour ta confiance et tes précieux conseils tout au long de cet internat, pour ta vision de la médecine générale que tu transmets avec rigueur, bienveillance et enthousiasme aux internes qui ont la chance de travailler avec toi. Avec notre profonde gratitude.

A tous les experts ayant participé à ce projet,

Merci de votre implication, votre assiduité et pour le partage de vos points de vue, vos expériences respectives et vos idées qui ont permis à ce projet de voir le jour.

REMERCIEMENTS D'AMANDINE

A ce long cursus qui s'achève,

Les études médicales ne sont pas un long fleuve tranquille, mais elles sont faites de rencontres privilégiées qui savent vous donner l'envie d'apprendre votre métier de demain.

Je remercie tout particulièrement, Dr Marion Moreau, ma tutrice au département de Médecine Générale, de m'avoir accueillie et guidée comme elle l'a fait, avec bienveillance et gentillesse. Nos échanges tout au long de l'internat m'ont beaucoup apporté.

A mes différents maîtres de stage en médecine générale, Dr Rougerie Fabien, Dr Walter Patrice, Dr Oberlin Hervé, Dr Sturm Gilles, mais aussi Dr Ganier Pierre, Dr Vial Hélène, et Dr Brumm Christophe, vous m'avez fait découvrir toute la richesse de la médecine générale. Votre bienveillance et votre patience m'ont guidée dès les premiers pas et m'ont permis de revêtir cette blouse avec un peu plus d'assurance chaque jour.

À Dr Beckmann Siegmar pour son accueil chaleureux dans son cabinet de pédiatrie, et à toute l'équipe des nourrissons de HautePierre, avec une attention particulière pour Dr De Feraudy Yvan et Dr Bordet Jeanne.

A toute l'équipe des urgences adultes de l'hôpital Louis Pasteur à Colmar, à celle de la clinique Saint-Luc à Schirmeck et du CMCO à Schiltigheim.

A mes co-doctorantes, Camille et Cécile,

Grâce à cette collaboration j'ai pu découvrir en vous de très belles personnes. Merci pour votre accueil dans ce projet, votre soutien et toutes les soirées thèses que l'on a passées ensemble. Si les tableurs infinis et autres documents ne vont pas me manquer, nos petites réunions à trois si ! Je vous souhaite le meilleur pour la suite, vous serez des médecins, désormais docteurs, fabuleuses sans aucun doute.

A mes amis chers,

A Mégane,

Ma super copine, “Mémé”, merci pour tout. Pour les après-midi entières de révisions sur ton canapé, en passant par les parties de Just Dance durant le concours des ECN, les soirées potins, pour les voyages faits ensemble, et pour ton soutien apporté dans les moments difficiles.

A Cyrielle,

Mon amie d’abord dijonnaise puis ensuite strasbourgeoise, je suis heureuse d’avoir pu partir à l’aventure découvrir l’Alsace avec toi. Merci pour tous les bons moments que l’on a passés ensemble et j’espère pouvoir encore me perdre avec toi dans les rues de Strasbourg, au sens propre bien sûr !

A toute la team dijonnaise des pingouins du désert, je ne vous oublie pas !

A ma famille,

A ma maman,

Merci de m’avoir donné les clés pour réussir, de m’avoir encouragée durant toutes ces années et cru en moi, quand moi je n’y croyais plus. Si je suis la personne que je suis aujourd’hui, c’est grâce à toi. Alors merci, du fond du cœur.

A mon frère et à ma soeur, vous êtes mon plus bel atout dans la vie.

Elodie, ma grande sœur “préférée” bien sûr, tu es mon modèle depuis toute petite. Notre complicité m’est tellement précieuse, ainsi que nos discussions interminables. Merci d’avoir toujours été là pour moi.

Une pensée à ta douce famille : Quentin et votre petite Aurore.

Nicolas, notre chouchou, maintenant plus grand que moi. Je conserve toujours précieusement ton totem Koh-Lanta, par ce simple objet tu as su m’accompagner dans les moments difficiles.

Merci pour toute l’aide que tu m’as apportée (notamment sur le plan informatique pour ce travail de thèse !)

A mon père, merci pour le soutien que tu as pu m’apporter durant ces années.

A mes grand-parents,

Mamie Michèle et papy André, merci d'avoir toujours été présents pour moi et pour tout l'amour que vous me donnez depuis que je suis petite. Votre pigeon voyageur a pris son envol, mais il reviendra toujours près de son nid.

A ma belle-famille,

Pour leur grande générosité, merci de m'avoir accueillie dans votre chaleureux cocon familial.

A toi Jérémy,

Mon chéri, tu as suivi au quotidien les stages d'internat, la thèse, les remplacements et tout le reste. Merci pour ton aide, ta patience et ta compréhension durant toute la préparation de cette thèse. Cette année aura été intense en émotion pour tous les deux.

J'ai trouvé en toi la personne que j'aimerais à mes côtés et je suis heureuse de la vie que l'on construit ensemble. Avec toi, je n'ai pas peur de l'avenir, je sais qu'il sera comblé tout simplement parce que tu es là. Je t'aime.

A ta petite fille merveilleuse, Agathe, et à cette relation toute particulière que j'ai la chance de pouvoir construire avec elle.

A mes Chéris doux.

REMERCIEMENTS DE CAMILLE

Ce travail marque la fin de ces longues années d'études ! Merci à toutes les personnes qui m'ont accompagné, inspiré ou soutenu même un moment durant ce parcours ; celles que je cite et toutes les autres. Merci aux patients qui font toute la richesse de notre métier.

A mes co-thésardes,

Ce fut un plaisir de partager avec vous les réflexions sur ce thème qui nous est cher et de parcourir les méandres de la thèse qui s'est avérée bien plus épineuse que prévue ! Selon un proverbe africain, « seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ». J'espère que notre travail en est la preuve ! Merci pour votre patience, ces élans de travail acharné, de motivation mais aussi de réconfort gustatif ! Tant d'heures qu'on va pouvoir dédier à d'autres choses... enfin !

A mes co-internes et acolytes de promotion, avec une pensée particulière pour mes co-internes de pédiatrie et de médecine interne, qui à Mulhouse ou à Strasbourg, à des moments différents ont été source de lumière dans des semestres hospitaliers particuliers ! Merci aussi à toutes les personnes comme Mike Horn et aux personnes qui les citent comme JB, pour leur actions et leurs paroles qui nous font relativiser sur tout et avancer !

A ma famille,

A mes parents, merci de nous avoir transmis vos valeurs et de nous avoir élevé comme vous l'avez fait, dans le partage (pas que culinaire !), le goût et le respect des autres.

A ma mère, toi qui as su m'apprendre à ne reculer devant rien dans un climat de confiance toujours apaisant. Tes conseils, ton soutien moral et cette profonde liberté m'ont aidé à avancer et à me construire toutes ces années. A mon père, tu m'as montré la valeur du travail et tu m'as accompagné avec cette curiosité intellectuelle, cet émerveillement du vivant inébranlable. A votre humanité sans trompette, votre bienveillance sans détour. Je vous aime.

A ma grande soeur, mon modèle éternel, mon repère, ma référence et ma préférence... Tu m'as ouvert la voie avec élan, bienveillance (toujours) et patience (le plus souvent !). Personne n'a jamais dit que ce serait facile mais tu as toujours été là... A ta tribu. Romain, ce pont de la bamboche et ce maître de la vanne, qui égaye chaque retrouvaille ! Marc, ce rayon de soleil déjà plein de malice que j'ai hâte de voir grandir et d'accompagner. Je vous aime.

A mes grands-parents Jean-Pierre et Ginette, qui me manquent. Vous n'êtes plus parmi nous mais votre amour inconditionnel et votre douceur ne m'ont jamais quitté.

A mon grand-père Robert, cette force de la nature. Du haut de ton siècle, tu m'auras appris qu'au détour d'une vie, il peut se passer bien des choses et qu'il faut profiter de chaque instant. A ma grand-mère Louise, que j'aurais tant aimé connaître.

A mes oncles, tantes, parrain, marraine, cousins et cousines, petits cousins, à tous ces moments de bonheur simple partagés ensemble, sur notre île dorée, à Panam, dans notre campagne saintongeaise, dans cette contrée Ontarienne et ailleurs.

A vous tous, qui réunis m'avaient donné le sens de la famille.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir si bien accueilli et de m'avoir offert de véritables moments d'évasion et bonheur ces dernières années. Merci aussi à ma mamie d'adoption Jacqueline pour sa gentillesse et sa farouche liberté !

A mes amis,

Quelle chance de vous avoir à mes côtés ! A Clara, je suis si heureuse d'être ta plus vieille amie, j'espère qu'on continuera les inépuisables débats sur la vie jusqu'à ce qu'on soit mamies ! Merci au reste de la famille Parisi pour tout ce que vous m'avez apporté depuis toujours.

A Sarah, pour ton sens de la répartie et de la comédie et les 400 coups fait ensemble. Au reste de la famille Pedrini-Cathelineau pour le goût de l'Alsace avant l'heure et votre confiance.

A Camille, merci pour ton infinie bonne humeur. J'en profite pour te souhaiter tout le bonheur du monde pour cette année si particulière à toi et Nathan !

A mes amis Saintais de Lycée, qui sont devenus les amis de Faculté : Maxime, Vincent et Jordane ! Ma vingtaine n'aurait pas été si belle sans vous à mes côtés, vous êtes mes piliers. De même pour Tiphaine, ces années de séparation ne gâchent jamais rien aux retrouvailles.

A tous ceux qui ont accompagné ces fabuleuses années poitevines :

A Aurore, avec qui j'ai partagé toutes ces années de médecine, de galère et de joie. Ton regard sur la vie, ton rire, ton sourire (...), ta détermination et ton énergie sont une source sans fin de réconfort et d'inspiration ! A Anicet, pour ta facétie et ta sincérité qui font tant de bien !

A Jérémy et Antho, ce tandem infernal de la force tranquille !

A Maryne, pour ta précieuse amitié, ton intensité de vie et ta force de caractère, de la gaité en barre à chaque instant !

A Clarisse, pour ta douceur qui cache ce franc parler inestimable que j'aime tant !

Et au reste de la dream team... Toutes ces années de dur labeur où l'on aura pas forcément gagné des points de vie mais où l'on aura tant ri et muri ensemble !

A ces amis québécois et ces maudits français en exil... ces quelques mois passés parmi vous auront été une belle claque mais aussi la plus belle parenthèse de toutes mes années d'études !

A cette team Strasbourgeoise incroyable, merci d'avoir rendu cet exil unique...

Je remercie d'abord notre guide de l'intérieur rochelais, sans qui l'on aurait peut-être pas fait ce choix inattendu ! Mais aussi les pétillantes Laetitia, Laura et Ophélie, pour cette collocation du petit bonheur lors de laquelle tout a commencé ! Sans vous rien n'aurait été pareil. Au reste des "toubib free"... vous qui avez sublimé cette épopée !

A Myriam et Jean-Louis qui nous ont rendu l'expérience Dannemarienne si facile ! A Julie et Julien, les meilleurs des voisins, et au COVID-19 (malgré tout), qui nous a réunis pour ces premiers rendez-vous balcons et cette amitié en or ! Et au reste du "groupe des copains"... pour votre accueil chaleureux à l'alsacienne et à la turque !

A Julien,

Enfin, je remercie inconditionnellement mon meilleur ami, mon compagnon de route, mon amour, mon roi du maquis... Tu as été aux premières loges toutes ces dix dernières années, ton soutien sans faille m'a été d'une valeur et d'une force inestimable. Merci d'illuminer mon quotidien et de me rendre cette existence si douce malgré ce monde fou ! Merci de prouver que toute route n'est jamais tracée d'avance. Je suis si fière de l'homme que tu es devenu et du chemin parcouru ensemble.

Je t'aime à l'infini... une flamme impossible à éteindre !

Ce travail, je le dédie à mon grand-père, Dr Jean-Pierre Abeille, sans qui je ne me serais jamais dirigée vers cette voie et sans qui je n'en serais pas là. Tu nous a quitté trop tôt mais ta mémoire a été mon courage toutes ces dix dernières années !

Et à tous les enfants...

REMERCIEMENTS DE CÉCILE

Voici enfin le point final à ce long livre des études médicales : un parcours long et sinueux, mais riche avant tout, et qui en vaut la chandelle !

Alors, un grand merci à tous ceux qui m'ont accompagnée durant ces années :

A toute ma famille évidemment, tout particulièrement mes parents, ma soeur et mon frère, pour leur soutien indéfectible.

A mes co-thésardes, un vrai plaisir d'avoir partagé ce travail avec vous.

A mes maîtres de stage en médecine générale. Aux médecins hospitaliers, mais aussi aux équipes soignantes qui ont jalonné mes stages. A mes co-internes.

A mes amis : d'enfance, d'études, de musique, et bien plus encore... vous vous reconnaîtrez !

Mais surtout, et avant tout, à mon chat.

Table des matières

SERMENT D’HIPPOCRATE	11
REMERCIEMENTS	12
Table des matières	21
Index des figures, tables et illustrations	25
Liste des abréviations et acronymes	26
PREAMBULE	28
I. INTRODUCTION GÉNÉRALE	30
1. Définitions	30
2. Choix de la population pédiatrique	31
3. Un enjeu de santé publique	32
3.1. La révolution du numérique	32
3.2. Etat de la consommation actuelle des écrans	33
4. Conséquences de la surexposition aux écrans	36
4.1. Développement psycho-moteur	36
4.1.1. Le langage	36
4.1.2. Attention et concentration	36
4.1.3 Développement moteur	37
4.2 Interactions sociales	37
4.3. Performances scolaires	38
4.4. Répercussions somatiques	38
4.4.1. Troubles du sommeil	38
4.4.2. Troubles visuels	39
4.4.3. Obésité et troubles cardiovasculaires	39
4.5. Manifestations psycho-comportementales	39
4.5.1. Troubles du comportement	39
4.5.2. Troubles de l’humeur	40
4.5.3. Violence	40
4.5.4 Pornographie	41
4.5.5. Addiction et dépendance	41
4.5.6. Harcèlement	42
4.6. Réversibilité des troubles	42
5. Les recommandations scientifiques	43
5.1. En France	43
5.2. A l’international	46
6. Un manque de prévention de la part des médecins généralistes	47

7. Les méthodes de prévention	49
7.1. Le choix d'un outil de RPIB	51
7.2. Définition du RPIB	53
8. Choix et définition de la méthode Delphi	54
8.1. Présentation de la méthode Delphi	54
8.2. Avantages et inconvénients	55
8.3. Autres méthodes de consensus et comparaison	56

II. ARTICLE 1 : Questionnaires de prévention en soins primaires d'une surexposition aux écrans, chez les enfants de 0 à 18 ans : revue systématique de la littérature.

1. INTRODUCTION	59
2. MÉTHODES	61
2.1. Type d'étude	61
2.2. Recherche bibliographique	61
2.2.1. Recueil des données	62
2.2.3. Critères d'éligibilité	62
2.3. Synthèse de revue la littérature	63
2.3.1. Analyse de la qualité de la littérature	63
2.3.2. Validation des questionnaires	64
2.3.3. Applicabilité en soins primaires	65
2.3.4. Recueil des questions pertinentes pour la pratique	66
3. RÉSULTATS	67
3.1. Les supports existants	67
3.1.1. Sélection des références	67
3.1.2. Présentation des résultats	68
3.1.2.1. Date de publication	69
3.1.2.2. Pays de publication	69
3.1.2.3. Description des outils	69
3.1.2.4. Tranches d'âge	80
3.2. Les supports pertinents en consultation de médecine générale	80
3.2.1. Qualité des articles inclus dans la revue de littérature	80
3.2.2. Evaluation des questionnaires	81
3.2.3. Applicabilité en consultation de médecine générale	81
3.3. Recueil de questions	83
4. DISCUSSION	86
4.1. Rappel des résultats principaux	86
4.2. Forces de l'étude	87
4.3. Limites de l'étude	87
4.4. Eclairage vis-à-vis de la littérature	89
4.5. Perspectives	89

5. CONCLUSION 91

III. ARTICLE 2 : Élaboration d'un questionnaire de prévention selon le principe du repérage précoce et intervention brève, concernant la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans, à destination des médecins généralistes, à l'aide d'une ronde Delphi.

1. INTRODUCTION	92
2. MÉTHODES	93
2.1. Accords préalables et Comité d'Ethique	93
2.2. Type d'étude	94
2.3. Echantillonnage	94
2.4. Chronologie et déroulement de l'étude	95
2.5. Questionnaires (cf annexes 8 à 11)	96
2.5.1. Ronde 1 (cf. Annexe 8)	96
2.5.2. Rondes 2-4 (cf. Annexe 9-11)	96
2.6. Collecte et analyse des données	97
3. RÉSULTATS	97
3.1. Description	97
3.1.1. Caractéristiques de la population d'experts	97
3.1.2. Objectifs généraux des rondes successives	101
3.2. Evolution de la sélection des questions par catégorie	101
3.3. Outil final	103
3.3.1. Repérage précoce	103
3.3.2. Consultation dédiée 0-6 ans	104
3.3.3. Consultation dédiée 6-18 ans	105
3.3.4. Présentation de l'outil	105
3.3.5. Mise en forme de l'outil	106
3.4. Cadre d'utilisation de l'outil	107
3.5. Ressources à utiliser	109
3.5.1. Références citées par les experts	109
3.5.2. Fiche de conseils	110
4. DISCUSSION	110
4.1. Présentation des résultats	110
4.2. Forces et limites de l'étude	111
4.2.1. Forces	111
4.2.1.1. Concernant la ronde Delphi	111
4.2.1.2. Concernant le groupe d'experts	111
4.2.1.3. Concernant l'applicabilité en soins primaires	112
4.2.1.4. Concernant le format RPIB de l'outil proposé	112
4.2.2. Limites	113
4.2.2.1. Concernant la ronde Delphi	113

4.2.2.2. Concernant le groupe d'experts	113
4.2.2.3. Concernant le format RPIB de l'outil proposé	114
4.2.2.4. Concernant la pratique	114
4.3. Perspectives	115
5. CONCLUSION	116
IV. CONCLUSION GÉNÉRALE	118
Liste des annexes	
ANNEXES ARTICLE 1	
Annexe 1 : Stratégie de recherche bibliographique, résultats en date du 6/12/2021	119
Annexe 2 : PRISMA 2020 Checklist	120
Annexe 3 : Cosmin Checklist	123
Annexe 4 : Evaluation de la qualité méthodologique des articles	128
Annexe 5 : Regroupement des questions similaires	130
Annexe 6 : Liste des questions couvrant la problématique du mésusage des écrans	133
ANNEXES ARTICLE 2	
Annexe 7 : Avis comité d'éthique	136
Annexe 8 : Questionnaire ronde Delphi n°1	137
Annexe 9 : Questionnaire ronde Delphi n°2	157
Annexe 10 : Questionnaire ronde Delphi n°3	161
Annexe 11 : Questionnaire ronde Delphi n°4	169
Annexe 12 : Synthèse de la 1ère ronde Delphi	175
Annexe 13 : Synthèse de la 2ème ronde Delphi	183
Annexe 14 : Synthèse de la 3ème ronde Delphi	188
Annexe 15 : Synthèse de la 4ème ronde Delphi	194
Annexe 16 : Outil de prévention et de dépistage concernant la surexposition aux écrans	198
Bibliographie	201
Résumé : Prévention en soins primaires d'une surexposition aux écrans : élaboration, à partir d'une revue de littérature et à l'aide d'une ronde Delphi, d'un outil de repérage précoce et d'intervention en consultation chez les enfants de 0 à 18 ans.	217

Index des figures, tables et illustrations

- Figure 1 : “Méthodes participatives, Un guide pour l'utilisateur” - Nikki Slocum mars 2006	55
- Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA	68
- Figure 3 : Tranches d'âges des questionnaires	80
- Figure 4 : Contexte d'utilisation	84
- Figure 5 : Consommation	84
- Figure 6 : Relations familiales et sociales	84
- Figure 7 : Troubles somatiques	84
- Figure 8 : Dépendance	85
- Figure 9 : Troubles de l'attention	85
- Figure 10 : Troubles de l'humeur	85
- Figure 11 : Résultats de la première ronde Delphi	102
- Figure 12 : Résultats de la deuxième ronde Delphi	102
- Tableau 1 : Description des méthodes de consensus	57
- Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques des méthodes de groupe consensuel	58
- Tableau 3 : Questionnaires évaluant les habitudes familiales et la consommation des écrans	71
- Tableau 4 : Questionnaires évaluant la dépendance aux écrans	72
- Tableau 5 : Questionnaires évaluant l'utilisation problématique du smartphone	73
- Tableau 6 : Questionnaires évaluant la dépendance aux jeux vidéos	75
- Tableau 7 : Questionnaires évaluant la dépendance à internet	78
- Tableau 8 : Questionnaire évaluant la dépendance aux réseaux sociaux	79
- Tableau 9 : Critères d'applicabilité en soins primaires (tests contenant 10 items maximum)	82
- Tableau 10 : Données socio-professionnelles et démographiques des experts	98
- Tableau 11 : Description de la population d'experts et leur participation aux rondes successives	100
- Illustration 1 : outil final - questions de Repérage Précoce	104
- Illustration 2 : outil final - questions de Consultation Dédicée 0-6 ans	104
- Illustration 3 : outil final - questions de Consultation Dédicée 6-18 ans	105
- Illustration 4 : outil final - notice explicative	105

Liste des abréviations et acronymes

- AAP : American Academy of Pediatrics
- AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
- APA : American Psychiatric Association
- CAMSP : Centre d'Action MédicoSociale Précoce
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CD : Consultation Dédicée
- CIM-11 : 11ème révision de la Classification Internationale des Maladies
- CoSE : Collectif Surexposition aux Ecrans
- COSMIN : COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments
- CRPE : Concours de Recrutement des Professeurs des Écoles
- CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
- CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies
- DES : Diplôme d'Etudes Supérieures
- DEUST : Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
- DEES : Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé
- DIU : Diplôme Inter-Universitaire
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DSM-5 : 5ème révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- DU : Diplôme Universitaire
- DUT : Diplôme Universitaire de Technologie
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- HDRS : Échelle de dépression de Hamilton
- IB : Intervention Brève
- IEMP : Institut d'Education Médicale et de Prévention
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- NC : Non Communiqué
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OPEN : Observatoire de la Parentalité et de l'Education
- PMI : Protection Materno-Infantile
- PRISMA : Preferred Reporting Item for Systematic Review and Meta-Analysis
- QCM : Questions à Choix Multiples
- RCPH : Royal College of Paediatrics and Child Health

- RP : Repérage Précoce
- RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
- TDAH : Trouble de Déficit d'Attention et Hyperactivité
- TSA : Troubles du Spectre Autistique
- UNAF : Union Nationale des Associations Familiales
- USA : United States of America
- VO2 max : Consommation maximale d'oxygène

PREAMBULE

Cette thèse résulte d'une collaboration étroite entre les trois auteures qui ont travaillé ensemble sur ce projet commun selon une répartition équitable du travail.

Camille Pinaud, Cécile Régner et Amandine Chevriaux, toutes les trois internes en médecine générale et intéressées à mener une thèse sur les écrans, ont d'abord commencé leurs recherches chacune de leur côté. C'est en sollicitant les mêmes directrices de thèse, Dr Chambe Juliette et Dr Berthou Anne, impliquées dans cette problématique, que les doctorantes ont été mises en contact les unes avec les autres pour effectuer ce travail en trinôme.

S'il a fallu un temps de réflexion pour préciser le sujet d'étude et le rôle de chacune, les directrices de travaux et les doctorantes ont rapidement compris qu'une collaboration à trois serait une force, permettant de mener des travaux plus conséquents et plus approfondis, avec des visions différentes.

Au regard des objectifs de l'étude, le choix a été fait de scinder ce travail en deux parties distinctes, une revue de littérature d'une part, et l'élaboration d'un questionnaire de prévention par le biais d'une ronde Delphi d'autre part. Celle-ci reposant sur les résultats de la première étude, donnant une cohérence à l'ensemble et aboutissant à la thèse présentée en deux articles scientifiques.

Initialement, il était envisagé de répartir entre les trois chercheuses, des tranches d'âge différentes entre 0 et 18 ans, et mener des recherches similaires, mais spécifiques à chaque tranche d'âge attribuée. Cependant, scinder les recherches aussi nettement s'est avéré peu pertinent devant l'absence de consensus concernant les recommandations d'exposition aux écrans selon l'âge, variant d'un pays à l'autre, d'une part, puis les premiers documents trouvés comportant des tranches d'âge hétérogènes d'autre part. Il était donc impossible de découper le travail selon les tranches d'âge définies.

Les recherches ont donc continué de concert, chacune travaillant de manière indépendante avec une mise en commun systématique de l'ensemble des références par le biais d'un tableur partagé et d'une bibliothèque commune sur le logiciel Zotero. De cette manière, la bibliographie a commencé et s'est déroulée.

Plusieurs rencontres ont été organisées, entre les doctorantes et les directrices de thèse, permettant de faire le point sur l'avancement des études et la suite à envisager. Une fois les références colligées pour

la revue de littérature, cela a permis de commencer la deuxième partie de la thèse, à savoir la ronde Delphi. Le fonctionnement à trois a été conservé durant toutes les étapes de celle-ci, que ce soit le contact des experts, selon les lectures et le réseau de chacune, la préparation et l'envoi des questionnaires, la réception des résultats et la rédaction des synthèses correspondantes. Une adresse mail commune, appartenant au domaine de l'Unistra, a été utilisée par les trois chercheuses, pour plus de praticité et faciliter le recours des experts.

Concernant la partie rédactionnelle, le plan a été réfléchi à trois.

L'introduction générale à la thèse a été rédigée à deux. Camille a précisé les quelques définitions et développé le choix de la population pédiatrique, le contexte de consommation des écrans, la réversibilité des troubles, le manque de prévention de la part des généralistes et le choix de la méthode RPIB. Cécile a rédigé les parties traitant des conséquences de la surexposition aux écrans, les recommandations scientifiques existantes et le choix de la méthode Delphi.

L'article 1 a été construit à deux. L'introduction et la discussion ont été rédigées par Camille. Amandine a rédigé les parties méthodologie et résultats, après qu'elle ait mené un nouveau tour complet de bibliographie sur les différentes bases de données, précisant les équations de recherche, puis fait le tri de l'ensemble des références colligées et l'évaluation de la qualité des articles inclus dans la revue de littérature.

L'article 2 a été composé en binôme par Camille et Cécile. Cécile a rédigé l'introduction, les résultats et la discussion correspondante, tandis que Camille a décrit la méthodologie de l'étude.

La rédaction de ce deuxième article reprenant en majeure partie les synthèses de ronde Delphi faites ensemble tout au long de l'année, Cécile et Camille ont participé davantage à la partie de rédaction du manuscrit qu'Amandine, dont le travail effectué sur l'article 1, consistant en une classification des données et l'étude fine des références, bien que dense, apparaît moins sur la quantité de rédaction.

Enfin les conclusions de chacun des articles et la conclusion globale ont été pensées à trois.

Le contenu du manuscrit est ainsi commun et toutes les parties ont été mutuellement relues par les 3 doctorantes.

I. INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Définitions

Avant de vous présenter ce travail de thèse, quelques termes, qui y tiennent une place majeure, méritent qu'on les définisse clairement afin d'éviter toute confusion ou toute ambiguïté.

Ainsi, le terme « *écran* » recoupe différentes définitions selon le dictionnaire Larousse (1) :

- « Tout ce qui arrête le regard, qui dissimule, empêche de voir » ;
- « Ce qui s'interpose, s'intercale et dissimule » ;
- « Dispositif d'affichage électronique d'images ou de données. » ;

Ces deux premières définitions sont intéressantes car elles mettent le doigt sur un effet pervers potentiel des écrans s'ils sont utilisés de façon déraisonnable : la mise à distance du réel.

Les écrans dont nous allons parler dans ce travail sont bien les écrans au sens mentionné par le Haut conseil de santé publique : « une interface entre un observateur passif, ou rendu actif, et un ensemble infini et permanent d'images, de messages, de connaissances, d'émotions, de mises en relation et de stimulations comportementales » (2) (télévision, ordinateur, smartphone, tablette, jeux vidéo).

D'autre part, le terme « *prévention* » comprend « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », comme l'a défini l'OMS en 1948 (3).

On peut en distinguer trois types :

- la prévention *primaire* vise à diminuer l'incidence d'une maladie, à réduire le nombre de nouveaux cas dans une population ;
- la prévention *secondaire* a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population ;
- la prévention *tertiaire* tend à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie dans une population.

La Charte d'Ottawa (4,5), établie à l'issue de la première Conférence internationale en 1986 et ratifiée par la France, précise que la **promotion de la santé** a pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer».

Cette thèse s'inscrit dans un travail de prévention primaire et secondaire, et de promotion de la santé. L'objectif est de développer un outil permettant de repérer un usage problématique des écrans afin d'en diminuer toute conséquence néfaste potentielle chez les enfants de 0 à 18 ans.

A ce jour, les sociétés savantes à l'International s'accordent à dire qu'un usage problématique des écrans peut nuire gravement au développement et à l'état de santé des enfants. Selon nos recherches, s'il n'y a pas de seuil strict établi au-delà duquel la consommation est à risque ou délétère, on peut néanmoins retenir comme à risque, à partir des recommandations scientifiques existantes (6–11) :

- toute exposition, avant 2-3 ans ;
- toute exposition supérieure à 60 minutes et sans accompagnement, de 3 à 6 ans ;
- toute exposition sans accompagnement ni régulation, après 6 ans ;

2. Choix de la population pédiatrique

Le choix de la population pédiatrique nous a paru naturel du fait de la plus grande vulnérabilité des enfants (il s'agit d'un sujet en développement avec un contrôle des émotions, du comportement et de la réflexivité inachevé), tributaire de leur situation familiale, de leur accompagnement parental (12,13) et d'une technologie qui se veut toujours plus attractive et accessible (14).

Toutes les études scientifiques corroborent les effets néfastes prépondérants chez les enfants (cf partie I.4 ci-dessous). Ainsi, sachant que les écrans peuvent potentiellement mener à des addictions comportementales ou des dépendances (l'addiction aux jeux vidéos, la cyberdépendance (15–17)) : il est important d'intervenir en amont, avant que ces comportements à risque ne se pérennisent et que les

troubles ne se développent. En effet, plus ces mécanismes s'installent tôt, plus ils seront difficiles à traiter.

On sait également que chez l'adulte, plus l'usage des écrans a été excessif pendant l'enfance, plus ils risquent (2,18) :

- de développer des troubles anxieux et dépressifs ;
- d'avoir un faible niveau d'étude ou de connaître une situation de chômage ;
- de développer des troubles du sommeil ;
- d'avoir une consommation tabagique ou une hypercholestérolémie.

Ces troubles peuvent d'ailleurs ne pas avoir été repérés pendant l'enfance. Pour toutes ces raisons, il nous semblait primordial d'axer la prévention vers cette population pédiatrique.

3. Un enjeu de santé publique

3.1. La révolution du numérique

En l'espace de quelques décennies, le numérique a inondé notre quotidien. Depuis l'avènement de cette ère miraculeuse avec l'apparition successive de la télévision, l'ordinateur, la tablette, etc. les barrières du temps et de l'espace se sont abattues... La connaissance est désormais disponible en un « clic » de façon illimitée. Ce qui pouvait sembler incroyable par nos aïeux, digne de gadgets à la James Bond, relève désormais du commun ; la fiction a rattrapé la réalité. Avec l'apparition des smartphones, un seul et même objet mobile nous donne un accès illimité et immédiat, sans contrainte de temps ni de lieu, à des appels téléphoniques certes, mais aussi des messages instantanés, notre agenda, l'échanges de contenus audiovisuels, de la photographie, des données GPS, des réseaux sociaux, des jeux... Les usages du numérique se sont ainsi rapidement modifiés avec une utilisation initialement familiale ou en tout cas collective, devenue individualisée et solitaire.

Toute cette technologie a permis d'enrichir et d'améliorer notre qualité de vie, de faciliter notre quotidien. C'est devenu une ressource incontournable tant dans les activités humaines professionnelles que personnelles. À cette époque où toute l'humanité est confrontée à une même pandémie, le SARS-CoV-2, nous avons vu à travers le télétravail, les visioconférences, ... que celle-ci pouvait être un véritable allié.

Toutefois, cette manne n'est pas sans travers. Déjà en 1985, Neil Postman, professeur à l'Université d'Etat de New York, dans son livre « *Amusing Ourselves to Death* » (19) (traduit « *Se distraire à en mourir* ») imaginait un monde effrayant, où la distraction à tout prix via la TV prenait le pas sur la réflexion, représentant un désordre social de la première importance. Depuis quelques années, nombreux sont les soignants et scientifiques d'horizons multiples à nous alerter sur leurs effets potentiellement néfastes : le Pr K. S. Young (20), psychologue clinicienne américaine, le Dr S. Tisseron (6,13), psychiatre français, le Dr Nicholas Kardaras (21) ou encore le Dr A.-L. Ducanda (22,23), médecin généraliste française travaillant en PMI. D'ailleurs, les spécialistes de cette industrie florissante de la Silicon Valley semblent avoir bien intégré les dangers du numérique ; à la Waldorf School of the Peninsula, où la plupart des parents travaillent chez Apple, Google, la pédagogie exclut la présence des écrans (13)...

3.2. Etat de la consommation actuelle des écrans

La consommation des écrans par les enfants et leurs parents en France est régulièrement évaluée par plusieurs études.

L'étude Junior Connect' 2022, réalisée par l'institut IPSOS comme chaque année (24), a interrogé en ligne 4000 enfants et jeunes de moins de 20 ans. Elle mesure la fréquentation de tous les médias qui s'adressent à eux, analyse leur relation à ces médias (presse, télévision, internet, radio, cinéma) et tous les supports (PC, smartphones, tablettes, consoles...), leurs habitudes d'achat et de consommation leurs relations aux marques et à la publicité, etc. Ainsi, les résultats de 2022 montrent que :

- les 13-19 ans possèdent en moyenne 3 écrans personnels, contre 1,6 en moyenne chez les 7-12 ans ;
- le smartphone est le terminal fétiche des adolescents (90% d'équipement), soit 12 points de plus qu'en 2016 ;
- l'ordinateur est le deuxième écran privilégié par les plus de 13 ans (à près de 70% d'équipement) ; mais reste toutefois secondaire chez les 7-12 ans (19% d'équipement) ;

- le temps d'écran est principalement dédié au visionnage des vidéos sur les plateformes ; les moins de 12 ans privilégient Internet pour regarder la télévision en direct ou des tutoriels, tandis que les plus de 13 ans l'utilisent avant tout pour un usage social : réseaux sociaux portés par la vidéo (Youtube, Snapchat, Instagram, TikTok) et les jeux vidéo (Fortnite, Discord, Twitch), et messageries instantanées. L'écoute de la musique est également l'un des usages les plus répandus, sur YouTube, Spotify et Deezer.

L'étude Médiamétrie 2020 "La Parentalité à l'épreuve du numérique" menée pour l'Observatoire de la Parentalité & de l'Education Numérique (OPEN) et l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) auprès de plus de 2000 parents met en lumière les contradictions de la parentalité numérique (25,26) :

- le trépied smartphone – télévision – ordinateur est présent dans quasiment tous les foyers à plus de 90% ; ces équipements sont plus utilisés par les parents que par leurs enfants ;
- les enfants sont très tôt propriétaires de leurs appareils : 7,3 ans est l'âge moyen de la première console de jeu et 9,9 ans l'âge pour le premier smartphone ; à 10 ans, 35% possèdent leur propre console de jeu, 28% leur propre tablette et 11% leur propre téléviseur ; entre 11 et 14 ans, 65% possèdent leur propre téléphone portable ;
- les activités numériques sont avant tout réalisées par l'enfant seul à l'exception du visionnage de films (22% seul et 47% avec les parents), de séries (30% seul et 37% avec les parents) ou de photos (33% seul et 42% avec les parents) ;
- pour tous les équipements, la principale occasion d'achat est le cadeau ; ensuite vient le fait que les parents sentent que les enfants sont prêts ; l'incitation de l'enfant et de ses amis ne rentre pas ou peu en compte dans les occasions d'équipement de l'enfant ;
- 81% des parents utilisent leur portable devant leur enfant tous les jours ;
- 90% des parents déclarent craindre que le numérique crée une dépendance chez l'enfant ;
- 44% des parents ne se sentent pas du tout ou pas suffisamment accompagnés dans l'encadrement des pratiques numériques de leurs enfants ;

L'étude de cohorte ELFE (12), créée en 2007, comporte plus de 18 000 enfants en France métropolitaine. Elle aborde de multiples aspects de la vie de l'enfant, ayant permis des études dans de nombreux axes comme les sciences sociales, la santé ou encore l'environnement. La consommation des écrans par les enfants de moins de deux ans a ainsi été évaluée :

- 87% regardent la télévision, 36% jouent avec une tablette ou un ordinateur, 26% jouent avec un smartphone et 7% jouent aux jeux vidéo ;
- 6h50 est la durée moyenne de visionnage par semaine, avec plus de la moitié d'entre eux à hauteur de 4h30 par semaine ;
- la consommation télévisuelle est très précoce, avec un début de visionnage en moyenne à quatorze mois.

Il apparaît clairement dans cette étude que les comportements à l'égard de la plupart des écrans se transmettent d'une génération à l'autre, et ce, par les deux parents de manière comparable :

- les enfants tenus à l'écart des écrans et ceux qui en sont forts consommateurs se distinguent par les exemples parentaux devant lesquels ils sont placés : les parents des premiers sont systématiquement moins consommateurs d'écrans que les parents des seconds ;
- parmi les enfants qui regardent la télévision tous les jours ou presque, 62% des mères et 60% des pères font de même, tandis que 4% ne la regardent jamais ;
- parmi les enfants les plus consommateurs en durée (plus de 8h par semaine), 33% des mères et 36% des pères figurent aussi parmi les plus utilisateurs (plus de 15h par semaine).

Ainsi, les résultats convergent vers le même constat : **le numérique est prépondérant dans notre quotidien.**

Son usage a des conséquences actuellement bien identifiées et documentées. Il affecte les quatre piliers constitutifs de chaque individu : le cognitif, l'émotionnel, le social et le sanitaire. Il est difficile de réellement cloisonner les champs affectés. Si l'on prend l'exemple de l'impact négatif des écrans sur le sommeil ; le sommeil va lui-même affecter les capacités de mémorisation, les facultés d'apprentissage mais aussi entraîner un dérèglement du système hormonal et du système immunitaire,

ou encore augmenter les risques d'obésité ; le tout pouvant influencer les performances scolaires...
Quoi qu'il en soit, nous tenterons dans la partie suivante de faire état des domaines potentiellement affectés par une surexposition des écrans chez l'enfant.

4. Conséquences de la surexposition aux écrans

4.1. Développement psycho-moteur

4.1.1. Le langage

Le langage est défini comme la fonction d'expression de la pensée et de communication entre les humains, mise en œuvre par la parole ou par l'écriture. Son apprentissage repose sur une participation à des activités d'apprentissage (lire ensemble, raconter...), une qualité d'interaction parent-enfant, ainsi que la mise à disposition de matériel d'apprentissage adapté à son âge (27). Or la présence d'écrans dans les foyers est un facteur d'appauvrissement des relations verbales (28), réduisant la qualité et la quantité des interactions parents-enfants. Une association entre le temps d'exposition aux écrans et la baisse des compétences langagières est maintenant clairement établie (29), alors que l'attention portée à la qualité du contenu visionné ainsi que l'accompagnement parental permettent de limiter les entraves au développement du langage. C'est une communication multimodale (intégrant gestes, affects, réciprocité...) qui permet l'acquisition du langage (30).

4.1.2. Attention et concentration

L'attention est définie comme la capacité à se concentrer sur une activité pendant une période donnée, sans succomber à une distraction externe. Les grandes entreprises du numérique se sont aujourd'hui lancées dans une course effrénée visant à accaparer l'attention de leur consommateurs, on parle même de "captologie" ou "économie de l'attention", selon Tristan Harris, ex-employé de Google (31).

Une corrélation directe entre l'exposition aux écrans et les troubles de l'attention reste difficile à mettre en évidence (diagnostic souvent tardif des troubles de l'attention, manque d'études longitudinales). Toutefois plusieurs travaux ont mis en évidence une association entre un sommeil altéré et un déficit d'attention (32). Ainsi, l'exposition aux écrans, par son effet sur la durée et la

qualité du sommeil pourrait avoir un impact sur le niveau attentionnel des enfants. Les effets néfastes des écrans sur l'attention semblent par ailleurs être plus spécifiques d'une exposition précoce (avant 3 ans) (33,138).

4.1.3 Développement moteur

Les écrans ne favorisent pas le développement moteur de l'enfant, de par la position de sédentarité qu'ils impliquent. Ensuite, sur le plan sensori-moteur, le panel de manipulation reste plutôt limité et répétitif, alors que l'on a plutôt une sur-stimulation des sens du côté de la vue et de l'ouïe. Ainsi, en mettant en regard les capacités en motricité fine de deux groupes d'enfants, l'un utilisant une tablette tactile plus d'une heure par semaine, l'autre non, on a constaté que le groupe "sans tablette" avait statistiquement de meilleurs résultats en dextérité manuelle (139).

4.2 Interactions sociales

L'immaturation du nouveau-né rend essentiel le rôle des interactions sociales dès la naissance, permettant la structuration cérébrale. En effet, les nouveau-nés préfèrent les visages aux autres types de stimulation visuelle et la voix aux autres types de stimuli auditifs (33). Ces interactions sont donc la pierre angulaire du développement cognitif, émotionnel et social. De nombreux travaux ont expérimenté ceci, en montrant à des enfants un adulte utiliser un objet dans la vie réelle, et la même situation vue à travers une vidéo. Le niveau de compréhension, de mémorisation, mais aussi la reconnaissance de la personne, sont nettement moins bons dans les conditions de la vidéo, qu'en condition réelle (34),(35).

Aussi, par l'amputation du temps parental consacré aux échanges, les écrans représentent un grand frein dans le développement des enfants : plus enfants et parents passent de temps sur leurs écrans, plus l'ampleur et la richesse de leurs relations réciproques se réduisent. Pour chaque heure passée devant un écran, un bébé de 18 mois perd 52 minutes d'échanges avec ses parents, un enfant de 4 ans en laissera 45 et le préadolescent de 10 ans 23 minutes (28,36,37). Il en va de même avec l'écran allumé en toile de fond, sans même être utilisé, la puissance distractive de l'écran dégrade l'échange (38).

Enfin, bien que les réseaux sociaux semblent faciliter le tissage d'une toile de connexion entre les individus, la tendance serait davantage au repli sur soi avec un risque de désocialisation, avec état dépressif associé, notamment chez les adolescents hyperconnectés avec un usage excessif de jeux vidéos en ligne. Ceci peut constituer un refuge permettant la fuite de la vie quotidienne (39).

4.3. Performances scolaires

Les performances scolaires sont conditionnées par des facteurs multiples : démographiques, sociaux, familiaux... La littérature scientifique démontre de façon claire que indépendamment de ces facteurs qui sont contrôlés, la durée de consommation des écrans est associée de manière négative aux résultats scolaires (40–42), tout particulièrement une exposition précoce (43). Des études longitudinales ont permis de confirmer cette corrélation à l'âge adulte : une consommation importante de télévision durant l'enfance (5-11 ans) est associée à un plus faible niveau de diplôme à l'âge adulte, et ce indépendamment de tout facteur confondant (niveau socio-économique, QI, troubles comportementaux...) (44,45).

4.4. Répercussions somatiques

4.4.1. Troubles du sommeil

Les écrans perturbent autant la qualité que la quantité de sommeil (46) : chaque heure passée sur un écran diminue de 15,6 minutes la durée totale de sommeil sur 24h (47). Ces mécanismes sont même maintenant bien compris, avec l'inhibition de la sécrétion de la mélatonine par la lumière bleue des LED lors de l'utilisation des écrans, retardant ainsi l'heure du coucher et augmentant la latence d'endormissement. Entrent également en jeu les contenus visionnés qui peuvent être anxiogènes ou excitants. De manière indirecte, cet impact sur le sommeil occasionne une augmentation de l'obésité, des troubles du développement, de la mémoire, de l'attention, des difficultés scolaires...

4.4.2. Troubles visuels

On constate une forte augmentation de la prévalence de la myopie : on estime que d'ici 2050, la moitié de la population sera myope (48). Ce phénomène s'explique par le fait que la vision de près, sollicitée de manière prolongée, par les écrans notamment, entraîne à long terme des troubles de l'accommodation, ce que n'occasionne pas la télévision puisqu'elle est généralement regardée à une distance de quelques mètres (49).

4.4.3. Obésité et troubles cardiovasculaires

L'augmentation du temps d'écran est communément associée à la sédentarité. L'étude ESTEBAN disponible sur Santé Publique France, rappelle que 60,9% des enfants et adolescents sont considérés comme étant sédentaires et passent plus de 3 heures par jour devant un écran (50). Le corollaire de cette sédentarisation est une recrudescence de l'obésité, avec une association entre temps d'écran et surpoids/obésité (51–54). En effet, manger devant un écran entraîne une prise alimentaire machinale, du grignotage, les aliments consommés sont de plus mauvaise qualité nutritionnelle et les publicités incitent à la consommation de ces mêmes aliments.

On observe par ailleurs une baisse de la capacité cardiovasculaire des enfants de 25% en 40 ans (55,56), avec une association significative négative de l'utilisation du téléphone portable et de la VO₂ max (57). A titre indicatif : “ en 1971, un collégien courait 600 mètres en 3 minutes, en 2013 pour cette même distance, il lui en faut 4 !”, selon le Pr Carré F, cardiologue.

4.5. Manifestations psycho-comportementales

4.5.1. Troubles du comportement

Comme déjà évoqué précédemment, le diagnostic de TDAH (regroupant la triade : inattention, impulsivité et hyperactivité), est en pleine explosion depuis les années 1990, avec une association positive entre ce trouble et la consommation journalière des écrans.

Par ailleurs, il faut mentionner les TSA (troubles du spectre autistique), qui se caractérisent par une anomalie des interactions sociales réciproques, des anomalies de la communication, ainsi que des intérêts restreints avec comportements stéréotypés. Une réduction de l'exposition aux écrans permet une amélioration spectaculaire du développement chez des enfants de 0 à 3 ans ayant préalablement été exposés, suggérant ainsi l'existence d'un diagnostic différentiel entre l'autisme dans sa forme classique, et ce que l'on appellera "l'autisme virtuel" (58). L'autre hypothèse étant qu'une potentialité autistique se révélerait plus fréquemment dans un environnement saturé d'écrans (59). Ainsi, ce lien entre les TSA et les écrans reste pour le moment au stade de l'hypothèse.

4.5.2. Troubles de l'humeur

On retrouve essentiellement chez les adolescents une association significative entre le temps-écran et l'apparition de symptômes dépressifs, ainsi qu'une fragilisation de la santé mentale lorsque le temps d'utilisation des écrans dépasse 2-3 heures par jour (60,61). A noter que la surconsommation des écrans peut être à la fois la cause d'une dépression, mais également l'un de ses symptômes.

Enfin, l'Avis de L'Académie des Sciences fait même état de l'apparition d'autres pathologies psychiatriques dans des contextes de surexposition aux écrans : troubles obsessionnels compulsifs, troubles bipolaires, anxiété sociale, abus de substances (62), etc.

4.5.3. Violence

Cette question de la violence résultant des écrans n'est pas récente, déjà soulevée en 2001 par l'AAP.

Une exposition répétée à des contenus audiovisuels violents, ou encore de la violence "active", comme dans les jeux vidéos, prédispose à davantage de cognitions ou de pensées violentes, avec une habitude qui favoriserait la propension au passage à l'acte (63).

Ainsi, une méta-analyse de 2018 serait en faveur de l'augmentation de l'agressivité physique par la pratique des jeux vidéo violents (64).

La majorité des chercheurs plaide en faveur d'une telle association, toutefois, cette question divise toujours (65,66).

4.5.4 Pornographie

12% des sites web sont à caractère pornographique, 25% des requêtes et 35% des téléchargements concernent ce domaine. Ainsi, avec cette facilité d'accès à ces images, à 12 ans, un enfant sur trois a déjà été exposé à la pornographie, de façon volontaire ou involontaire. Cette initiation sexuelle précoce aurait pour conséquence une entrée dans la vie sexuelle plus précoce, une sexualité plus "permissive", avec des conduites sexuelles à risque. Enfin, la pornographie véhicule par ailleurs de nombreux stéréotypes genrés, notamment concernant les rôles sexuels, entretenant l'image de la femme-objet et de la culture du vio. Cela altère par conséquent la perception des adolescents consommant ce type de médias (71).

4.5.5. Addiction et dépendance

Depuis les années 1990, grâce au psychiatre Aviel Goodman, les addictions ont commencé à être considérées non comme des entités isolées, mais un phénomène avec une origine et des mécanismes communs, que ce soit pour l'addiction à une substance, ou une addiction comportementale. L'addiction est définie comme une "condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects désagréables, donne lieu à des symptômes clés tels que la perte de contrôle répétée et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives" (67).

Concernant les écrans, l'utilisation du terme d'addiction est très controversée, la seule étant reconnue par l'OMS en 2019 concerne les jeux vidéo, avec l'entrée du "trouble du jeu vidéo" dans la CIM-11 (68). Il est décrit comme un "comportement lié à la pratique des jeux vidéo ou des jeux numériques, qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue accordée au jeu, au point que celui-ci prenne le pas sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes, et par la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit de répercussions dommageables. Pour que ce trouble soit diagnostiqué en tant que tel, le comportement doit être d'une sévérité suffisante pour entraîner une altération non négligeable des activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles

ou d'autres domaines importants du fonctionnement, et en principe, se manifester clairement sur une période d'au moins 12 mois."

On peut également évoquer la cyberdépendance qui correspond à l'utilisation récurrente et persistante des multiples applications sur internet, dont l'usage devient une conduite difficilement contrôlable. Ce comportement a pour conséquence une souffrance clinique évidente ; la personne ne peut s'empêcher d'effectuer des achats en ligne, des recherches d'informations, elle a un usage excessif des mails, des chats, des blogs, des réseaux sociaux (15)...

Toutefois, concernant cette notion de dépendance, la limite reste très difficile à poser dans ce long continuum qui s'étend de l'usage raisonné, puis l'usage excessif, jusqu'à l'addiction.

4.5.6. Harcèlement

La prévalence du cyberharcèlement chez les jeunes de 12 à 18 ans est de 15%, contre 35% de harcèlement "traditionnel"(69). A la différence du harcèlement "traditionnel", le cyberharcèlement n'a pas de limite ni dans le temps ni dans l'espace et ne s'arrête donc pas aux portes de l'établissement scolaire. De fait, il peut conduire ensuite à des syndromes dépressifs, un stress émotionnel, une anxiété sociale, des idées suicidaires... Le fait de passer plus de 3 heures par jour sur internet est un facteur de risque associé au cyberharcèlement, et ce sont les réseaux sociaux qui exposent le plus à ce phénomène (70,71).

4.6. Réversibilité des troubles

L'étendue des conséquences néfastes potentielles des écrans peut sembler vertigineuse. Fort heureusement, il a été noté en pratique clinique, qu'en un mois de modification des comportements, les troubles pouvaient diminuer voire même totalement régresser (72,73) . Cette période de retour à un usage raisonné des écrans peut s'avérer d'autant plus compliqué que certains enfants s'en trouveront désorientés, irritables, agressifs ou repliés sur eux-même ; des troubles du sommeil ou de la concentration peuvent également se majorer. Il faut en avertir parents et enfants afin que ceux-ci puissent dépasser cette étape délicate en ayant connaissance de ces difficultés.

Cette phase n'est que transitoire, l'enfant retrouvera rapidement un état de bien être psycho-socio-comportemental et des progrès en termes d'apprentissage et d'acquisitions (23,74–77). Toutefois, selon les individus, plus l'âge avance, moins les symptômes concernant le développement psychomoteur évoluent favorablement (78).

En somme, la réversibilité des troubles est possible si l'on parvient à modifier les comportements. Autrement dit, si l'on parvient à faire plus de prévention, on peut amorcer ces modifications de comportements (79,80).

5. Les recommandations scientifiques

Depuis plusieurs années, de nombreuses recommandations concernant la prévention d'une surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans voient le jour, en France ou à l'étranger, sans toutefois obtenir de consensus. Elles restent complémentaires et nécessitent une adaptabilité face au contexte culturel, socio-économique. De plus, la rapide évolution des médias rend difficile l'établissement de règles universelles.

5.1. En France

- La règle initiale du "3-6-9-12" de Serge Tisseron, psychiatre, de 2008 relayée par l'AFPA (6)
 Avant 3 ans : pas d'écran ;
 De 3 à 6 ans : pas de console avant 6 ans, limiter et partager ;
 De 6 à 12 ans : pas d'internet avant 9 ans et toujours accompagné ;
 A partir de 12 ans : internet seul avec prudence.
- Les « 4 temps sans écrans » ou règle des « 4 pas pour mieux avancer » de Sabine Duflo, psychologue clinicienne, depuis 2016 (81)
 Pas d'écrans le matin ;
 Pas d'écrans durant les repas ;
 Pas d'écrans avant de s'endormir ;
 Pas d'écrans dans la chambre de l'enfant.

- Les sept “règles d’or” de Michel Desmurget, docteur en neurosciences, publiées dans son livre “La fabrique du crétin digital” (82)

Pas d’écran avant 6 ans ;

30 minutes par jour maximum jusqu’à 12 ans et 60 minutes après ;

Les moments sans écrans : le matin avant l’école, les repas, les devoirs, les discussions familiales, 1h30 avant le coucher ;

Un contenu adapté, qui respecte les signalétiques d’âge, sans scène violente ni sexuelle, ni scène de consommation d’alcool ou de tabac ;

Un écran à la fois, avec des règles précises de consommation et une discussion autour ;

Faire d’autres activités : parler, lire, faire du sport, de la musique, des puzzles, utiliser des jouets, chanter, dormir, dessiner, peindre, s’ennuyer ;

Utiliser le contrôle parental.

- Les conseils du CSA (8)

Conseils délivrés aux 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 ».

Conseils délivrés aux parents : « Pas d’écrans avant 3 ans », « Avant 8 ans seulement des programmes pour enfants », « Limitons le temps passé devant les écrans », « Une signalétique à respecter », « La télévision c’est mieux quand on en parle », « Devenir un parent et un téléspectateur actif ».

- Les recommandations de la Société Française de Pédiatrie en 2018 (83)

5 messages clés à délivrer : “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”.

- Les recommandations du rapport de l'Académie des Sciences de 2013 (74)

Avant 2 ans : les écrans non interactifs n'ont aucun effet positif ;

De 2 à 3 ans : l'exposition passive et prolongée des enfants à la télévision, sans présence humaine interactive et éducative est déconseillée ;

A partir de 4 ans les ordinateurs et consoles peuvent être un support occasionnel de jeu en famille, voire d'apprentissage accompagné ;

L'école primaire est le lieu propice à une éducation systématique aux écrans, avec apprentissage de l'autorégulation, l'usage de logiciels de contrôle parental est une protection nécessaire mais insuffisante ;

Après 12 ans, un usage trop exclusif d'internet peut créer une pensée "zapping", appauvrissant la mémoire et les capacités de synthèse personnelle, ainsi le contrôle des parents concernant les écrans est essentiel. Concernant les jeux vidéos, et les réseaux sociaux, on distingue aussi une pratique positive de celle qui devient problématique, laissant ainsi une place prioritaire à la prévention et l'éducation.

- La campagne Le Bon Usage des Ecrans - IEMP en 2020 (84)

Pas d'écran non interactif avant 3 ans ;

Limiter le temps-écran : maximum 2 heures par jour et pendant maximum 20 minutes d'affilé;

Les moments sans écrans : le matin, les repas, pendant les activités, le soir ;

Le lieu sans écran : la chambre ;

Contenu : respecter les limites d'âge (PEGI), un seul écran à la fois, pas de scène violente ni de pornographie ;

Connaître les signes d'alerte ;

Fixer des règles à la maison et à l'école ;

Regarder les écrans avec l'enfant, ne jamais le laisser seul devant l'écran, dialoguer ;

Montrer l'exemple en tant que parent.

- Le carnet de santé :

L'édition 2006 comportait la seule recommandation de limiter le temps passé devant les écrans.

En 2019, un paragraphe dédié à cette thématique figure dans la partie conseils, et on retrouve plusieurs encadrés relatifs aux écrans dans les examens médicaux réguliers.

5.2. A l'international

- Les recommandations de l'AAP en 2016 (85)

Avant 2 ans : pas d'écran.

Entre 2 et 5 ans : moins d'une heure d'écran par jour en privilégiant des programmes éducatifs et toujours accompagné, pas d'écran pendant les repas ni 1h avant le coucher.

- Le guide pour le clinicien de la Société canadienne de pédiatrie en 2017 (10)

Limiter le temps d'écran : pas d'écran avant 2 ans, moins d'une heure par jour pour le 2-5 ans, éviter les écrans durant les repas et une heure avant le coucher.

- Les recommandations australiennes du Department of health en 2019 (86)

Pas d'écran avant 2 ans, moins de 1h par jour entre 2 et 5 ans et moins de 2h par jour au-delà de 5 ans

- Le guide à l'intention des cliniciens et parents du RCPH en 2019 (87)

Il indique de définir des limites de temps d'écran convenable sans qu'il y ait suffisamment de preuves pour le définir. Il invite les parents à s'emparer d'une forme de régulation de l'exposition aux écrans des enfants.

- Les recommandations sur l'usage des écrans chez l'enfant de moins de 5 ans de l'OMS en 2019 (11)

Ces recommandations intègrent le temps d'activité physique, de sédentarité (qui comprend le temps d'écran) et de sommeil. Elles indiquent que l'usage des écrans doit être évité avant 2 ans, puis ne pas dépasser 1h par jour entre 2 et 5 ans.

6. Un manque de prévention de la part des médecins généralistes

Selon l'article L1411-11 du Code de Santé Publique, les soins de premiers recours comprennent « l'éducation pour la santé ».

En France, plus de 85% des consultations de ville des enfants de 0 à 16 ans sont assurées par un médecin généraliste (88). Ce rôle de premier recours devrait s'avérer croissant dans les prochaines années du fait du recul démographique des pédiatres libéraux mais aussi de la médecine scolaire (88–90).

Ainsi, le médecin généraliste joue un rôle pivot en termes de prévention en pédiatrie. Il est d'autant plus à même de mener ce rôle puisqu'il entretient une relation privilégiée et de confiance avec l'enfant et sa famille. Il a aussi connaissance du contexte socio-culturel dans lequel évolue le patient, lui permettant d'intervenir de façon adaptée.

L'usage raisonné des écrans est devenu un enjeu majeur de santé publique et des recommandations sont régulièrement établies en France et à l'international. Malheureusement, ces informations ne sont pas harmonisées et restent insuffisamment relayées aux médecins généralistes, aux parents et à leurs enfants (91,92).

Grâce à certains travaux (93,94), on sait que les médecins généralistes :

- se sentent concernés par la problématique des écrans,
- ont une connaissance des troubles potentiels relatifs au mésusage des écrans, même partielle ;
- rencontrent dans leur pratique clinique quotidienne ces troubles.

Néanmoins, la prévention d'une surexposition aux écrans chez l'enfant reste très insuffisante en médecine générale et les médecins qui la pratiquent de façon systématique font figure d'exception (95–97). Les principaux freins déclarés sont un manque de temps, un manque de recommandations officielles, un manque d'informations sur les conséquences d'un mésusage des écrans scientifiquement validées, un accueil négatif des parents à cette démarche (manque d'intérêt, sentiment de jugement, d'intrusion, de culpabilisation) et un manque d'outils pratiques (91–93,98–100). Certains pensent que cette problématique relève plus d'enjeu sociétal que sanitaire (100,101).

Les médecins généralistes sont peu nombreux à utiliser des outils notamment par manque d'accès ou de connaissance des ces derniers. Parmi les outils utilisés, on peut citer (102) : les recommandations de la Société Française de Pédiatrie, la règle 3-6-9-12 du Dr Tisseron, le Plan National Nutrition Santé de Santé Publique France, le rapport du Haut Conseil de Santé Publique, la méthode « 4 pas pour mieux grandir » de Mme Duflo, des articles de revues médicales, des affiches... Nombreux sont les médecins généralistes à demander des moyens de sensibilisation (97,102) : campagnes de prévention nationale, carnet de santé amélioré, dépliant à remettre aux parents, formation médicale initiale et continue sur ce thème renforcée...

Des études ont également permis de montrer que les parents étaient en demande d'informations sur le sujet et préférentiellement d'une information délivrée par leur médecin généraliste (vs éducation nationale, autre professionnels de santé, médias, etc.) (103–105).

Dans le plan national de mobilisation contre les addictions « alcool, tabac, drogues, écrans » 2018-2022, on retrouve comme objectifs :

- l'objectif 3.3 : « renforcer la capacité au repérage précoce par les professionnels au contact des enfants, adolescents et jeunes adultes, en diffusant les critères d'alerte simples et en les aidant à apporter des réponses adaptées aux situations rencontrées » ;
- l'objectif 6.1 : « former les professionnels de premier recours au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) » ;

Le projet régional de santé Grand Est 2018-2028 conduit par l'ARS va également dans ce sens et note « le besoin de renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé » en précisant spécifiquement concernant « l'utilisation des écrans ». Le rapport du Ministère des Solidarités et de la Santé « Les 1 000 premiers jours », paru en septembre 2020, va également dans ce sens (106).

L'existence et la diffusion d'un outil de prévention validé et optimisé pour la consultation de médecine générale pourrait donc s'avérer très utile en termes de santé publique.

Un article paru dans le journal Médecine en mars 2021, étudie l'utilisation d'un outil de Repérage Précoce et d'Intervention Brève (RPIB) par des médecins généralistes. Cette méthode a été bien acceptée et a aidé les participants à intégrer la prévention de l'exposition aux écrans dans leurs pratiques (107).

7. Les méthodes de prévention

Les parents sont en première ligne dans le rôle de prévention « parce qu'ils sont les acteurs essentiels de l'établissement des liens primaires de l'enfant avec son environnement et, en miroir, de la confiance de l'enfant en lui-même » (108). Quelle que soit la méthode, il s'agira donc de les inclure tout autant que l'enfant.

Chez l'enfant, trois motivations de consommation sont assez communes : le plaisir, la socialisation et l'apaisement. Celles-ci atteignent leur paroxysme tout particulièrement à l'adolescence. Pour l'enfant, il s'agit simplement de construire son autonomie et son identité. Celui-ci ne voit souvent tout danger alors que son parent y voit une véritable prise de risque. Cet écart de lecture est indispensable à prendre en compte pour garder une méthode de prévention pertinente et cohérente. Ainsi, ne pas perdre de vue en prévention que toute consommation doit interroger le sens.

La **prévention primaire** est primordiale. Plus tôt les risques sont expliqués et les attitudes d'utilisation raisonnée renforcées, moins il sera nécessaire de lutter contre de « mauvaises habitudes » déjà ancrées dans le quotidien des jeunes patients et de leur famille. L'idéal est d'en parler en prénatal

et dès les premiers mois de vie. Pour autant, cette question avait été déjà travaillée dans de nombreux travaux de recherche.

Devant la difficulté de mobilisation des médecins généralistes et la prépondérance du mésusage chez la population pédiatrique, il nous semblait donc pertinent de proposer un outil de **prévention secondaire**. Cet outil ayant pour but de repérer des usages à risque et de mobiliser sur d'éventuels changements de comportements à entreprendre.

Pour initier un changement de consommation, il est nécessaire de faire avec le patient et ses parents, le bilan de sa situation actuelle et le bilan motivationnel (cf modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente permettant de situer le patient dans son processus de changement).

Les méthodes de prévention secondaire sont nombreuses. Nous en évoquerons ici qu'un petit éventail.

L'entretien motivationnel s'appuie sur des principes non confrontationnels. Il permettrait d'améliorer l'efficacité d'interventions psychosociales plus intensives. Parmi les grands principes (**OUVER**) : poser des questions **OU**vertes, **V**aloriser, pratiquer l'**E**coute réflexive, **R**ésumer. Cela doit permettre que le changement de comportement vienne du patient lui-même (ou de ses parents), de favoriser son autonomie et de lui faire identifier lui-même ses moteurs au changement, ses ambivalences, dans une atmosphère respectueuse et empathique.

La thérapie cognitivo-comportementale est basée sur l'observation et la régulation des liens entre les pensées, les émotions et les comportements. Elle se décline en plusieurs types parmi lesquels on peut citer :

- *l'entraînement à l'autocontrôle comportemental* : l'objectif est la réduction de la consommation grâce à la mesure de détermination de limites de consommation comme le temps de consommation quotidien, le rythme de consommation, l'apprentissage des comportements alternatifs, etc.
- *l'entraînement aux compétences sociales et au coping* : l'objectif est d'augmenter les compétences sociales afin d'en améliorer la qualité, mieux gérer les émotions négatives, mieux organiser la vie quotidienne, etc.

En préambule de ce travail, il nous a paru élémentaire de faire l'inventaire des outils de prévention secondaire existants déjà développés à l'international. Cela afin d'en balayer les aspects positifs, les points à améliorer ou les écueils à éviter et surtout de nourrir notre réflexion sur ce que pourrait être le meilleur outil pour la population définie avec une applicabilité dans notre domaine, la consultation de médecine générale, et par extension en soins primaires. La première partie de notre travail consiste donc en une revue de littérature des questionnaires de prévention concernant la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans.

7.1. Le choix d'un outil de RPIB

Le repérage précoce accompagné d'interventions brèves (RPIB) est une procédure de prévention secondaire visant au repérage précoce d'un comportement « facteur de risque » (109). Le RPIB a été défini et évalué tout d'abord en alcoologie chez l'adulte (depuis 2002 en France).

Depuis 2006, une circulaire de la Direction générale de la Santé (110) encourage cette pratique. De même, le rapport de l'*United Nations Office on Drugs and Crime* (111) met l'accent sur « les interventions brèves et les entretiens motivationnels qui peuvent réduire de manière significative l'usage de drogues, de l'alcool et du tabac ». Ces interventions réussissent à réduire l'usage de substances à court terme (3 ou 6 mois), de façon moindre à moyen terme (1 an plus tard). Une seule séance d'intervention brève ou d'entretien motivationnel peut avoir des effets significatifs et durables sur la consommation d'alcool. (109)

- *La revue de littérature Mesa Grande ; 2002* (112) : a classé l'IB en première position en termes d'efficacité du traitement des conduites d'alcoolisation à risque et à problème sur 48 modalités de traitement et ce devant les thérapeutiques médicamenteuses.
- *Une méta-analyse et revue systématique de littérature ; 2004* (113) : a conclu à l'efficacité des IB menées en cabinet de médecine générale dans la réduction de la consommation des buveurs ayant une conduite d'alcoolisation à risque ou nocive.

- *La revue systématique de littérature The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare. A O'Donnell; 2014 : UK. : à partir de 24 revues systématiques de la littérature, a montré que l'intérêt des IB en premier recours semble acquis mais que la résistance au changement des professionnels de santé est importante, liée au manque de temps, de formation et de financement.*
- *Revue Prescrire n°368 ; juin 2014 (114,115) : une IB répétée semble être un déclencheur de réduction de consommation chez certains patients.*

Depuis, le RPIB a également été travaillé chez les enfants, de façon prépondérante chez l'adolescent et dans le repérage des conduites suicidaires :

- L'OMS estime que le RPIB a un bon rapport coût-efficacité dans le cadre de la dépression et des conduites à risques (116,117) ;
- Il semblerait que pour obtenir un RPIB efficace celui-ci doit reposer sur un questionnaire court, simple d'utilisation en soins primaires et validé (118–121) ;
- *L'équipe de Wu L., Sun S. et al. a réalisé une revue systématique de la littérature et une méta-analyse des essais cliniques pour regrouper les données probantes sur l'impact des interventions dédiées sur notamment la réduction du temps de consommation d'écran en 2016 (122) : L'analyse finale suggère qu'une réduction du temps de visionnage peut être obtenue de façon statistiquement significative.*

L'Inserm dans un rapport d'expertise (123) conclut qu'il est essentiel de repérer le plus tôt possible une conduite à risque qui s'installe et d'aider l'adolescent à s'exposer le moins possible aux risques graves et à une perte de contrôle. Cela suppose d'abord de rendre compétents les adultes là où ils sont en contact avec des enfants, pour qu'ils puissent aborder de façon adaptée ces questions.

En somme, peu d'outils spécifiques de prévention ont été évalués en pratique clinique chez les enfants et encore moins dans le domaine des écrans. L'outil de prévention RPIB nous a semblé pertinent et efficace à utiliser en consultation avec enfants et parents.

7.2. Définition du RPIB

Le repérage précoce (RP) concerne la **consommation déclarée** et repose sur un questionnaire qui **évalue le risque encouru** du consommateur. L'objectif est de repérer la consommation à risque de dommages, à l'aide de seuils quand ils existent.

L'intervention brève (IB) consiste à :

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
- **Évaluer et informer** sur les **risques** personnels et situationnels concernant la consommation.
- Identifier les **représentations** et les **attentes** du patient.
- **Échanger sur les bénéfices** personnels de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- Expliquer les **méthodes** utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation ; proposer des **objectifs** et laisser le choix.
- Évaluer la **motivation**, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de **réévaluer** dans une autre consultation.
- **Remettre** une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum...

Les erreurs à éviter :

- Argumenter en faveur du changement : c'est au patient de trouver ses propres arguments, tout argument rationnel proposé par le professionnel de santé a peu de chance d'être entendu.
- Critiquer, culpabiliser ou blâmer.
- Cataloguer le patient, rester sur les actions et les décisions.
- Être pressé.

Il n'existe pas de manière standardisée de faire une IB, mais elle dure de 15 à 20 minutes, voire plus. Cela ne peut correspondre à une intervention brève en médecine générale au vue de la durée habituelle de 15 minutes d'une consultation. Cette durée nécessite un rendez-vous spécifique qui permettra de cerner le problème, poser des objectifs avec le patient, apporter des conseils pour réduire la consommation, proposer un suivi.

L'objectif principal de notre thèse étant de développer un outil unique de repérage précoce et d'intervention concernant la surexposition aux écrans, utilisable en soins primaires chez tout enfant de 0 à 18 ans, une étude dédiée a été menée en deuxième partie de nos travaux de recherche pour ce faire. Celle-ci devait permettre d'arriver à un consensus sur cet outil de RPIB.

8. Choix et définition de la méthode Delphi

8.1. Présentation de la méthode Delphi

C'est une méthode qui vise à organiser une consultation d'experts sur un sujet précis, dans le but d'élaborer un consensus. Elle a pour but de rassembler des avis d'experts sous forme de rondes itératives, à distance, confrontant les avis contradictoires dans le but d'obtenir un avis convergent. Est "expert" toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient (124). Cette méthodologie correspond donc bien à la transversalité et la pluridisciplinarité de notre question de recherche, qui nécessite de croiser les avis de différentes professions (médical, paramédical, social, petite enfance...).

Elle se déroule donc en plusieurs étapes :

- définition de l'objet de l'étude et formulation de la question
- sélection des experts
- élaboration et envoi du premier questionnaire
- analyse des résultats du questionnaire
- élaboration du deuxième questionnaire, etc... La procédure comprend en général entre 2 et 4 tours.
- rédaction d'une synthèse finale après obtention du consensus entre les experts

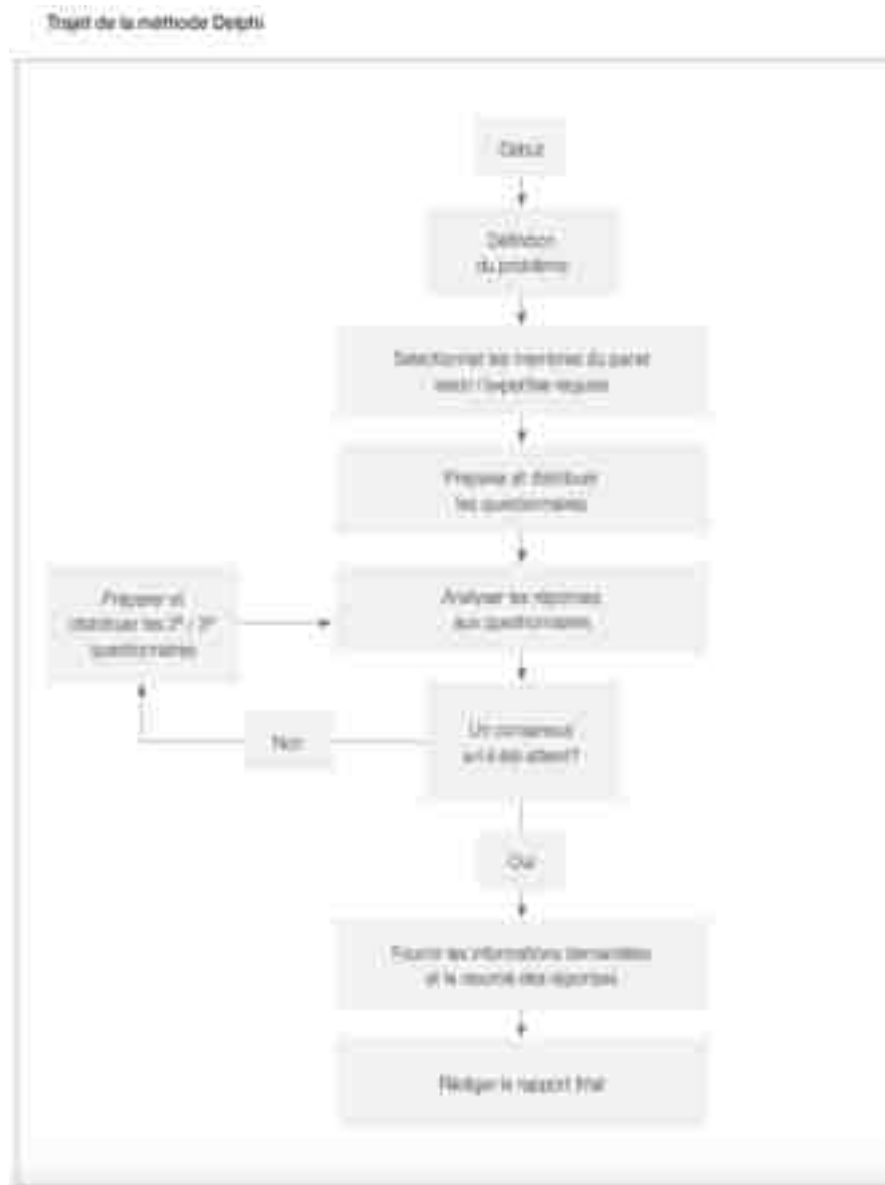


Fig. 1 : “Méthodes participatives, Un guide pour l'utilisateur” - Nikki Slocum mars 2006 (187)

8.2. Avantages et inconvénients

Ses avantages sont (125):

- le recueil d'une information riche, qui peut ouvrir sur des perspectives ou des hypothèses non envisagées initialement
- la logistique moindre de l'organisation à distance
- le temps de réflexion laissé aux experts
- l'anonymat qui permet d'éviter l'influence d'un leader d'opinion

Ses inconvénients sont (125) :

- la longueur de la technique, qui peut être fastidieuse et lourde à gérer pour les analystes
- le mode de sélection des experts, ou une participation insuffisante qui peut entraîner un biais de sélection
- le procédé ne tient pas compte des extrêmes, alors qu'il peut s'agir d'idées novatrices

8.3. Autres méthodes de consensus et comparaison

La méthode Delphi fait partie des méthodes d'élaboration de consensus au même titre que celle du groupe nominal, du RAND/UCLA appropriateness rating method, et de la conférence de consensus. Alors que ces méthodes nécessitent une réunion de groupe en présentiel, la méthode Delphi synthétise les connaissances d'un groupe d'experts à distance. Ceci permettant donc une dispersion géographique des experts, une logistique plus simple, et peut favoriser l'expression libre, sans biais d'influence, ralliement réflexe à l'opinion majoritaire par exemple.

Description des autres méthodes de consensus :

Méthode	Objectifs	Description brève
Delphi	Obtenir un avis final, unique et convergent du groupe	Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. Cotation itérative individuelle et anonyme à distance. Retour d'informations (feedback) auprès de chaque participant après analyse des réponses du groupe du tour de cotation précédent. La réponse finale du groupe pour chaque proposition est déterminée par des règles préétablies.
Groupe nominal	Classer et hiérarchiser des questions, propositions et actions à réaliser	Deux tours de cotation individuelle et secrète pendant la réunion de groupe, séparé par une discussion des résultats du premier tour. Pendant la discussion, les échanges ont lieu entre le coordonnateur et chaque membre du groupe pour éviter les phénomènes de dominance.
RAND/UCLA Appropriateness rating method	Mesurer l'utilisation d'un acte médical ou chirurgical, approuvé par la balance bénéfice risque. Secondairement extrapolée à l'évaluation de la nécessité de réaliser un acte.	Analyse critique et synthèse de la littérature. Description de toutes les situations cliniques pour lesquelles l'acte est possible. Rédaction d'un questionnaire par l'organisateur. 1er tour de cotation individuelle et anonyme. Règles préétablies d'analyse des cotations. Retour d'information. Discussion des résultats lors d'une réunion unique plénière du groupe. 2nd tour de cotation individuelle à la fin de la réunion.
Conférence de consensus	Rédaction de recommandations	Analyse critique de la littérature sur le sujet abordé. Rédaction d'une version initiale des recommandations basée sur la littérature et l'expérience des experts. Présentation des travaux en conférence publique, suivie de discussions et débats sur les points controversés. Délibération à huis clos du jury pour la rédaction d'un texte consensuel et le plus objectif possible.

Tableau 1 : Description des méthodes de consensus (126)

La procédure Delphi a donc l'avantage de ne pas nécessiter de réunion physique et de préserver l'anonymat alors que les autres méthodes offrent davantage d'interactivité. L'anonymat permettant d'éviter à une personnalité dominante d'influencer le groupe.

Characteristic	Consensus group methods			Informal consensus meetings
	Delphi	Nominal group technique	RAND	
Mailed or e-mailed questionnaires	Yes	No	Yes (first round)	No
Private decisions collected (anonymity)	Yes	Yes	Yes	No
Formal feedback of group ratings	Yes	Yes	Yes	No
Face-to-face interactions	No	Yes	Yes (second round)	Yes
Structured interactions	Yes	Yes	Yes	No

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques des méthodes de groupe consensuel (127)

Ces méthodes de consensus servent fréquemment dans la recherche médicale afin d'améliorer les pratiques. Pourtant, un manque de consensus sur l'application de ces méthodes montre qu'en pratique elles doivent être conduites de façon rigoureuse pour aboutir à une crédibilité scientifique, obligeant les chercheurs à donner des rapports clairs et détaillés sur la méthode utilisée et justifier ces choix (127).

II. ARTICLE 1 : Questionnaires de prévention en soins primaires d'une surexposition aux écrans, chez les enfants de 0 à 18 ans : revue systématique de la littérature.

1.INTRODUCTION

Le numérique a envahi notre quotidien, faisant bouger les lignes du réel et de notre rapport au monde. C'est devenu une ressource incontournable des activités professionnelles que personnelles. Leur utilisation s'est également considérablement métamorphosée (12,24–26) : au fil des évolutions technologiques, l'usage des écrans, initialement collectif et restreint, est devenu individualisé, solitaire mais aussi illimité dans le temps et l'espace.

Les chercheurs ont commencé à s'interroger sur les potentiels effets néfastes des écrans, et leurs conclusions ont confirmé ces hypothèses : troubles du langage et de la communication, troubles de l'attention et de la mémoire, troubles du sommeil, troubles moteurs, troubles ostéo-articulaires, cardio-vasculaires, alimentaires et pondéraux, troubles du comportement, troubles de l'humeur, dépendance, ... Le numérique affecte les quatre piliers constitutifs de chaque individu : le cognitif, l'émotionnel, le social et le sanitaire. Certains auteurs vont même jusqu'à parler d'addiction (15–17,20).

La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) présentée par l'American Psychiatric Association (APA) fait mention pour la première fois en 2013 du "trouble du jeu vidéo" ("gaming disorder") listant 9 critères diagnostiques. Celui-ci est reconnu officiellement par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 2019 dans le cadre de la onzième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (CIM-11) entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2022. Celle-ci ajoute une durée de présence des symptômes de 12 mois.

Dans ce contexte, les sociétés savantes, les professionnels de santé et de l'enfance, et même ceux du numérique se sont particulièrement intéressés aux impacts chez l'enfant (7,13,21,23,73,74,76,82).

Chez cette population plus vulnérable, il a été démontré que si des troubles apparaissent relatifs à l'utilisation des écrans, leur réversibilité est toutefois possible par la modification des usages et des comportements vis-à-vis des écrans.

En France et à l'international, de nombreuses recommandations ont vu le jour (6–11), reconnaissant la prévention pour un usage raisonné des écrans comme un enjeu de santé publique (128). La prévention fait partie intégrante des soins primaires de par le centrage sur la personne, l'accessibilité et l'intégration, la continuité des soins avec un point d'entrée régulier dans le système de santé et avec l'établissement d'une relation de confiance durable (129). De nombreux travaux, tels que ceux de Barbara Starfield, ont montré l'efficacité des soins de santé primaires en termes d'objectifs de santé, de satisfaction des besoins et d'équité (130–132). Pourtant, il a été relevé un manque de prévention dans ce domaine par les acteurs de soins de santé primaire, et notamment par les médecins généralistes. Ces derniers le reconnaissent, mais soulignent que les outils à leur portée sont insuffisants malgré un besoin dans leur pratique (91–93,97–100,102). Les parents seraient également en demande d'informations sur le sujet, délivrées de préférence par leur médecin généraliste (*vs* éducation nationale, autres professionnels de santé, médias, etc.) (103–105).

Ainsi, la problématique de cette étude était la suivante : Existe-t-il des questionnaires de prévention concernant la surexposition et le mésusage des écrans chez les enfants, validés au niveau international et utilisables en soins primaires ?

Afin de répondre à cette question, l'objectif principal de cette étude était de dresser un état des lieux des questionnaires existants concernant la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants qui soient utilisables en soins primaires.

L'objectif secondaire était, à partir des questionnaires sélectionnés, de recueillir des questions qui seraient pertinentes pour la pratique en soins primaires, permettant dans une future étude de développer un outil de repérage précoce et intervention brève.

2. MÉTHODES

2.1. Type d'étude

L'étude réalisée est une revue systématique de la littérature, menée selon les recommandations de l'échelle PRISMA « *Preferred Reporting Item for Systematic Review and Meta-Analysis* ». (133,134)

L'accord du Comité d'éthique de la Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg (cf Annexe 6), a été obtenu le 15 juin 2021.

Le protocole lié à cette étude n'a pas été publié. Cette revue de littérature n'a pas été financée et les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

2.2. Recherche bibliographique

Dans un premier temps, les outils existants concernant la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants entre 0 et 18 ans ont été recherchés.

La recherche documentaire a été menée entre le 01/09/2020 et le 31/12/2021. Différentes banques de données bibliographiques ont été consultées : Pubmed, ScienceDirect, Cochrane Library, Lissa, Cairn Info, Sudoc, Cismef et Google Scholar.

A travers le réseau des Bibliothèques Universitaires de Strasbourg, les revues et ouvrages disponibles traitant de la problématique de cette étude ont été recherchés.

La littérature grise a également été explorée. Les sites officiels de différentes agences gouvernementales et de sociétés savantes, françaises et internationales et les sites internet d'associations de professionnels, reconnus sur la thématique des écrans, ont été consultés.

La stratégie de recherche a été personnalisée selon la base de données utilisée afin de tenir compte des différentes interfaces de recherche (cf Annexe 1).

Les mots clés : « enfant », « écran », « surexposition », « temps passé sur les écrans », « médecin », « prévention » ont été utilisés pour la recherche francophone.

Les termes MeSH : « child », « toddler », « adolescent », « media », « computer », « smartphone », « video game », « gaming », « screen time », « overuse », « prevention », « screening questionnaire » ont été utilisés pour la recherche anglophone.

2.2.1. Recueil des données

L'ensemble des références ont été intégrées dans le logiciel de bibliographie Zotero selon les différentes équations de recherche.

Puis, pour chacun de ces articles référencés, leur éligibilité a été évaluée selon les critères d'inclusion et d'exclusion définis ci-après, avant d'être renseigné dans un tableur Excel permettant de trier les données. Chaque référence a été évaluée de manière indépendante par les trois chercheuses.

2.2.3. Critères d'éligibilité

Pour définir les critères d'éligibilité, le référentiel de bonnes pratiques édité par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : « Outil d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité », a été utilisé. (135)

Les critères d'inclusion étaient :

- La pertinence par rapport au thème sur les écrans et aux objectifs annoncés
- Le format de l'outil : chaque référence devait présenter un questionnaire de prévention concernant la surexposition aux écrans
- L'application à une population cible pédiatrique (de 0 à 18 ans avec possibilité de tranche d'âge intermédiaire)
- La fiabilité de la source (société savante, gouvernementale ou association de professionnels, article de revue scientifique à comité de lecture)
- Tout type d'écran abordé : dès lors qu'un outil traitait de la problématique des écrans, même ciblé à un écran particulier (ex : le smartphone, l'ordinateur), il était inclus
- L'accessibilité du document aisée et gratuite

- L'acceptabilité du contenu au regard de l'éthique

Le critère d'exclusion était :

- Une langue autre que le français et l'anglais, pour des raisons de compréhension

Il n'a pas été retenu de sélection sur la date de publication des articles, afin d'être le plus inclusif possible.

2.3. Synthèse de revue la littérature

Pour la synthèse de cette revue de littérature, les références ont été triées selon leurs objectifs annoncés. Puis, l'équipe de recherche a évalué si les questionnaires disponibles étaient validés et utilisables en soins primaires pour prévenir le mésusage et la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans.

2.3.1. Analyse de la qualité de la littérature

La « consensus-based standards for the selection of health measurement instruments » (COSMIN) est une initiative qui vise à améliorer la sélection des outils de mesure dans le domaine de la santé.

Pour cela, la grille Cosmin «check-list» (cf. Annexe 3), permet d'évaluer la qualité méthodologique des études portant sur les qualités psychométriques des outils de mesure en santé (136).

Celle-ci a été utilisée pour estimer la qualité des outils et des études incluses dans la revue de littérature.

Le processus d'évaluation se déroule en 4 étapes successives (cf. Annexe 4) :

- Déterminer les qualités psychométriques étudiées dans l'article et la box correspondante de la grille Cosmin check-list ;
- Compléter la section «Item Response Theory» (IRT). Cette méthodologie n'étant appliquée dans aucun des articles inclus, elle n'a pas été utilisée.
- Répondre aux questions des box sélectionnées à l'étape 1;
- Répondre aux questions de la section générale.

Les auteurs ont fait le choix de coter chaque réponse d'un «+» ou d'un «-», et «?», lorsque l'information est manquante. Par exemple, à la question concernant la présence de biais importants

dans l'étude, le «No» était un point positif pour la qualité, noté ainsi «+». Ceci permettait d'obtenir une évaluation sous forme de score en pourcentage, en fonction du nombre de «+» et «-» à chaque étude, facilitant la comparaison des articles entre eux.

Les questions évaluées par un point d'interrogation ont été comptées comme des points négatifs à l'étude.

Concernant la taille de l'échantillon, la Cosmin «4-point scale» (137) a été utilisée, le nombre de patients nécessaires à chaque étude variant selon la box appliquée.

Lorsqu'un article évaluait plusieurs propriétés psychométriques, certaines questions pouvaient être redondantes d'une section à l'autre. Afin de ne pas favoriser ou défavoriser l'article sur ce point, la réponse n'a été comptée qu'une seule fois dans le calcul du score.

Chaque référence a été évaluée par un membre de l'équipe de recherche. La grille de notation (Annexe 4) a ensuite été relue et validée par les deux autres chercheurs.

Afin de comparer l'ensemble des questionnaires sur les autres critères, l'évaluation des qualités psychométriques et l'applicabilité en soins primaires, aucun article n'a été exclu sur le score de qualité obtenu.

2.3.2. Validation des questionnaires

Pour être validées, les qualités psychométriques d'un questionnaire, nécessitent une évaluation quantitative (138):

- la fiabilité : un questionnaire est fiable s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables, cela correspond à la reproductibilité de la mesure en épidémiologie et minimise les erreurs aléatoires. Statistiquement, le test était considéré comme fiable si le coefficient Cronbach's α était $> 0,70$ pour chaque échelle ou sous-échelle unidimensionnelle (139).
- la validité : un questionnaire est valide s'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer, elle consiste à réduire les erreurs systématiques de mesure. Il existe plusieurs types de validités pour un même questionnaire : validité d'apparence, validité de contenu, validité de structure et cohérence interne, non évaluées systématiquement selon les auteurs.

En effet, il n'existe pas de consensus sur les méthodes statistiques permettant d'explorer la validité (138).

- la sensibilité au changement : un questionnaire est sensible s'il est capable de mesurer des différences, même minimes, entre individus ou chez le même individu au cours du temps. Elle est évaluée par le calcul de la sensibilité et spécificité du test.

Cette analyse quantitative est parfois précédée d'une évaluation qualitative pré-test, non obligatoire.

2.3.3. Applicabilité en soins primaires

Indépendamment de leur validité, l'applicabilité des questionnaires retenus en soins primaires, et plus spécifiquement en consultation de médecine générale, a été appréciée.

Malgré les recherches effectuées, les auteurs n'ont pas eu connaissance de critères d'évaluation ni de recommandations pour un questionnaire type qui serait adapté à la pratique en soins primaires.

Pour définir ces critères d'évaluation, plusieurs questionnaires de prévention, validés et parmi les plus couramment utilisés par les médecins généralistes, ont été comparés :

l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) (140), l'échelle de somnolence d'Epworth (141), le test de Fagerström et sa version simplifiée proposée par la HAS contenant seulement 2 questions (142), et enfin le test d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent BITS (Brimades, Insomnies, Tabac, Stress) (143).

Parmi ces quatre questionnaires, trois contiennent moins de dix questions, permettant une utilisation rapide en consultation, notamment l'échelle de somnolence d'Epworth dont la durée pour répondre au test est évaluée à 2 minutes (144).

La durée moyenne d'une consultation en médecine générale est de 18 minutes en France (145), un questionnaire court s'intègre donc plus facilement en consultation tout venant.

L'échelle HDRS, avec 17 questions, dure en moyenne 15 minutes. Prévue pour une utilisation au cours d'un entretien de 25 minutes en moyenne (146), elle bénéficie pour cette raison d'une valorisation particulière en médecine générale (cotation CCAM ALQP003).

Prenant en compte ces considérations et le référentiel des bonnes pratiques édité par l'INPES (135), les critères définis pour évaluer l'applicabilité des questionnaires disponibles en consultation de soins primaires étaient :

- un maximum de dix questions par questionnaire ;
- un questionnaire basé sur une analyse des besoins des médecins généralistes et sur une analyse de la littérature ;
- un questionnaire qui ne génère pas de sentiment négatif (culpabilisation, malaise, jugement sous-jacent...) aux participants lors de sa réalisation ;
- un questionnaire qui suscite une interaction ouverte entre les participants ;
- un guide inclut avec des consignes et des modalités d'utilisation claires et facilement applicables pour les médecins généralistes.

Ces critères d'applicabilité en médecine générale ont été discutés, puis validés par consensus entre les trois chercheuses et les deux directrices de recherche liées à cette étude.

2.3.4. Recueil des questions pertinentes pour la pratique

Pour recueillir les questions qui seraient pertinentes pour la pratique clinique, nous avons retenu les questionnaires répondant aux critères suivants :

- Il ne devait pas avoir été invalidé au cours d'une étude statistique. L'absence d'évaluation ne constituait pas un critère d'exclusion, l'objectif de ce recueil étant d'être le plus exhaustif possible.
- Lorsqu'il existait plusieurs versions d'un même questionnaire, la version plus courte était retenue si elle était évaluée et validée au cours d'une étude statistique.

Lorsque la liste des questions a été établie, celles-ci ont été triées puis classées dans quatre catégories distinctes :

- Contexte d'utilisation
- Consommation (où ; quand ; comment ; quoi ; combien)

- Connaissance sur les écrans
- Conséquences (relations familiales et sociales, dépendance, troubles de l'humeur, troubles de l'attention, troubles somatiques, performances scolaires).

Les questions redondantes ont été regroupées et résumées en une seule question. Les questions ont ensuite été reformulées afin de correspondre à l'objectif de l'étude :

- La notion d'écrans spécifiques ou activités numériques (smartphone, tablette, ordinateur, télévision, internet, jeux vidéos...) ont été remplacées par le mot générique "écran".
- Les questions dites "tiroir" ont été scindées en plusieurs questions distinctes et remplacées dans une autre catégorie si la classe initiale ne correspondait plus.

3. RÉSULTATS

3.1. Les supports existants

3.1.1. Sélection des références

La procédure de sélection des références est résumée dans le diagramme de flux PRISMA ci-après (Figure 2).

La lecture des articles sélectionnés a permis d'identifier deux références supplémentaires, incluses à leur tour dans la synthèse de revue de littérature. Il s'agit des scores Internet Addiction Diagnostic Questionnaire (KDAI) de Siste et al. (147) et Internet Gaming Disorder-20 Test (IGDT-20) de Pontes et al. (148)

Ainsi parmi les 893 références potentielles identifiées, 23 ont été incluses dans la synthèse de revue de littérature après application de l'ensemble des critères d'éligibilité.

Parmi celles-ci, 4 proviennent de la littérature grise et 19 sont des articles de revue scientifique.

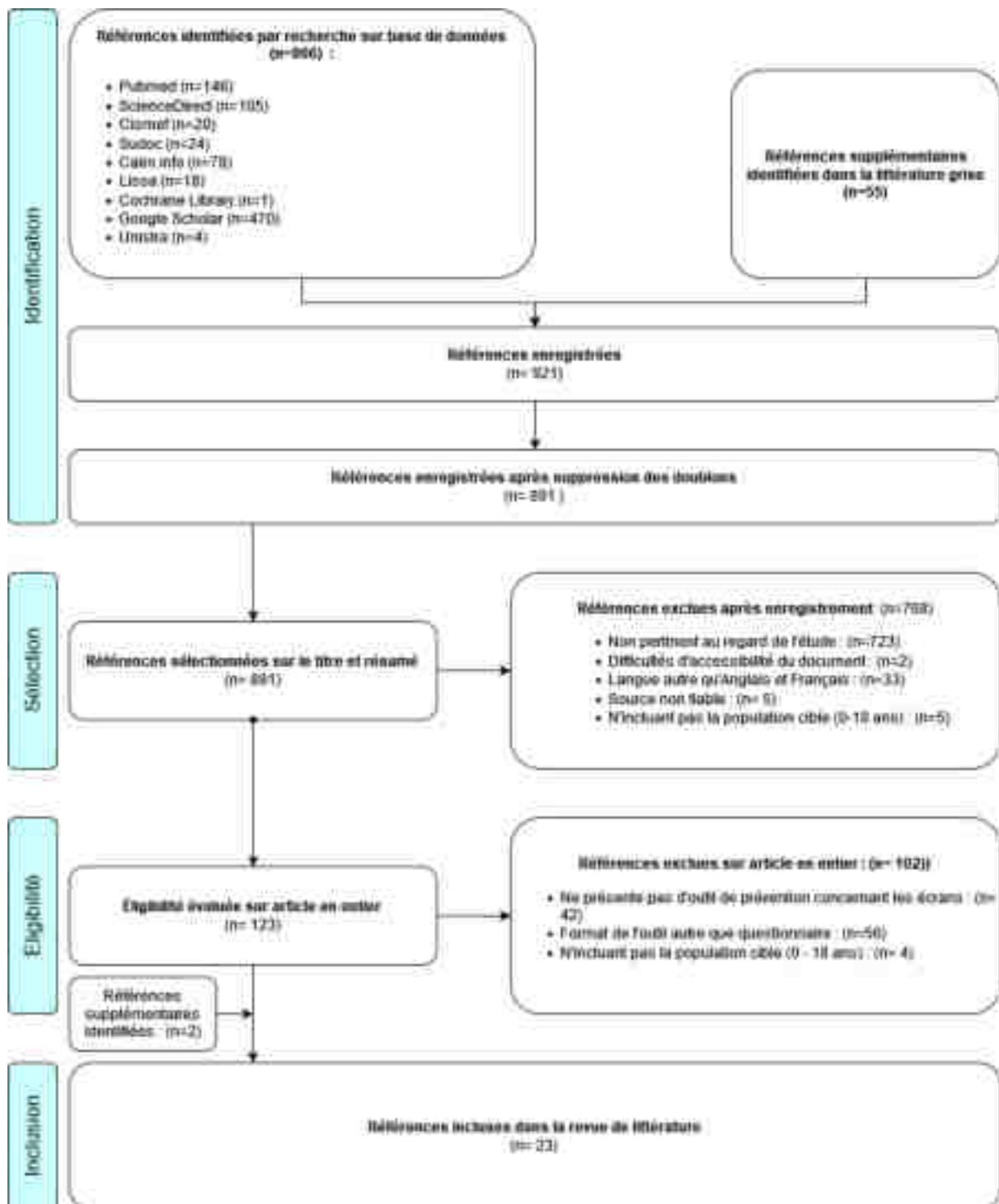


Fig. 2 : Diagramme de flux PRISMA

3.1.2. Présentation des résultats

Les questionnaires inclus dans la revue de littérature forment un ensemble hétérogène, tant sur leurs objectifs que sur leurs caractéristiques générales.

3.1.2.1. Date de publication

Le questionnaire retenu le plus ancien date de 1998. Kimberley Young présentait alors la dépendance à internet comme l'émergence d'un nouveau trouble (20), non définie dans la quatrième révision du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-4). Nous n'avons pas retenu d'autre référence avant 2009.

En 2013, la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) publié par l'American Psychiatric Association (APA), reconnaît le trouble du jeu vidéo "*internet gaming disorder*" (IGD). De nouveaux questionnaires basés sur les critères diagnostiques se sont développés

La majorité des références incluses dans la revue de littérature ont été publiées après 2017. L'article le plus récent date de 2021.

3.1.2.2. Pays de publication

Les articles inclus dans l'étude sont originaires de différents pays, répartis sur trois continents : Europe (n=12), Asie (n=7) et Amérique du Nord (n=4).

3.1.2.3. Description des outils

Parmi les 23 références incluses, 4 (17,4%) sont directement des questionnaires, il s'agit de celles provenant de la littérature grise. Les 19 autres provenaient d'articles scientifiques.

Les questionnaires divergent par leur source d'inclusion, leur présentation, leurs objectifs et les tranches d'âge concernées.

Les questionnaires ont été triés selon leurs objectifs annoncés :

- Evaluation des pratiques familiales et de la consommation des écrans : 4 questionnaires (Tableau 3)

L'ensemble des autres questionnaires évaluait un trouble spécifique lié aux écrans, principalement l'utilisation problématique et la dépendance à un type d'écran particulier ou bien une activité numérique spécifique.

- Evaluation de la dépendance aux écrans : 2 questionnaires (Tableau 4)
- Evaluation de l'utilisation problématique du smartphone : 6 questionnaires (Tableau 5)
- Evaluation de la dépendance aux jeux vidéos (répondant aux 9 critères DSM-5 d' "*Internet gaming disorder*" (IGD)): 7 questionnaires (Tableau 6)
- Evaluation de la dépendance à internet : 3 questionnaires (Tableau 7)
- Evaluation de la dépendance aux réseaux sociaux : 1 questionnaire (Tableau 8)

Tableau 3 : Questionnaires évaluant les habitudes familiales et la consommation des écrans

Titre du questionnaire	Auteur	Date* / Pays	Âge	Description de l'outil	Evaluation du questionnaire	Score article (%)
Le temps d'écran - Un guide pour le clinicien qui conseille les parents de jeunes enfants (149)	Société Canadienne de Pédiatrie	2017 Canada	0-5 ans	- Objectif : être un guide pour le clinicien qui conseille les parents de jeunes enfants - Propose 10 questions à poser aux familles - Suivi de 4 conseils à donner aux parents	Aucune	0
Questionnaires usage des écrans, 3-6-9-12.org (150)	Association 3-6-9-12 - appivoiser les écrans et grandir	2018 France	De la maternelle au collège : 3-16 ans	- Objectif : mener une enquête préliminaire sur la pratique des écrans des familles, avant une conférence sur les écrans, pouvant aussi être remis par les professionnels et enseignants - Contient 3 questionnaires différents, adaptés selon le niveau scolaire de l'enfant : Le questionnaire pour les enfants en maternelle et début élémentaire : 24 QCM avec illustrations, détaillant les questions selon le type d'écran. Le questionnaire pour les enfants en école élémentaire et collège : 28 QCM, détaillant les questions selon le type d'écran. Le questionnaire pour les parents : 20 QCM évaluant la consommation parentale et celle de l'enfant.	Aucune	0
Un questionnaire Écrans pour les professionnels (151)	Collectif CoSe Dr Bossiere M-C.	2018 France	0-6 ans	- Objectif : Évaluer le temps d'écran au cours d'une consultation - Contient 19 QCM pour évaluer la consommation des écrans	Aucune	0
Ecran clic – écran prévention, écran enfant, écran lumière (152)	Dr BOUAICHA S.	2020 France	0-18 ans	- Objectif : Être un outil indépendant d'aide à la prévention de la surexposition des enfants aux écrans, avec une rubrique parents et une rubrique pour les professionnels. - Contient 2 questionnaires : Evaluation de la consommation des écrans de votre enfant : 13 QCM Évaluation des connaissances sur les écrans (basée sur une affiche) : 4 questions ouvertes, 4 questions Oui/Non. - Donne des conseils adaptés à chaque situation selon les réponses à l'issu du questionnaire	Aucune	0

*Date de publication du questionnaire.

Tableau 4 : Questionnaires évaluant la dépendance aux écrans

Titre du questionnaire / Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n=taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Évaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Problematic Media Use Measure (-Short Form) PMUM (-SF) (153)	Domoff et al.	2019 USA	4-11 (n=632)	- Basé sur les 9 critères diagnostiques du trouble du jeu vidéo (DSM-5) - Adressé aux parents pour dépister une dépendance aux écrans chez les enfants de moins de 12 ans - 2 questionnaires distincts : PMUM contenant 27 items et le PMUM-SF contenant 9 items	Etude transversale	* Étude 1 : Développement et validation préliminaire des PMUM et PMUM-SF. Analyse qualitative : avis d'experts et pré-test Fiabilité ; Validité convergente : évalue les difficultés de fonctionnement psychosociales en lien avec l'utilisation problématique des écrans, indépendamment du temps d'écrans * Étude 2 : confirmation validité convergente et fiabilité du PMUM-SF sur un large échantillon indépendant. Equivalence du test selon le sexe démontrée via des analyses en sous-groupe.	PMUM : 0,97 (+) PMUM-SF : 0,93(+)	76
Screens questionnaire SCREENS-Q (154)	Klakk et al.	2020 Danemark	6-10 (n=243)	- Objectif : évaluer l'utilisation des écrans (durée et contenu), les habitudes et l'environnement numérique, - Questionnaire adressé aux parents. - 19 questions (92 items), couvrant 6 domaines validés comme étant des facteurs importants de l'utilisation des écrans (environnement numérique, utilisation des écrans, contexte d'utilisation, exposition précoce, perception parentale de l'utilisation des écrans par leurs enfants, utilisation parentale des écrans).	Etude transversale	- Processus de développement et validation en 5 étapes : * Etapes 1, 2 et 3 : élaboration du questionnaire et analyse préliminaire qualitative : validité d'apparence et de contenu, en collaboration avec des parents d'enfants de 6-8 ans (n=10) et des experts (n=10) sur les écrans; * Étapes 4 et 5 : Consistance interne ; fiabilité test-retest modérée selon les items (ICC 0,67 à 0,90), par utilisation de la cohorte OCC ² . - Temps de réponse mesuré à 15 minutes.	NC	70

*Date de publication de l'article ; NC = non calculé ; ICC = Coeff. de Corrélation intraclasse ; OCC = Ondense Child Cohort ; **(+/-) si Coef. Cronbach's α >0,70 ; (-) si Coef. Cronbach's α <ou= à 0,70

Tableau 5 : Questionnaires évaluant l'utilisation problématique du smartphone

Titre du questionnaire / Auteurs / Abréviation	Date* / Pays	Âge en années (n=taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Smartphone Addiction Scale - Short Version SAS-SV (155)	Kwon et al. 2013 Corée du sud	Adolescents (n=540)	- Contient 10 items évalués selon une échelle à 6 points : de 1 ("pas du tout d'accord") à 6 ("totalement d'accord") - Version courte du SAS : contenant 33 items, non validé chez les adolescents (156), dont les questions ont été triées et reformulées par 7 experts.	Etude transversale	Analyse qualitative : développement à partir du SAS-SV, évaluation par 7 experts pour la validité de contenu. Analyses quantitatives : * Consistance interne : Fiable pour évaluer l'addiction au smartphone chez les adolescents, avec une différence significative entre les filles et les garçons. * Validité de critère : SAS, SAPS et K-scale utilisés comme gold standard, liens significatifs. * Sensibilité au changement : seuil de positivité différent selon le sexe : 31 points pour les garçons (sensibilité : 86,7%; spécificité : 89,3%) ; 33 points pour les filles (sensibilité : 87,5%; spécificité : 88,6%)	0,91 (+)	59,2
Korean Smartphone Addiction Promeness Scale SAPS (157)	Kim et al. 2014 Corée du sud	Enfants de l'école élémentaire au lycée 6-18 (n=795)	- 15 items explorant 4 domaines : perturbation des fonctions adaptatives, attrait pour la vie virtuelle, retrait et tolérance - Chaque item est noté selon une échelle à 4 points : de "pas du tout d'accord" à "totalement d'accord"	Etude transversale	Analyses quantitatives : * Sélection des items par analyse de la fiabilité * Validité de critère : Mental Health Problems Scale et KS-II utilisés comme tests de référence. * Validité de structure par analyse factorielle confirmatoire	0,88 (+)	75
Smartphone Overuse Screening Questionnaire SOS-Q (158)	Lee et al. 2017 Corée du sud/USA	Adolescents-adultes (n=158)	- Objectif : distinguer les personnes à haut risque de surutilisation du smartphone des utilisateurs occasionnels - Contient 28 items avec une échelle de réponse à 4 points ("jamais", "parfois", "souvent", "toujours")	Etude transversale	Analyse qualitative : validité d'apparence : avis de 50 experts en addiction pour la sélection des questions. Analyses quantitatives : * Validité de critères : Y-scale, K-scale et S-scale utilisés comme gold standard * Validité de structure par analyse factorielle exploratoire * Fiabilité explorée par une étude test-retest et consistance interne * Sensibilité au changement : cut-off déterminé à 49 points avec une sensibilité à 81,4% et spécificité à 86,1%	0,95 (+)	62,5

*Date de publication de l'article ; **(+/-) si Coef. Cronbach's α >0,70 ; (-) si Coef. Cronbach's α <ou= à 0,70

SAS = Smartphone Addiction Scale ; K-Scale = Korean Scale for internet addiction ; KS-II = Internet Addiction Proneness Scale for Youth ; Y-scale = Young's internet addiction scale ; S-Scale = Smartphone scale for smartphone addiction.

Tableau 5 (suite) : Questionnaires évaluant l'utilisation problématique du smartphone

Titre du questionnaire / Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n=taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Parental Smartphone Use Management Scale PSUMS (159)	Hsieh et al.	2019 USA/ Taiwan	11-18 enfants avec TDAH (n=211)	- Echelle d'auto-évaluation des parents sur leur capacité à contrôler l'utilisation du smartphone par leurs enfants. - Contient 17 items sous forme d'affirmation, divisés en 3 sous-échelles : "gestion réactive", "gestion proactive" et "surveillance parentale" - Note entre 0 (pas d'efficacité) et 6 (très bonne efficacité) pour chaque item, une note finale élevée signe une gestion efficace de la part des parents	Etude transversale	Analyses quantitatives : - validité de construit par analyse factorielle, - validité de critère : PCPU-Q utilisé comme test de référence - Fiabilité du PSUMS et de ses 3 sous-échelles : Gestion réactive : $\alpha = 0,93$; Gestion proactive : $\alpha = 0,95$; Surveillance parentale : $\alpha = 0,93$	0,96 (+)	86,9
Metacognitions about Smartphone Use Questionnaire MSUQ (160)	Casale S, Caponi L, Fioravanti G.	2020 Italie	15-70 (n=701)	- Objectif : Évaluer la métacognition ¹ dans l'utilisation du smartphone - Echelle d'auto-mesure contenant 24 items, notés selon une échelle à 4 points : de 1 ("pas d'accord") à 4 ("totalement d'accord")	Etude transversale	Analyses quantitatives : * Fiabilité : mesure de la consistance interne (F1,F2 et F3) * Validité de structure : analyse factorielle confirmatoire * Validité prédictive : utilisation des SAS-SV et HADS : MSUQ prédit une utilisation problématique du smartphone indépendamment de symptômes anxieux et dépressifs.	F1=0,91 F2=0,86 F3=0,74 (+)	57,9
Toddlers' Smartphone Flow State Scale TS-FSS (161)	Byun M. et Seomun G.	2021 Corée du sud	1-3 (n=700)	- Questionnaire à l'adresse des parents, pour mesurer le phénomène de flow ² chez les enfants en bas âge exposés aux smartphones. - Contient 20 questions réparties dans 5 domaines : expérience ludique, réaction limitée par la concentration, poursuite intentionnelle pour atteindre l'objectif, assimilation au monde virtuel et acquisition des compétences répondant à ses désirs. - Réponses selon une échelle à 5 points	Etude transversale	Analyse qualitative : Validité de contenu étudiée 2 fois, successivement par 10 puis 4 experts, indépendants. Analyses quantitatives : * Validité de structure par analyses factorielles exploratoire et confirmatoire; * Validité contre critère : Smartphone dependence measurement tool développé par l'Agence Coréenne de la sécurité internet, utilisé comme gold standard * Fiabilité estimée par la consistance interne et la fiabilité test-retest.	0,95 (+)	67,4

*Date de publication de l'article ; **(+/-) si Coef. Cronbach's $\alpha > 0,70$; (-) si Coef. Cronbach's $\alpha < 0,70$

TDAH = trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; PCPU-Q = Problematic Cellular Phone Use Questionnaire ; HADS = The Hospital Anxiety and Depression Scale

F1 = Métacognitions positives sur la régulation émotionnelle et cognitive ; F2 = métacognitions négatives sur la perte de contrôle et le préjudice cognitif ; F3 = Métacognitions positives sur les avantages sociaux.

1 : La métacognition se définit comme la connaissance et le contrôle qu'une personne a sur ses propres processus cognitifs. Son implication dans les comportements addictifs, incluant l'utilisation problématique de dispositifs technologiques, a été démontrée. (160,162)

2 : Concept de "flow" défini par Csikszentmihalyi en 1975 comme l'absorption totale d'une personne par son occupation ou "état psychologique optimal"(163). Dans le cadre de cet article (161) : le "smartphone flow" est considéré comme un état dans lequel le smartphone lui-même fournit un but, une satisfaction et une immersion complète lorsque les enfants en bas âge l'utilisent, pouvant entraîner une dépendance lorsqu'ils grandissent.

Tableau 6 : Questionnaires évaluant la dépendance aux jeux vidéo

Titre du questionnaire/ Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n= taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Game Addiction Scale GAS (164)	Jeroen S. Lemmens , Patti M. Valkenburg, Jochen Peter	2009 Pays-Bas	12-18 (n=721)	- Objectif : Évaluer la dépendance aux jeux vidéo chez les adolescents - Basé sur les critères diagnostiques du jeu pathologique (DSM-4) - Auto-questionnaire à 21 items, réduit à 7 dans la version courte. Réponses selon une échelle de likert à 5 points.	Etude transversale	- Mesure de la fiabilité et validation des 2 échelles sur 2 échantillons indépendants d'adolescents. La 2ème étude avec analyses de corrélation montre des liens significatifs positifs entre le score GAS et le temps de jeu quotidien, le score de dépression, d'anxiété et le fait d'être un garçon. - Adapté puis validé pour les adolescents français, brésiliens, turques et les adultes. - Validé pour des études statistiques - Non validé pour la pratique clinique.	21-item GAS : - étude 1 : 0,94 - étude 2 : 0,92 (+) 7-item GAS : - étude 1 : 0,86 - étude 2 : 0,81 (+)	94,1
Problematic Online Gaming Questionnaire Short-Form POGQ-SF (165)	Pápay et al.	2013 Hongrie	Adolescents (n=5045)	- Objectif : Évaluer la problématique du jeu vidéo en ligne à visée épidémiologique et de recherche. - Contient 12 questions balayant 6 domaines : préoccupation, surutilisation, immersion, isolement social, conflits interpersonnels, désengagement (avec 2 items pour chaque thème)	Etude transversale	Analyse quantitative : * Validité de structure par analyse factorielle confirmatoire. * Sensibilité au changement : jeu pathologique au-delà de 32 points, avec une sensibilité à 96% et spécificité à 97%. * Prévalence du jeu pathologique : 4,6% sur l'échantillon total, 8,2% chez les joueurs de jeu vidéo en ligne. - Non validé pour la pratique clinique	NC	92,3
Internet Gaming Disorder-20 Test IGDT-20 (148)	Pontes et al.	2014 Royaume- Uni	Adolescents - adultes (n=1003)	- Objectif : diagnostiquer le trouble du jeu vidéo chez les joueurs (jeu en ligne ou non), par évaluation de l'utilisation sur les 12 derniers mois. - Basé sur les 9 critères diagnostiques du trouble du jeu vidéo (DSM-5) - Liste 20 items avec une échelle de 1 ("jamais") à 5 ("très souvent"), répartis dans 6 sous-domaines de l'addiction : attention, trouble de l'humeur, tolérance, retrait, conflit et rechute.	Etude transversale	Analyses quantitatives : * Validité de structure par analyse factorielle confirmatoire. * Validité de critère et validité concurrente : les critères diagnostiques de l'IGD (DSM-5) utilisés comme test de référence. * Fiabilité par analyse de la consistance interne. * Sensibilité au changement, de manière empirique : seuil diagnostique à 71 points, avec une sensibilité de 96% et une spécificité de 100%. Prévalence de l'IGD dans l'échantillon : 5,3%.	0,88 (+)	86,9

*Date de publication de l'article ; **(+/-) si Coef. Cronbach's α >0,70 ; (-) si Coef. Cronbach's α <ou= à 0,70

NC = Non calculé ; IGD=Internet Gaming Disorder

Tableau 6 (suite) : Questionnaires évaluant la dépendance aux jeux vidéo

Titre du questionnaire/ Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n= taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Internet Gaming Disorder Scale - Short Form IGDS9-SF (166)	Pontes et Griffiths	2015 Royaume-Uni	16-70 (n=1060)	- Basé sur les critères diagnostiques du trouble du jeu vidéo (DSM-5), à partir du score IGDT-20 (148). - Liste 9 items avec une échelle de 1 ("jamais") à 5 ("très souvent") pour évaluer le trouble du jeu vidéo - Largement diffusé au niveau international comme le montre cette revue de littérature menée en 2021 par Poon et al. (21 études) (167), il est traduit dans 17 langues différentes.	Etude transversale	Analyses quantitatives : * Validité de structure par analyse factorielle exploratoire puis confirmatoire. * Validité de critère et validité concurrente : durée de jeu hebdomadaire et test IGDT-20 utilisés comme références. * Fiabilité, erreur standard de mesure et validité croisée de population : par comparaison des mesures entre l'échantillon total et 2 sous-échantillons randomisés.	0,87 (+)	61,5
Video game Addiction Scale for Children VASC (168)	Eyüp Yılmaz, Mark D. Griffiths, Adnan Kan	2017 Royaume-Uni Turquie	9-12 (n=780)	- Objectif : Évaluer la dépendance aux jeux vidéo chez les enfants. - Comprend 21 questions, réponses selon une échelle de à 5 points : de 1: "jamais" à 5: "très souvent" - Couvrant 4 problématiques : "maîtrise de soi", "récompense/renforcement", "problèmes" et "engagement". - Non considéré comme un outil diagnostique, mais comme un indicateur de possible dépendance aux jeux vidéo.	Etude longitudinale	Analyses quantitatives : * Fiabilité par évaluation de la consistance interne * Validité de structure par analyse factorielle exploratoire, puis analyse factorielle confirmatoire. Un score au-delà de 90 points indique une possible dépendance aux jeux vidéos - Développé pour des études épidémiologiques - Non validé pour la pratique clinique	0,89 (+)	89,5
Gaming Disorder Scale for Adolescents GADIS-A (169)	Paschke et al.	2020 Allemagne	10-17 (n=819)	- Objectif : évaluer le trouble du jeu vidéo chez les adolescents - Basé sur les critères diagnostiques du trouble du jeu vidéo (DSM-5). - Contient 10 questions : 9 items adaptés des critères du DSM-5, 1 item pour évaluer la fréquence des symptômes (CIM-11 : symptômes présents durant au moins 12 mois). - Réponses selon une échelle à 5 points de "pas du tout d'accord" à "totalement d'accord"	Etude transversale	Analyses quantitatives : - Validité contre critère : évaluation du comportement du joueur (IGDS et PIGDS), de la dysrégulation émotionnelle (DERS-SF) et des performances scolaires. - Validité de structure : analyses factorielles - Sensibilité au changement : seuil de dépistage optimal du IGD à 12,5 points; avec une sensibilité de 97,96% et une spécificité de 83,12% - Non validé pour la pratique clinique	0,91 (+)	78,2

*Date de publication de l'article ; **(+/-) si Coef. Cronbach's $\alpha > 0,70$; (-) si Coef. Cronbach's $\alpha < 0,70$

IGDS=Internet Gaming Disorder Scale ; PIGDS=Parental Internet Gaming Disorder Scale ; DERS-SF=Difficulties in Emotional Regulation Scale - Short Form

Tableau 6 (suite) : Questionnaires évaluant la dépendance aux jeux vidéos

Titre du questionnaire/ Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n= taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Gaming Disorder Scale for Parents GADIS-P (170)	Paschke et al.	2021 Allemagne	10-17 (n=800)	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du score GADIS-A (169) pour une évaluation parentale du trouble du jeu vidéo chez les adolescents. - Contient 10 questions : 9 items adaptés des critères du DSM-5, 1 item pour évaluer la fréquence des symptômes (CIM-11 : symptômes présents durant au moins 12 mois). - Réponses selon une échelle à 5 points de "pas du tout d'accord" à "totalement d'accord" 	Etude transversale	<p>Analyses quantitatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validité de structure par analyse factorielle : bonne corrélation avec le score initial GADIS-A. - Validité contre critère : corrélation avec le comportement du joueur (GADIS-A et PIGDS), la dysrégulation émotionnelle (DERS-SF) et les performances scolaires. - Sensibilité au changement : <ul style="list-style-type: none"> * Dépiste le troubles cognitifs et comportementaux liés au jeux vidéos : sensibilité 86,9%, spécificité 84,1% * Mesure les conséquences négatives : sensibilité 92,7%; spécificité 86% - Non validé pour la pratique clinique. 	0,92 (+)	82,6

*Date de publication de l'article ; **(+/-) si Coef. Cronbach's $\alpha > 0,70$; (-) si Coef. Cronbach's $\alpha \leq 0,70$

PIGDS=Parental Internet Gaming Disorder Scale ; DERS-SF=Difficulties in Emotional Regulation Scale - Short Form

Tableau 7 : Questionnaires évaluant la dépendance à internet

Titre du questionnaire / Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n=taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article (%)
Internet Addiction Test IAT (20)	Kimberly S. Young	1998 USA	Adolescents - adultes (n=86)	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif : évaluer la présence et la sévérité de l'utilisation compulsive d'internet (tout type d'activités en ligne). - Adapté selon les 8 critères diagnostiques de l'addiction à internet définis par Young K. S. (1996)(20,171), eux-mêmes reposant sur une adaptation des critères diagnostiques du jeu pathologique (DSM-4). - Composé de 20 questions, réponses selon une échelle à 5 points pour chaque item : de "rarement" à "toujours". - Score obtenu entre 0 et 100 : < ou égal à 49 : contrôle de l'utilisation d'internet; entre 50 et 79 : usage problématique avec possibles conséquences sur la vie du patient; > ou égal à 80 : usage problématique avec sévères répercussions sur la vie du patient - Utilisé comme <i>gold standard</i> pour l'évaluation de nouveaux tests ; Adapté pour une utilisation en pratique clinique par des professionnels 	Etude transversale	<ul style="list-style-type: none"> - Evalué par Widyanto et McMurran (2004)(172) : Analyses quantitatives : * Validité de structure par analyse factorielle : modèle à 6 facteurs : prégnance, usage excessif, négligence du travail, anticipation, absence de contrôle, négligence de la vie sociale. * Fiabilité évaluée par la consistance interne et la validité concurrente : le facteur "prégnance" étant le plus robuste. - Traduit et validé en français par Khazaal et al. (2008)(173) : abandonnent le modèle à 6 facteurs et favorisent l'unidimensionnalité de l'échelle, ayant une meilleure fiabilité. 	0,93 (+) (Khazaal et al.)	57,9
Internet Addiction scale IAS (174)	Cho et al.	2014 Corée du sud	Adolescents (n=1192)	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-questionnaire basé sur les critères diagnostiques du trouble du jeu vidéo (DSM-5), pour évaluer la dépendance à internet sous ses 2 aspects : symptômes de dépendance et conséquence de l'utilisation excessive d'internet - Contient 26 items sous forme d'affirmation à cocher. 	Etude transversale	<ul style="list-style-type: none"> Analyses quantitatives : * Fiabilité par mesure la consistance interne : Pour le score total : 0,994; à l'analyse par domaine : les facteurs "préoccupation" ($\alpha=0,499$), "retrait" ($\alpha=0,658$) et "perte" ($\alpha=0,390$) sont < à 0,70. * Validité de structure par analyse factorielle confirmatoire : coef. de corrélation trop élevé (>1) entre le facteur "perte" et l'ensemble des autres facteurs, ainsi qu'entre les facteurs "préoccupation" et "retrait". * Validité convergente et discriminante : KS-scale et BIS-11 utilisés comme tests de référence. 	0,99 (+)	54,2
Internet Addiction Diagnostic Questionnaire KDAI (147)	Siste et al.	2021 Indonésie	10-20 (n=643)	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif : évaluer la dépendance à internet chez les adolescents, en intégrant les facteurs culturels et psychosociaux. - Auto-questionnaire à 44 items, répartis en 6 domaines : retrait, perte de contrôle, augmentation de la propriété, conséquences négatives, trouble de l'humeur, attention. - Réponses selon une échelle de likert à 6 points : de 1 "très rarement" à 6 "toujours". - Score adapté à la pratique clinique et en recherche statistique. 	Etude transversale	<ul style="list-style-type: none"> Développement en 7 étapes puis analyse qualitative préliminaire : validité d'apparence sur un échantillon de 31 adolescents. Analyses quantitatives : * Validité de structure par analyse factorielle exploratoire puis confirmatoire. * Validité de critère : la version indonésienne du score IAT utilisée comme <i>gold standard</i>. * Fiabilité par mesure de la consistance interne. * Sensibilité au changement : seuil de dépendance à internet mesuré à 108 points, sensibilité de 91,8%, spécificité de 77,8%. 	0,94 (+)	82,5%

*Date de publication de l'article ; **(+/-) si Coef. Cronbach's $\alpha > 0,70$; (-) si Coef. Cronbach's $\alpha \leq 0,70$; KS-Scale = Korean Scale for internet addiction ; BIS-11 = Barratt's Impulsiveness Scale II

Tableau 8 : Questionnaire évaluant la dépendance aux réseaux sociaux

Titre du questionnaire / Abréviation	Auteur	Date* / Pays	Âge en années (n=taille de l'échantillon)	Description de l'outil	Design de l'étude	Evaluation du questionnaire	Fiabilité Coef. Cronbach's α (+/-)**	Score article COSMIN (%)
Social Media Disorder SMD (175)	van den Eijnden et al.	2016 Pays-Bas	10-17 (n=2198)	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif : Distinguer les utilisateurs "addicts" aux réseaux sociaux des utilisateurs hautement investis sans trouble associé. - Développement basé sur les 9 critères diagnostiques du trouble du jeu vidéo (DSM-5), sur le même principe que l'échelle de Lemmens. - Pour études épidémiologiques et mesure de la prévalence du SMD - Échelle initiale à 27 questions, version courte à 9 items, réponses binaires oui/non. 	Etude transversale	<ul style="list-style-type: none"> - Propriétés psychométriques validées par des analyses quantitatives : validité structurelle avec analyse factorielle, consistance interne, validité convergente, de critère et fiabilité. - Version à 9-items équivalente à la version 27-items et plus rapide d'utilisation - Temps de réponse mesuré à 45 secondes. - Prévalence du SMD allant de 7,3% à 11,6% selon les échantillons. 	0,81 (+)	71,5

*Date de publication de l'article ; **(+ si Coef. Cronbach's $\alpha > 0,70$; (-) si Coef. Cronbach's $\alpha \leq 0,70$

3.1.2.4. Tranches d'âge

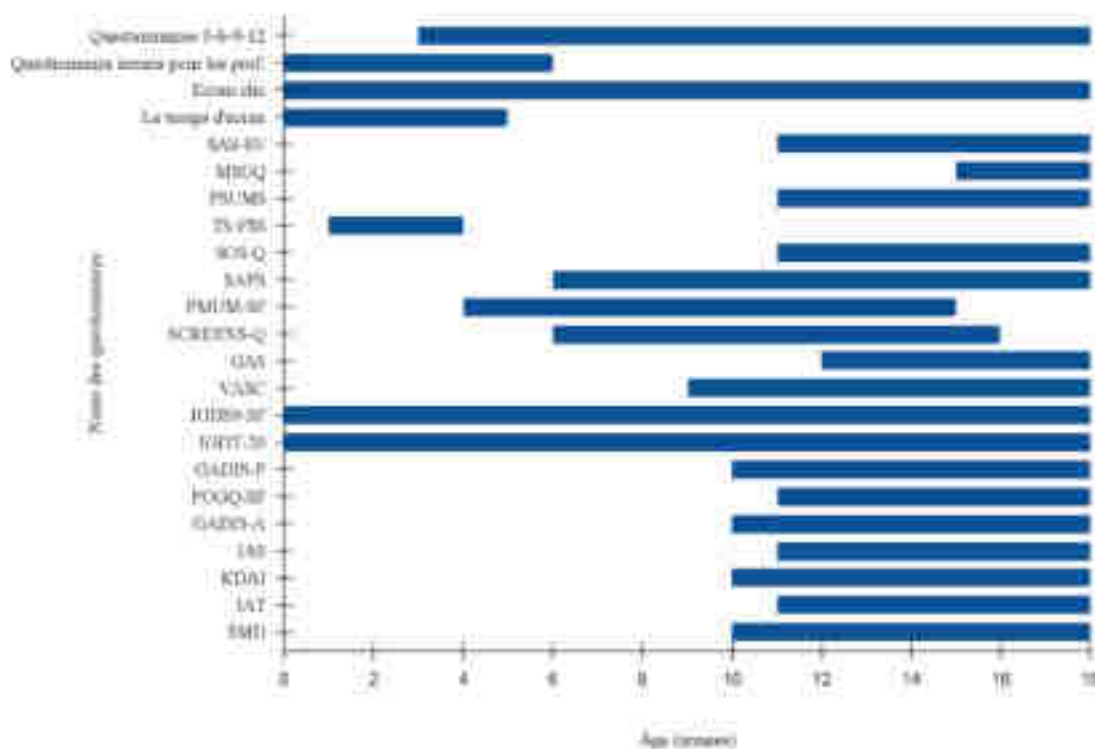


Fig. 3 : Tranches d'âges des questionnaires

Les questionnaires retenus dans notre étude couvrent toutes les tranches d'âge de 0 à 18 ans, selon une répartition hétérogène (Figure 3). Une majorité des travaux concerne les adolescents : 18 questionnaires sur 23 inclus, contre 5 pour les nourrissons. Trois outils ciblent l'ensemble de la tranche d'âge de 0 à 18 ans.

Les tranches d'âge cibles diffèrent selon l'objectif annoncé de l'outil : par exemple, lorsque l'on évalue la dépendance, 14 des 17 questionnaires évaluant la dépendance s'adressent aux adolescents, 1 aux enfants en bas-âge et 3 à la tranche d'âge intermédiaire 6-10 ans.

3.2. Les supports pertinents en consultation de médecine générale

3.2.1. Qualité des articles inclus dans la revue de littérature

Les scores de qualité des études obtenus par application de la Cosmin Check-list ont permis de comparer les articles entre eux (cf. Annexe 4). L'échelle de Lemmens ou Game Addiction Scale (GAS) (164) a la meilleure qualité méthodologique.

Les 4 références évaluant la consommation et les habitudes familiales ne sont pas intégrées au sein d'un article et ne sont donc pas comparables aux autres études. Les scores de qualité s'échelonnent de 54,2% pour le questionnaire IAS, jusqu'à 94,1% pour le score GAS de Lemmens.

3.2.2. Evaluation des questionnaires

Concernant l'évaluation des qualités psychométriques des tests, parmi les 23 questionnaires inclus dans la revue de littérature :

- Pour les 4 questionnaires décrits dans le tableau 3, les données de validité et fiabilité étaient manquantes.
- Un questionnaire, le score IAS, présentait des qualités psychométriques non satisfaisantes (174) : 3 sous-échelles ("préoccupation", "retrait" et "perte") sur 9 montraient une fiabilité insuffisante (coef. Cronbach's $\alpha < 0,70$). Aussi, à l'analyse factorielle, certains items montrent une corrélation trop élevée.

Les auteurs suggèrent de développer des questionnaires distinguant bien les symptômes addictifs des conséquences éventuelles, s'éloignant des critères du trouble du jeu vidéo définis dans le DSM-5.

- Les scores SCREENS-Q et POGQ-SF, tous deux validés statistiquement par une analyse quantitative de la cohérence interne et validité de structure, avec une évaluation qualitative pré-test pour le SCREENS-Q, n'ont pas été évalués au regard de leur fiabilité.
- L'ensemble des autres questionnaires avaient une fiabilité satisfaisante (coef. Cronbach's $\alpha > 0,70$) et ont été validés sur le plan statistique.

3.2.3. Applicabilité en consultation de médecine générale

Quelque soit l'objectif initial du test et indépendamment de ses qualités psychométriques, l'applicabilité potentielle en consultation de soins primaires de chacun des outils disponibles a été évaluée selon les critères définis dans la méthode.

Sur les 23 références incluses dans la revue de littérature, 9 questionnaires contiennent 10 items ou moins (tableau 9).

Questionnaires (n d'items)	Utilisation aisée en consultation	Suscite le dialogue	Selon besoins en soins primaires	Non malaisant	Test validé statistiquement
Le temps d'écran (10)					
PMUM-SF (9)					
SAS-SV (10)	Score/seuil				
GAS-7 items (7)	Score/seuil				
IGDS9-SF (9)	Score/seuil				
GADIS-A et GADIS-P (10)	Score/seuil				
IAT-8 items (8)	Score/seuil				
SMD (9)					

Tableau 9 : Critères d'applicabilité en soins primaires (tests contenant 10 items maximum)

Case colorée : le critère est validé. Score/seuil : les questionnaires permettent le calcul d'un score avec un seuil diagnostique.

- Pour une utilisation en pratique clinique, les 9 échelles évaluées étaient facilement exploitables en consultation, contenant des modalités d'utilisation claires et concises. 6 scores (IAT, GADIS-A et P, IGDS9-SF, GAS-7 items, SAS-SV) permettaient un calcul de point avec un seuil de positivité du test défini et validé, facilitant le diagnostic.

- Seul le questionnaire de la Société Canadienne de Pédiatrie suscitait le dialogue et s'appuyait sur une analyse des besoins en médecine générale. Il était également le seul à ne pas se limiter au questionnaire et associait des conseils à délivrer aux parents.

Le test IAT développé par Kimberley Young est validé pour une utilisation clinique dans sa version longue à 20 items, mais la version à 8 items n'a pas été validée et semble difficilement utilisable en consultation tout venant car trop ciblée.

Les 7 autres questionnaires ont été développés pour une utilisation au sein d'études épidémiologiques et statistiques. Peu propices aux échanges et dialogue, ils ne prennent pas en compte les besoins en soins primaires.

- Concernant le côté culpabilisant ou malaisant, 7 questionnaires ont été validés, après une analyse pré-test et reformulation des items par des experts du domaine. Ce critère a également été évalué par relecture par les trois chercheuses et aucun questionnaire n'a été estimé jugeant ou malaisant.

Au total, aucun des questionnaires inclus dans la revue de littérature ne remplit l'ensemble des conditions demandées pour être directement et facilement utilisé en pratique clinique de soins primaires.

3.3. Recueil de questions

Nous avons extrait les questions des questionnaires sélectionnés afin d'obtenir une vision d'ensemble des notions indispensables à aborder pour évaluer la problématique du mésusage des écrans en consultation.

Un questionnaire a été exclu (IAS) car invalidé, deux autres car redondants : le GADIS-P, est similaire au GADIS-A, mais s'adressant aux parents, et l'IGDT-20, version longue du IGDS9-SF.

Au total 334 questions ont été recueillies (détail de la répartition par catégorie en Annexes 5 et 6).

La répartition des questions par catégorie est inégale, les principales représentées étant les conséquences négatives liées aux écrans, représentant 67,6% des items, et plus particulièrement la dépendance (20,5%).

Les figures 4 à 10 ci-dessous illustrent la répartition des questions selon des problématiques plus spécifiques à chaque catégorie.

Après regroupement puis reformulation des questions similaires (cf Annexe 5), une liste de 65 questions a été établie (cf Annexe 6).

Celle-ci sera utilisée au cours d'une étude future pour développer un questionnaire de repérage précoce et intervention brève utilisable en consultation de soins primaires.

- Contexte, environnement
- Usage parental des écrans

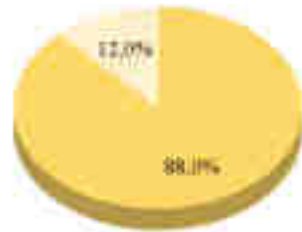


Fig. 4: Contexte d'utilisation

- Comment ?
- Ou ?
- Quel ?
- Quand ?
- Combien ?



Fig 5. Consommation

- Désintérêt pour les relations sociales
- Cacher son utilisation (temps, contenu)
- Écrans source de conflit
- Écrans favorisent les relations sociales



Fig 6. Relations familiales et sociales

- Inconfort physique
- Troubles du sommeil
- Repas manqués
- Négligence hygiène et santé

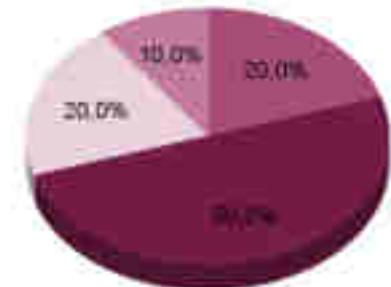


Fig 7. Troubles somatiques

- Plaisir
- Perte de contrôle
- Tolérance
- Anticipation
- Désintérêt



Fig 8. Dépendance

- Attention
- Métacognition

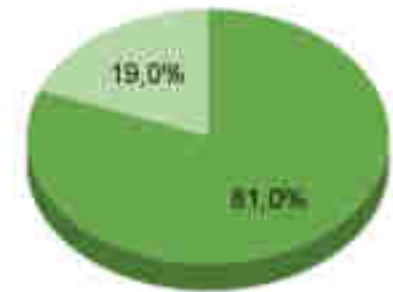


Fig 9. Troubles de l'attention

- Dépression
- Irritabilité
- Anxiété, agitation

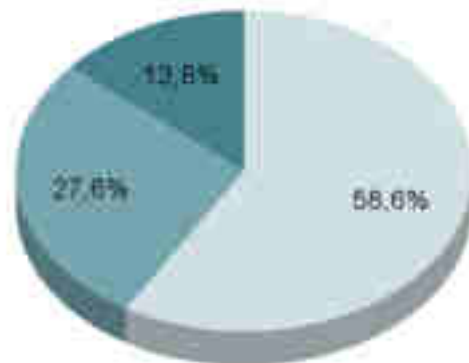


Fig 10. Troubles de l'humeur

4. DISCUSSION

4.1. Rappel des résultats principaux

Il a donc été réalisé un état des lieux des questionnaires existants pour la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants, utilisables en soins primaires. Ce travail est original puisque c'est à notre connaissance la première revue de littérature sur ce sujet. Le nombre croissant d'articles et de questionnaires développés reflète l'importance de ce sujet en termes de santé publique et des enjeux sociétaux actuels.

L'échelle COSMIN et les analyses statistiques, en particulier le coefficient de fiabilité de Cronbach's α ont permis de montrer la grande hétérogénéité des références incluses. En l'état, aucun questionnaire validé ne remplit entièrement les critères d'applicabilité en soins primaires.

Si les questionnaires couvrent toutes les tranches d'âges, une majorité s'intéresse aux adolescents. Pourtant, comme le rappelle le rapport des 1000 premiers jours (106), la primauté à donner à l'environnement et à la prévention doit se faire dès le début de la vie. Garantir la bonne santé et le développement des plus jeunes enfants aujourd'hui, c'est agir pour les adolescents, les adultes, les parents, les citoyens et la société de demain. De plus, les données statistiques actuelles montrent que l'âge d'exposition est de plus en plus précoce : les enfants de 2 ans sont 87% à regarder la télévision dont 68% quotidiennement, avec une moyenne de 6h et 50 minutes hebdomadaires (12).

De même, si les enfants ont des usages multiples et croisés des écrans tous confondus, la plupart des questionnaires cible un seul type d'écran ou d'activité numérique.

Tous ensemble, les questionnaires permettent de balayer toutes les thématiques à aborder par rapport à l'usage problématique des écrans. Toutefois, la question de la dépendance reste prépondérante. Cette notion ne représente pourtant qu'une portion de la thématique. La multiplicité des questionnaires concernant l'évaluation de la dépendance aux écrans illustre l'absence de consensus actuel. L'échelle Internet Addiction Test développée par Young K. semble être la plus utilisée au niveau international (20). Cependant, le concept même de dépendance ou d'addiction aux écrans étant débattu, sa légitimité n'est pas établie.

Aussi, la plupart des questionnaires validés le sont davantage à des fins de recherche que pour la pratique clinique. À l'inverse, les questionnaires développés pour la pratique clinique n'ont pas été scientifiquement validés et ils ne répondent que partiellement aux critères d'applicabilité.

Malgré les besoins du terrain en soins primaires, on s'aperçoit qu'aucun questionnaire développé jusqu'à présent ne s'applique aux soins primaires et ne permet de s'adresser à tous les enfants quel que soit leur âge, concernant un usage problématique tout écran confondu, en balayant les 4 thématiques principales à explorer : le contexte d'utilisation, la consommation, les connaissances et les conséquences.

Cette revue de la littérature nous a cependant permis d'extraire au total 334 questions pertinentes pour la pratique de soins primaires, puis d'obtenir après regroupement et reformulation 65 questions. Cette base solide de questions servira à développer un nouvel outil de repérage précoce et d'intervention brève.

4.2. Forces de l'étude

Cette étude a pu être menée avec une analyse triangulaire par l'équipe de recherche : tant pendant la recherche bibliographique que la sélection et l'analyse des études. Chaque référence a donc pu être évaluée de façon indépendante avant une mise en commun. A noter que le nombre de l'équipe composée de trois chercheuses a été une force aussi dans l'exploration de la littérature grise, elle-même assez dense. Cela donne ainsi une force supplémentaire aux résultats.

La revue de littérature s'est basée sur plusieurs équations de recherche, appliquées à de multiples bases de données afin d'être le plus exhaustive possible.

Elle a été réalisée selon les critères de référence PRISMA. Les questionnaires sélectionnés ont été évalués méthodologiquement sur les critères de validités psychométriques grâce à l'échelle COSMIN et sur la fiabilité à l'aide du coefficient Cronbach's α .

4.3. Limites de l'étude

Cette revue de littérature reste non exhaustive, en particulier en raison du volume de la littérature grise, et la limitation de la recherche aux langues françaises et anglaises, accessibles et gratuits avec les droits universitaires.

Malgré la multiplicité des études et des questionnaires, beaucoup de données se chevauchent et se recoupent sans véritable valeur ajoutée. C'est d'ailleurs le cas des deux références supplémentaires incluses après lecture de la bibliographie des autres articles (148,169) : le GADIS-A et l'IGDT-20. Beaucoup de questionnaires sont développés à partir des mêmes critères du trouble du jeu vidéo définis dans le DSM-V (176) ou bien sur la base d'autres questionnaires déjà inclus dans l'étude. De plus, aucun, parmi les plus récents, ne fait plus consensus que ceux identifiés antérieurement.

Dans les articles scientifiques, la problématique liée aux écrans reste souvent centrée sur la dépendance. Les chercheuses ont discuté le fait d'être plus sélectif et d'exclure les articles orientés vers la recherche d'un trouble spécifique, d'une addiction ou d'une dépendance. Ce faisant, l'exclusion d'une partie de la littérature centrée sur ce critère n'aurait pas permis d'explorer certains concepts tels que la tolérance, la perte de contrôle, l'envahissement du quotidien, etc. qui restent intéressants pour quantifier la sévérité d'une surexposition aux écrans. Le recueil de questions final n'aurait pas été aussi riche. Cela explique pourquoi certains thèmes sont sur-représentés ainsi que ceux qui sont ciblés sur les adolescents.

Le biais de publication est inhérent à toute revue de littérature. Les sources informelles, les questionnaires de littérature grise, plus généraux et inclusifs, semblent parfois très qualitatifs mais n'ont pour la plupart pas fait l'objet d'articles scientifiques. Ainsi, ils sont d'une part beaucoup plus difficiles à recenser et d'autre part, aucune donnée d'évaluation et de validation n'est disponible.

Concernant le recueil de questions final, la méthodologie de l'étape de reformulation et d'élimination des redondances est moins codifiée et peut sembler plus subjective. En réalisant cette analyse de façon triangulaire et consensuelle, les trois chercheuses limitent le biais d'interprétation potentiel. Enfin, cette présélection sera soumise à un panel d'experts lors des rondes Delphi.

4.4. Eclairage vis-à-vis de la littérature

Grâce à cette étude, il a été réalisé de façon originale :

- une liste des critères de validité pour une application en médecine générale, déterminés par consensus de l'équipe de recherche et des deux directrices de ce travail, et en accord avec le référentiel de bonnes pratiques de l'INPES (135).
- une liste non exhaustive de toutes les notions et questions potentielles à aborder en consultation de médecine générale chez l'enfant de 0 à 18 ans, dans le cadre d'un repérage précoce et d'une intervention brève concernant une surexposition aux écrans. Elle va être soumise à un panel d'experts afin d'en sélectionner les plus pertinentes et de développer un outil de RPIB.

Cette revue de littérature est la première à poser cette problématique et mettre en lumière l'absence d'outils validés de prévention concernant la surexposition aux écrans directement utilisable en soins primaires et explorer toute consommation d'écran confondu, chez tous les enfants de 0 à 18 ans.

4.5. Perspectives

Les outils de pratique clinique et notamment le RPIB, quand ils sont validés, sont utiles et efficaces pour repérer et agir sur des problématiques de santé (109–111,113,117–119,153). Repérer s'inscrit dans un processus de mise en confiance, d'évaluation d'un contexte, d'une consommation et de risques. A ceci, s'associe l'interprétation des informations obtenues et la mise en place d'un accompagnement.

A ce jour, aucun outil consensuel et validé n'existe pour les soins primaires dans l'évaluation d'une surexposition aux écrans. Cela peut s'expliquer par l'absence de définition consensuelle entre experts de ce qu'est une surexposition aux écrans. La potentialité d'une dépendance fait encore débat. Pourtant, cela reste questionnant avec des scientifiques et des professionnels qui alertent déjà depuis des années. Les faits sont là, les problématiques de santé publique qui en découlent avec. Les professionnels de santé et de l'enfance se sentent désarmés pour intervenir.

Cette étude originale est la première à mettre en exergue le manque d'outils validés et disponibles pour appuyer toute démarche de prévention et d'intervention brève concernant la surexposition des écrans, tout écran confondu, chez les enfants de 0 à 18 ans dans le cadre de soins primaires.

En termes de prévention, en France et ailleurs, il reste du chemin à faire. Dans certains pays, encore davantage exposés au phénomène : les politiques publiques et les législateurs se sont emparés du problème. A Taiwan (177), depuis 2015, la loi interdit aux moins de 18 ans d'utiliser "*des appareils électroniques en permanence, sur une période de temps non raisonnable*", au même titre que boire, fumer, se droguer ou encore regarder des contenus à caractère pornographique ou violent. Si le texte de loi n'indique pas quelle durée est considérée comme "*raisonnable*", il précise que les parents d'enfants présentant des troubles relatifs à cette consommation devront s'acquitter de 50 000 nouveaux dollars taïwanais, soit plus de 1 600 euros d'amende. Taiwan n'est pas le premier pays d'Asie à légiférer. En Chine (178), depuis 2021, les mineurs ne peuvent plus passer plus de trois heures hebdomadaires sur jeux vidéo en ligne, à raison de 1h par jour uniquement les vendredi, samedi et dimanche. Pendant ce temps, en France, on note de modestes avancées. Le 20 novembre 2018, a été adoptée par le Sénat, la proposition de loi visant à "*lutter contre l'exposition précoce des enfants aux écrans*". Elle impose à toutes les publicités en faveur des écrans ou aux conditionnements de tous les outils numériques un message d'avertissement sur le danger des écrans pour le développement des enfants de moins de trois ans. Elle prévoit des actions d'information et d'éducation institutionnelles sur l'utilisation des écrans assurées régulièrement en liaison avec le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel.

Quoi qu'il en soit, si l'évolution de la législation vers des règles plus ambitieuses semble nécessaire, elle restera loin d'être suffisante. Il s'agit surtout d'apprendre ou de réapprendre aux enfants et à leurs parents à vivre sans écran. Comme le souligne Clara Georges dernièrement, il s'agirait peut-être aussi d'arrêter de vouloir toujours "*rentabiliser au mieux le temps*", réapprendre les "*temps pour rien*" qui sont très précieux mais aussi laisser les enfants réinvestir le dehors, "*apprendre en éprouvant*" pour ne pas en faire des enfants d'intérieur (179).

5. CONCLUSION

Cette revue de littérature permet de mettre en évidence le manque d'outils validés et disponibles pour appuyer toute démarche de prévention et d'intervention brève concernant la surexposition des écrans chez les enfants de 0 à 18 ans dans le cadre de soins primaires. Nombreuses sont les études en France et à l'international qui ont développé des outils sur la thématique des écrans. Malheureusement, ceux-ci restent complexes et inadaptés aux spécificités de l'enfant de 0 à 18 ans. De plus, aucun de ces outils n'est compatible avec les critères d'efficacité et de faisabilité qu'imposent les contraintes de consultation en soins primaires.

Le souhait d'amélioration de la prévention parmi les praticiens de soins primaires, en particulier des médecins généralistes, mais aussi des patients est très présent.

Ainsi, il semble indispensable de conduire de nouvelles études afin de développer et de valider des outils qualitatifs pour pallier ces besoins. Le repérage précoce et l'intervention brève ayant fait leur preuve en termes de prévention en soins primaires, il serait intéressant de pouvoir développer de nouveaux outils sur ce modèle.

Cette revue de littérature est le point de départ d'une démarche ayant pour objectif de développer puis de valider un outil de repérage précoce et d'intervention brève en pratique clinique. Le développement de cet outil fait l'objet de la deuxième partie de notre thèse.

III. ARTICLE 2 : Repérage précoce de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 18 ans et intervention brève en soins primaires : Élaboration d'un questionnaire de prévention par ronde Delphi.

1. INTRODUCTION

La problématique de la surexposition aux écrans chez les enfants et ses conséquences a pris ces dernières années une place importante sur le devant de la scène médiatique, montant ainsi la place d'enjeu majeur de santé publique face à la pluralité et la gravité des troubles engendrés. La population actuelle, tant médecins que patients, semble connaître les risques liés aux écrans, même partiellement (1–4). Cette question reste toutefois très peu abordée en consultation de médecine générale notamment, que ce soit par manque d'information, de temps, un accueil négatif de la démarche, des recommandations discordantes, mais surtout un manque d'outils pratiques à disposition du praticien (5–7). Différents travaux montrent qu'il existe une demande des médecins généralistes pour avoir un outil de prévention prévu à cet effet (1,8–12).

Une revue de la littérature a évalué les questionnaires de prévention existants, et applicables en situation de soins primaires. Sur les 23 outils initialement retenus, seuls deux de ces questionnaires étaient validés pour une utilisation en pratique clinique il s'agit de scores Internet Addiction Test (IAT) de Kimberley Young (20) et Internet Addiction Diagnostic Questionnaire (KDAI) de Siste et al. (157). Toutefois, ces derniers restent très peu adaptés aux contraintes de la consultation en soins primaires : le premier ciblant la problématique très précise de l'addiction à Internet chez les adolescents, sans explorer les autres conséquences potentielles, le deuxième comprenant un trop grand nombre d'items. Ensuite la problématique de la dépendance est abordée de façon prépondérante dans la sélection d'outils, bien que cette notion reste discutée (180). Enfin, si la majorité de ces questionnaires sont formulés de manière neutre, ni stigmatisante, ni culpabilisante, ils font appel en majorité à des questions fermées, adaptées aux besoins de la recherche, mais non à l'ouverture du dialogue avec les enfants et leurs parents. Il n'existe donc à ce jour aucun questionnaire qui soit parfaitement adapté à la pratique en soins primaires.

Le format de prévention sélectionné est celui du RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), a été évalué et validé dans d'autres domaines en médecine générale. C'est une procédure de prévention secondaire reconnue comme pertinente et efficace par l'OMS, avec un bon rapport coût-efficacité dans le cadre des conduites à risque et de la dépression, notamment chez les adolescents (65-66) . Ce repérage précoce concerne la consommation déclarée et a pour but de repérer une consommation à risque de dommages. L'intervention brève quant à elle consiste à évaluer et informer sur les risques, échanger sur les bénéfices, expliquer les méthodes de réduction ou d'arrêt de la consommation, en évaluant également la motivation du sujet, ses représentations et ses attentes.

Notre question de recherche était donc : "Comment élaborer un outil de prévention efficace concernant la surexposition aux écrans, utilisable en pratique courante de soins primaires avec les enfants de 0 à 18 ans ?"

Cette problématique des écrans ne concerne pas uniquement la sphère médicale. Il a été décidé d'élargir la réflexion et d'intégrer des professionnels paramédicaux, de l'éducation et des métiers de l'enfance à cette démarche.

L'objectif principal est donc l'élaboration, grâce à l'intelligence collective de professionnels de santé et de l'enfance, d'un outil de prévention et de repérage précoce efficace et rapide, utilisable de façon systématique en soins primaires chez les enfants, quelle que soit la tranche d'âge.

L'objectif secondaire est d'établir une liste de documents d'information à l'adresse des enfants et des familles, sur différents supports (livre, site internet...)

2. MÉTHODES

2.1. Accords préalables et Comité d'Ethique

Notre étude a été soumise et validée par le Comité d'Ethique des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Ecoles d'infirmières, de Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux de Strasbourg le 15 juin 2021 (cf Annexe 7). Elle a également été validée par la déléguée de

la protection des données de l'Université de Strasbourg, Mme Sarah Piquette-Muramatsu, et inscrite sous le numéro 520 au registre de traitement des données à caractère personnel de l'Université.

2.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude semi-quantitative qui a été effectuée par questionnaires en 4 rondes selon les règles de la méthode Delphi (1). C'est une méthode d'élaboration de consensus : elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts sur un sujet précis. Par « expert », il faut entendre toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient.

Le principe de la technique est d'interroger de façon itérative par ronde des experts à distance qui sont anonymes entre eux et n'ont aucune communication entre eux. A chaque nouvelle ronde, une synthèse des retours de la ronde précédente est transmise aux experts et ces derniers reçoivent un nouveau questionnaire établi à partir de ce qui a été dit, jusqu'à obtention d'un consensus.

Les principales forces de cette méthodologie sont l'anonymat, qui permet d'éviter l'influence d'un leader d'opinion, et de favoriser l'objectivité dans le raisonnement et une équité dans la prise en compte des différents avis. Elle permet également de regrouper à moindre contrainte logistique des personnes géographiquement éloignées, et le temps de réflexion est laissé aux experts.

2.3. Echantillonnage

Il a été le choix fait d'inclure en tant qu'experts des professionnels de santé de différentes spécialités, des professionnels de l'enfance paramédicaux et de l'éducation, des professionnels en sciences humaines sociales et de l'information mais aussi des parents d'associations dédiées à l'enfance afin de réunir des compétences et des regards différents mais aussi représentatifs des groupes d'acteurs concernés. Ces experts ont été sélectionnés en fonction de leur implication concernant le thème des enfants et des écrans.

Les experts exercent principalement leur activité en France métropolitaine, pour une majorité en Alsace, avec une exception québécoise à Montréal.

Les potentiels experts ont été contactés entre le mois de juin et septembre 2021 afin de leur proposer de participer à l'étude. La prise de contact s'est faite par téléphone ou par courriel individuel, afin de préserver l'anonymat de chacun. La première prise de contact avait pour objectif d'expliquer le sujet de recherche, le processus de la méthode Delphi et d'établir une relation de confiance.

Une attention particulière était portée pour répartir de manière équilibrée chaque groupe d'acteurs.

2.4. Chronologie et déroulement de l'étude

Cette étude a été articulée en 4 rondes selon la méthode Delphi :

- la première ronde entre le 14/09 et le 10/10/2021 ;
- la deuxième ronde entre le 29/11 et le 20/12/2021 ;
- la troisième ronde entre le 3/02 et le 27/02/2022 ;
- la quatrième ronde entre le 31/03 et le 1/05/2022.

Les semaines entre chaque ronde permettaient de recueillir et d'analyser les données reçues par questionnaires.

Les synthèses des rondes et les questionnaires étaient envoyés systématiquement de façon individuelle afin de préserver l'anonymat de chacun, d'éviter des phénomènes d'influence de groupe et d'obtenir des réponses aussi riches et diversifiées que possible. En cas de non réponse au questionnaire, une relance était envoyée par mail au bout de 2 semaines puis 1 mois, durée moyenne de chaque tour de ronde.

Certains experts n'ont pas répondu à chaque ronde. Dans un souci de conservation de données le plus diversifiées possibles, il a été décidé de façon collégiale par l'équipe de recherche et les directrices de maintenir ces participants dans l'étude.

2.5. Questionnaires (cf annexes 8 à 11)

2.5.1. Ronde 1 (cf. Annexe 8)

A l'issue d'une revue de littérature, nous avons sélectionné les questions pouvant s'intégrer dans le cadre du RPIB à partir des 20 questionnaires pré-existants suivants : le questionnaire 3-6-9-12, le questionnaire CoSe, Le temps d'écran, Ecranlic, PMUM-SF, SCREEN-Q, PSUMS, MSUQ, TS-FSS, SAPS, SAS-SV, SOS-Q, GAS, VASC, IGDS9-SF, POGQ, GADIS-A, IAT, KDAI, et SMD.

Après regroupement et reformulation des questions redondantes, la première ronde comprenait 65 questions sélectionnées classées en 4 grandes catégories : contexte d'utilisation , consommation, connaissances et conséquences (relations, dépendance, troubles de l'humeur, troubles de l'attention, scolarité, troubles somatiques).

Il était demandé aux participants successivement, pour chacune des 65 questions d'attribuer une note entre 1 et 5 permettant le calcul d'un score de pertinence pour chaque question, puis de déterminer dans quel type de consultation la question avait sa place : repérage précoce, consultation dédiée de 0-3 ans, 3-6 ans, 6-12 ans ou 12-18 ans. Un encart de texte libre était laissé à disposition pour tout commentaire.

2.5.2. Rondes 2-4 (cf. Annexe 9-11)

Les questionnaires suivants ont été construits à partir des résultats obtenus lors des rondes précédentes, jusqu'à obtention d'un consensus pour le questionnaire final de repérage précoce et de consultation dédiée.

Les questionnaires ont tous été établis par le biais de la plateforme de sondage de l'université de Strasbourg Limesurvey. Chacun a d'abord été créé par une des trois chercheuses puis testé par l'équipe de recherche au complet en conditions réelles. Ensuite, les deux directrices de recherche le testaient à leur tour avant l'envoi de la version finale aux experts. Ces phases de pré-test ont permis à l'équipe de recherche d'apporter des modifications et d'améliorer les questionnaires au fur et à mesure dans un

souci d'optimisation du visuel, de la praticité, du temps dédié mais aussi afin d'obtenir des réponses les plus riches possibles.

2.6. Collecte et analyse des données

La méthode Delphi implique à la fois des méthodes d'analyses qualitative et quantitative. Aussi bien des questions ouvertes que des questions numériques fermées ont été posées lors de chaque ronde.

Les réponses aux questionnaires étaient d'abord analysées de façon automatique pour les données quantitatives par le logiciel Limesurvey permettant d'obtenir des indicateurs statistiques (pourcentages, médianes, moyennes, écart-types). Les réponses étaient ensuite colligées dans des tableurs avec une méthode de recueil et d'analyse des données par triangulation de l'équipe de recherche, elle-même composée de trois chercheuses.

Le matériel textuel était analysé par les trois chercheuses pour extraire les concepts qui se recoupaient. Ensuite, pour chaque concept, les extraits et les citations significatives et pertinentes étaient ajoutées, afin de conserver la diversité des opinions. Ces premières étapes s'effectuaient de manière indépendante, à distance, sur un document de travail écrit numérique partagé.

Ensuite, la triangulation de ces analyses préliminaires était réalisée lors de réunions présentiels de l'équipe de recherche afin d'obtenir une synthèse finale consensuelle. Des réunions présentiels complémentaires avec les directrices de recherches permettaient de lever les incertitudes persistantes, les éventuels désaccords et d'affirmer le consensus sur la conduite et l'orientation du travail.

3. RÉSULTATS

3.1. Description

3.1.1. Caractéristiques de la population d'experts

Une liste initiale s'est construite selon le propre réseau de l'équipe de recherche, les recommandations de certains spécialistes, les références de certains auteurs, ou en contactant des acteurs de terrain sensibilisés. Sur les 50 experts contactés, 37 avaient donné leur accord, et finalement, 28 experts ont participé à l'étude.

Les caractéristiques socio-professionnelles et démographiques des experts sélectionnés sont décrites dans le tableau 10. Les experts avaient en moyenne 45 ans. Une majorité étaient des femmes (79%), parents (65%) avec en moyenne 2 enfants.

Numéro	Profession	Compétence spécifique	Type d'activité	Lieu d'activité	Sexe	Âge	Parent
P1	Pédiatre	NC	Mixte, libéral et hospitalier	Urbain	F	50-59	Oui
P2	Pédiatre	NC	Hospitalier	Urbain	F	30-39	Oui
P3	Pédiatre	NC	Libéral	Urbain	F	30-39	Non
Psy 1	Psychiatre	Responsable d'une unité de psychiatrie périnatale	Hospitalier	Semi-rural	F	40-49	Oui
Psy 2	Pédo-psychiatre	Animatrice et conférencière d'ateliers parentalité, enfants et numérique	Hospitalier	Urbain	F	30-39	NC
Psy 3	Pédo-psychiatre	NC	Mixte, hospitalier et libéral	Urbain	M	50-59	Oui
Psy 4	Pédo-psychiatre	NC	NC	NC	F	NC	NC
MG 1	Médecin généraliste	NC	Mixte, salarial et libéral	NC	M	20-29	Non
MG 2	Médecin généraliste	DIU en Pathologie du sommeil - en Médecine du sport - en Acupuncture	Libéral	Rural	M	50-59	Oui
MG 3	Médecin généraliste	PMI	Fonctionnaire territorial	Mixte, urbain et semi-rural	F	50-59	Oui
MG 4	Médecin généraliste	PMI	Fonctionnaire territorial	Mixte, urbain et semi-rural	F	NC	Oui
MScO 1	Médecin scolaire	Maternelle au Lycée	Fonctionnaire d'Etat	Mixte, urbain et rural	F	50-59	Oui
MScO 2	Médecin Scolaire	Maternelle au Lycée	Fonctionnaire d'Etat	Mixte, urbain et rural	F	50-59	Oui
Psycho 1	Psychologue scolaire	Maternelle au Lycée, Master 2 Psychologie du développement	Fonctionnaire d'Etat	Mixte, urbain et rural	F	50-59	Oui
Psycho 2	Psychologue clinicien	Chargé d'enseignement	Mixte, libéral, hospitalier et universitaire	Urbain	M	20-29	Non
Psycho 3	Psychologue clinicienne		Mixte, hospitalier (CSAPA) et salarié associatif		F	30-39	Oui
Psycho	Psychologue	Docteur en psychopathologie	Mixte, libéral et	Urbain	F	30-39	Oui

4	clinicienne	spécialisée enfants, adolescents et soutien à la parentalité - Animatrice et conférencière d'ateliers parentalité, enfants et numérique	hospitalier (CAMSP)				
Ortho 1	Orthophoniste	Responsable Formation Continue en orthophonie, DEA en psychologie, DESS de formation de formateurs, DU de psychopathologie des troubles cognitifs	Libéral	Mixte, urbain et semi-rural	F	> 60	Oui
Ortho 2	Orthophoniste	Licence de Psychologie, Licence en Sciences de l'Education,	Libéral	Semi-rural	F	30-39	Oui
Ortho 3	Orthophoniste	Professionnel de recherche universitaire	Mixte, libéral et scolaire	Urbain	F	20-29	Non
E1	Professeur des écoles et conseillère pédagogique	DUT Licence en Sciences de l'Éducation, Lauréate du CRPE, Master Ingénierie de Formation	Fonctionnaire d'Etat dans l'Education Nationale	Semi-rural	F	50-59	Oui
E2	Enseignante en primaire et directrice d'école	Licence de biotechnologie, Lauréate du Concours d'Enseignant du premier degré	Fonctionnaire d'Etat dans l'Education Nationale	Urbain	F	50-59	Oui
E3	Conseiller Principal d'Education en lycée agricole	NC	Fonctionnaire d'Etat pour le ministère de l'Agriculture	Rural	M	> 60	Oui
PPE1	Directrice d'EAJ (Etablissement Accueil du Jeune enfant)	Infirmière diplômée d'Etat, Puéricultrice	Salarié associatif	Urbain	F	40-49	Oui
PPE2	Référente pédagogique d'une association spécialisée dans l'accueil de l'enfant	Coordination, animation et encadrement de jeunes enfants	Salarié associatif	Semi-rural	F	30-39	Oui
PPE3	Directeur d'un accueil péri-scolaire et de loisirs	NC	Salarié associatif	Semi-rural	M	NC	Oui
PE1	Consultante familiale et formatrice	DEUST Médiations - DEES Communication non violente (CNV), neurosciences, intelligences relationnelles et émotionnelles	Salarié associatif	Mixte, urbain et rural	F	30-39	Oui
Comm1	Consultante,	Doctorat en Sciences de	Mixte, salariée	NC	F	>60	Oui

	formatrice et conférencière en éducation à l'image et aux médias numériques	l'Information et de la Communication	retraîtée, universitaire, libérale, associatif bénévole				
--	---	--------------------------------------	---	--	--	--	--

Tableau 10 - Données socio-professionnelles et démographiques des experts - NC : Non Connue

La répartition de la participation des différents professionnels aux différentes rondes se fait comme suit, avec le détail des perdus de vue comme suit (X symbolisant une participation à la ronde, numérotées de R1 à R4) :

		R1	R2	R3	R4
Pédiatres	P1	X	X	X	X
	P2	X	X	X	X
	P3	X			X
Psychiatres	Psy 1	X	X		X
	Psy 2	X			X
	Psy 3	X	X		
	Psy 4		X	X	
Généralistes	MG1	X	X	X	X
	MG2	X	X	X	X
	MG3	X			X
	MG4	X		X	
Médecins scolaires	MSco1	X	X	X	X
	MSco2	X	X	X	X
Psychologues	Psycho1	X	X	X	X
	Psycho2	X	X	X	X
	Psycho 3	X	X	X	X
	Psycho 4			X	
Orthophonistes	Ortho1	X	X	X	
	Ortho2	X	X	X	
	Ortho3	X			X
Education	E1	X	X	X	X

	E2	X	X	X	X
	E3	X	X	X	X
Professionnels de la petite enfance	PPE1	X	X	X	X
	PPE2	X	X	X	X
	PPE3	X		X	
Parent d'élève	PE1	X	X	X	X
Sciences de la communication	Comm1		X	X	X
TOTAL par ronde		25	21	22	21

Tableau 11 : Description de la population d'experts et leur participation aux rondes successives

La majorité des experts a participé à toutes les rondes, et il y avait au moins un représentant de chaque groupe d'experts à chacune. Le taux de participation était relativement stable au fil des rondes, entre 25 et 21.

3.1.2. Objectifs généraux des rondes successives

1ère ronde : il s'est agi de sélectionner les questions les plus pertinentes en leur attribuant une note, puis déterminer si la question a sa place selon le type de consultation et l'âge du patient

2ème ronde : elle a permis un affinage de la sélection de la première ronde en classant les questions sélectionnées lors de la 1ère ronde par ordre d'importance selon le type de consultation

3ème ronde : elle a permis la validation des questionnaires obtenus, la reformulation des questions, et d'entamer une discussion autour du cadre de la consultation

4ème ronde : il s'est agi d'obtenir un consensus concernant les questionnaires, leur présentation, et amorcer une discussion autour de ressources utilisables en consultation

3.2. Evolution de la sélection des questions par catégorie

Le détail des rondes successives, avec notes de pertinence, classement, commentaires et reformulations des questions se trouve en annexe 12 à 15.

Les experts ont sélectionné les questions les plus pertinentes en leur attribuant une note, puis ont déterminé si la question relevait du RP ou de la CD, précisant la tranche d'âge. Le score moyen de pertinence pour la première ronde a été de 4,15/5. Les questions ont été retenues pour la deuxième ronde si ce score était supérieur à 4,15, et que la moitié des experts l'avaient évaluée appropriée pour le repérage précoce, ou que 2/3 des experts l'avaient évaluée appropriée pour la consultation dédiée. La première ronde a permis d'identifier 12 questions pertinentes pour le repérage précoce. Pour les consultations dédiées, 14 questions ont été retenues pour les 0-3 ans, 15 pour les 3-6 ans, 23 pour les 6-12 ans et 19 pour les 12-18 ans. La validation était considérée comme consensuelle lorsque l'écart-type était inférieur à 2.

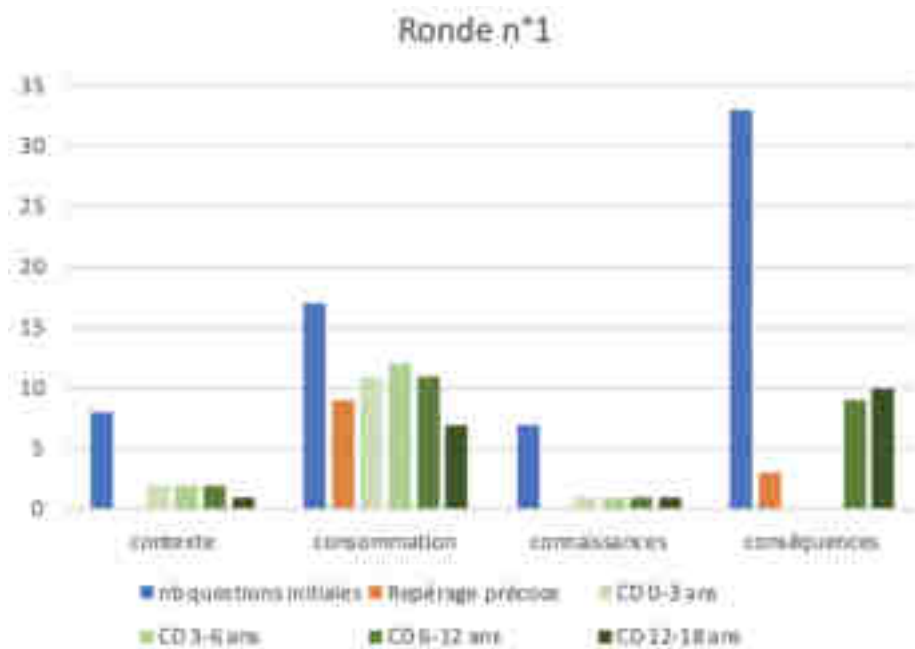


Figure 11 : Résultats de la première ronde Delphi

Pour la deuxième ronde, les experts ont classé les questions sélectionnées lors de la première ronde par ordre d'importance selon le type de consultation.

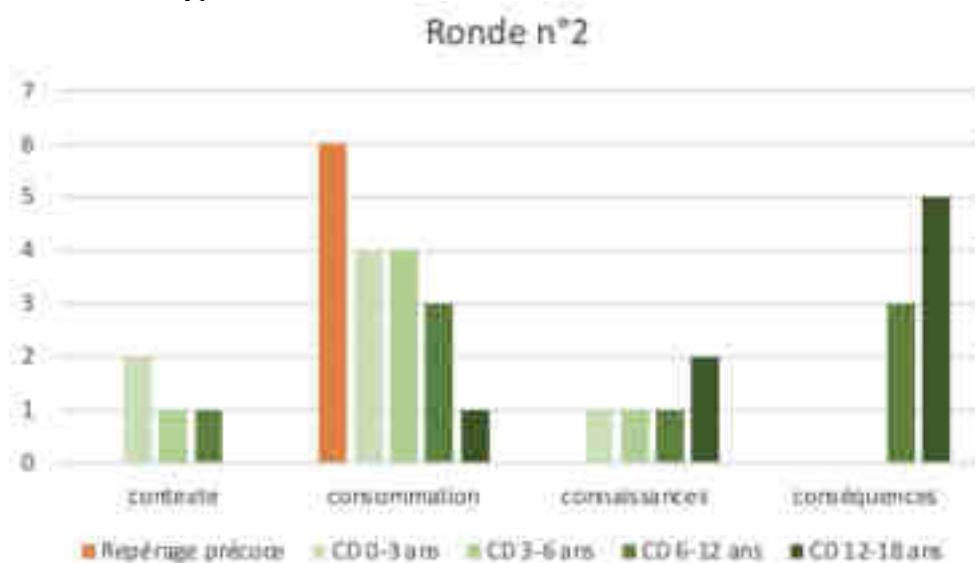


Figure 12 : Résultats de la deuxième ronde Delphi ,

Pour le repérage précoce, les questions interrogeant la consommation ont semblé les plus pertinentes. Elles ont été regroupées par les chercheurs en trois sous-questions : où, quand et comment.

Pour la consultation dédiée des 0-3 ans, les questions interrogeant la consommation et le contexte ont été identifiées les plus pertinentes. La troisième ronde a permis de sélectionner 7 questions, avec une moyenne de 20,14 votes sur 22 participants.

Pour la consultation dédiée des 3-6 ans, les questions interrogeant la consommation et le contexte ont été identifiées les plus pertinentes. Au terme de la 3ème ronde, 6 questions ont été sélectionnées, avec une moyenne de 20,83 votes sur 22 participants.

Pour la consultation dédiée des 6-12 ans, les questions interrogeant la consommation et ses conséquences ont été jugées les plus pertinentes. Au terme de la 3ème ronde, 8 questions ont été sélectionnées, avec une moyenne de 21,13 votes sur 22 participants.

Pour la consultation dédiée 12-18 ans, les questions interrogeant les conséquences ont été jugées les plus pertinentes, puis a minima, l'exploration des connaissances et modes de consommation. Au terme de la 3ème ronde, 7 questions ont été sélectionnées, avec une moyenne de 21,14 votes sur 22 participants.

La 3ème ronde a permis la validation des questionnaires obtenus, la reformulation des questions, et d'entamer une discussion autour du cadre de la consultation.

La 4ème ronde a permis aux experts d'arriver à un consensus concernant les questionnaires, leur présentation, et d'amorcer une discussion autour de ressources utilisables en consultation.

3.3. Outil final

3.3.1. Repérage précoce

A l'issue de la 4ème ronde, le consensus a été obtenu pour cet encart avec un nombre de 21 votes sur 21 participants.

Questions de Repérage Précoce

1. Où ?

Votre enfant a-t-il des écrans accessibles dans sa chambre ?

2. Quand ?

Votre enfant regarde-t-il des écrans :

- le matin ?
- pendant les repas ?
- dans les 2h avant le coucher ?

Pouvez-vous estimer le temps quotidien moyen, que votre enfant passe devant les écrans, tout type d'écran confondu ?

3. Comment ?

Votre famille s'est-elle dotée de regles relatives à l'utilisation des écrans ?

Illustration 1 : outil final - questions de Repérage Précoce

3.3.2. Consultation dédiée 0-6 ans

A l'issue de la 4ème ronde, le consensus a été obtenu pour cet item avec un nombre de 21 votes sur 21 participants.

Questions de Consultation Dédicée

A destination des parents, accompagnés des enfants

1. 0-3 ans

- Votre enfant a-t-il un accès libre aux écrans ?
- Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
- Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ? Si oui, dans quelles situations ?
- Qui regarde votre enfant ? Choisissez-vous ensemble ce qu'il regarde ?
- A la maison, la télévision est-elle souvent allumée, même lorsque personne ne la regarde ?
- Lorsque vous êtes avec votre enfant, utilisez-vous un écran ?
- Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

2. 3-6 ans

- Votre enfant a-t-il un accès libre aux écrans ?
- Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
- Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ? Si oui, dans quelles situations ?
- Qui regarde votre enfant ? Choisissez-vous ensemble ce qu'il regarde ?
- Discutez-vous avec votre enfant de ce qu'il regarde ?
- Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

Illustration 2 : outil final - questions de consultation dédiée 0-6 ans

3.3.3. Consultation dédiée 6- 18 ans

A l'issue de la 4ème ronde, le consensus a été obtenu pour cet item avec un nombre de 21 votes sur 21 participants, après contact individuel par mail d'un des experts qui avait initialement invalidé la proposition et suggéré la suppression d'une question. Cette question prêtant d'ailleurs à débat dans les commentaires, elle a donc été retirée.

Questions de Consultation Dédicée
A destination des enfants

<p>1. 6-12 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - As-tu ton propre écran ? (Préciser le type) - Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ? - Discutes-tu du contenu regardé avec tes parents ? - As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (Violence ? Pornographie ?) - As-tu d'autres activités en dehors des écrans ? Lesquelles ? - Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ? - D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans ? - Pourrais-tu te passer des écrans pendant une journée ? Serais-tu prêt à essayer ? 	<p>2. 12-18 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ? - Discutes-tu du contenu regardé avec tes proches ? - As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (Violence ? Pornographie ?) - Quels sont tes activités ou centres d'intérêts en dehors des écrans ? - Est-ce que tu penses que les écrans ont déjà eu un impact négatif sur tes résultats scolaires ou tes devoirs ? - Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ? - D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans ? - Pourrais-tu te passer des écrans pendant une journée (hors travail scolaire) ? Serais-tu prêt à essayer ?
---	--

Illustration 3 : outil final - questions de consultation dédiée 6-18 ans

3.3.4. Présentation de l'outil

Une notice explicative du support a été ajoutée aux questionnaires, détaillant la notion d'écrans et les objectifs des différents types de consultation.

Par ailleurs, la liste des signes d'alerte, tirée du HCSP (2), a été citée, ces derniers devant mener à la réalisation d'une consultation dédiée aux écrans en cas de repérage.

Outil de prévention et de dépistage concernant la surexposition aux écrans

Chez les enfants de 0-18 ans

Note bene : Dans un langage technique en permanence évolutif, le mot d'écran regroupe autant le téléviseur, que le smartphone, les tablettes, les ordinateurs de bureau, les consoles...

Cet outil est composé de deux parties : le Repérage Précoce (RP) et la Consultation Dédicée (CD). Il sert de support de discussion, il n'a pas vocation à être utilisé directement par les familles et à être utilisé isolément ; chaque partie se fait sur une journée comme suit :

Le RP

- utilisable lors de toute consultation de nuit en médecine générale, chez l'enfant de 0 à 18 ans, s'intègre dans le cadre d'une médecine préventive ;
- cet outil vise l'ouverture du dialogue sur cette problématique au sein d'une consultation ou il faut être attentif aussi aux éventuels **signes d'alerte** ;
- peut être mené lors de consultation pour un motif aigu, à condition que l'état général de l'enfant ne soit pas altéré et le climat de la consultation apaisé ;

***Tout repérage d'un **signe d'alerte** parmi la liste suivante doit mener à la réalisation d'une Consultation Dédiaée :

- l'absence de régulation ou d'accompagnement des écrans ;
- les troubles du développement psychomoteur (trouble de l'attention et hyperactivité, trouble de la coordination, des apprentissages écrits et oraux...) ;
- les troubles du sommeil (sommolence, cauchemars...) ;
- l'apparition de difficultés scolaires ;
- les troubles anxieux ;
- l'agressivité ou la violence ;
- la fatigue visuelle, les céphalées ;
- l'isolement ;
- le surpoids, l'obésité.

La CD :

- cible quelques points importants sans nécessairement être exhaustive ;
- pose des objectifs réalisables, sans vouloir changer toutes les habitudes familiales ;
- apporte des conseils et permet de proposer un suivi ;

Illustration 4 : outil final - notice explicative

Les signes d'alerte ont été considérés par les experts comme pas assez précoces, c'est-à-dire que ces signes une fois installés traduisent une surexposition et un mésusage évoluant depuis un certain temps. Toutefois, la réversibilité de ces troubles est possible après modification des comportements. Cette liste a été considérée comme non exhaustive : manquent les troubles de la communication, du comportement, des apprentissages, de l'attention... Nous avons considéré que ces éléments manquants étaient inclus dans les troubles du développement psychomoteur, ce pourquoi une parenthèse a été ajoutée permettant de développer l'item.

3.3.5. Mise en forme de l'outil

Les différents questionnaires ainsi que le paragraphe de présentation ont donc été mis en page sur un même document, en suivant les recommandations concernant la présentation, comme préconisé par la HAS (181), et respectant le cahier des charges suivant :

- une présentation claire, attrayante, colorée pour le format électronique, mais devant rester lisible en cas d'impression en noir et blanc
- ne pas surcharger la fiche, afin de ne pas en dégrader la lisibilité
- créer un sens de lecture clair
- séparer les différentes parties avec des encadrés pour les rendre plus lisibles

- mettre en lumière les messages clés

3.4. Cadre d'utilisation de l'outil

Nous avons demandé à notre groupe d'experts lors de la 3ème ronde de détailler dans un encart libre le cadre d'utilisation de l'outil de RP/CD, en répondant à ces quelques questions;

A noter que la synthèse des commentaires ne se veut pas exhaustive. Elle met en lumière les grandes idées évoquées par les différents professionnels.

- Quelles seraient les situations ou les consultations les plus opportunes ?

Cet outil pourrait s'intégrer lors de toute consultation de suivi pédiatrique, en médecine générale, en PMI, ou chez le pédiatre, puis ensuite lors de chaque visite annuelle de contrôle de la même façon que l'on aborde l'hygiène de vie (sommeil, alimentation, activité physique...). Cette prévention pourrait également s'intégrer dans le cadre de la médecine scolaire ou du périscolaire, notamment grâce à une sensibilisation des infirmières scolaires, mais aussi une meilleure articulation entre le corps enseignant et médical en cas de décrochage scolaire par exemple : il s'agirait d'obtenir une *“sensibilisation par l'infirmière scolaire, Orientation par l'équipe enseignante en cas de décrochage scolaire”*

Avec une attention particulière lors de la présence de drapeaux rouges, ou lors de la nécessité de bilan orthophonique ou de psychomotricité : *“Proposer cet outil dès que le médecin traitant préconise un bilan d'orthophonie ou de psychomotricité. Dès lors que les apprentissages sont difficiles, que les enseignants/parents évoquent des difficultés attentionnelles, que la situation à l'école est complexe”* .

Mais comme on le sait, la question des écrans dépasse largement le champ de la médecine et de l'éducation : les crèches, les assistants sociaux auraient également un rôle à jouer conjointement dans la prévention concernant les écrans puis l'alerte des professionnels lors de signes d'appel.

- Y a-t-il des notions excluant l'utilisation de l'outil ?

Cette thématique trouve peu sa place dans un contexte de pathologie aiguë avec altération de l'état général. Certaines situations cliniques sont complexes, notamment dans un contexte de précarité, mettant cette problématique en second plan, et ce probablement à tort : *“cet outil ne me semble pas être une priorité dans les familles en situation extrêmement précaires”* .

Il faut également être vigilant à la spécificité des situations de TSA et TDAH, qui nécessitent probablement d'aborder la problématique différemment : *“les familles peuvent mobiliser les écrans à défaut de ne pas savoir comment faire avec leurs enfants”*.

Enfin, la barrière de la langue peut être un frein notable pour ce type d'entretien.

- Comment obtenir une meilleure adhésion à la prise en charge ?

“Ce sujet devrait être abordé parmi d'autres sujets de prévention”. Le format de la consultation de médecine préventive globale mérite d'être étudié, en prévoyant si nécessaire un temps sans parents, pour davantage de pertinence et de justesse dans les réponses. Le message a plus de chances de passer face à des parents avertis, ce qui donne une grande place à l'information des parents concernant les conséquences potentielles d'une surexposition aux écrans, et légitime dans un second temps la prévention.

L'autre approche serait de partir d'un constat de troubles ou problématiques existants afin de pouvoir dans un second temps organiser la consultation dédiée : *“s'ils identifient le rapport aux écrans comme "un problème". Si ça n'est pas le cas, on peut aussi leur faire un retour suite au repérage”*. Le médecin peut également évoquer son expérience personnelle pour plus de réflexivité dans l'échange.

Dans l'idéal, la problématique devrait être abordée systématiquement, mais la contrainte du temps en consultation ne le permet pas.

Une réflexion des parents sur leur propre rapport aux écrans peut être entamée : *“il faudrait presque un questionnaire similaire pour les "jeunes parents" et leur permettre de prendre conscience qu'ils sont un "modèle" pour leurs jeunes enfants”*

Enfin, en proposant des axes d'engagement et des actions concrètes de changement en fin de consultation, l'implication des parents et de l'enfant sera plus grande.

3.5. Ressources à utiliser

3.5.1. Références citées par les experts

Au fil de la 3ème ronde, nous avons demandé à notre groupe d'experts des supports qu'ils recommanderaient pour appuyer le discours et remettre aux familles afin de poursuivre le cheminement dans cette réflexion concernant les écrans.

Voici la liste des références citées :

➤ **Livres :**

TISSERON SERGE "Apprivoiser les écrans" (X5)

BATON-HERVE E., "Grandir avec les écrans ? Ce qu'en pensent les professionnels de l'enfance", érès, 2020

BATON-HERVE E., "Réduire les écrans" Col. 10 jours pour changer, Nathan, 2021

FRENAY I. et ANTOINE B., "Doser les écrans en famille", First Editions, 2019

SYLVIE BOURCIER "L'enfant et les écrans"

BRUNO PATINOT La civilisation du poisson rouge

➤ **Affiches/dépliants :**

Serge Tisseron 3-6-9-12 (X2)

"Test du bonhomme" Winterstein/Jungwirth (X2)

Guide UNAF : "Enfants et écrans : reprenez la main"

[Mieux utiliser les écrans, avec nos enfants | Déclic-écrans \(declic-ecrans.com\)](https://www.declic-ecrans.com/)

➤ **Sites internet :**

<https://www.pedagojeux.fr/> (X2)

<https://elisabethbatonherve.com/>

<https://www.jouepenseparle.com/>

<https://www.mediapte.fr/>

<https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

[Yapaka | Parents, enfants, prenons le temps de vivre ensemble](#)

www.filmages.ch

www.filmspourenfants.net

[Mieux utiliser les écrans, avec nos enfants | Déclic-écrans \(declic-ecrans.com\)](#)

➤ **Éléments d'intervention :**

Liste avec réseaux et référents locaux spécialisés dans le domaine

3.5.2. Fiche de conseils

Après discussion au sein de l'équipe de recherche, et avec l'accord du Dr Duret Gauthier, il a été décidé d'ajouter sur le support final un lien menant vers le site declic-ecrans.com, qui contient des fiches rapportant les messages clés des 12 principales recommandations françaises et internationales actuelles (182). Elles sont le fruit d'un travail rigoureux de thèse, en collaboration avec 450 professionnels de l'enfance, et permettant aux familles de trouver quelques conseils à appliquer au quotidien pour adapter l'utilisation des écrans.

4. DISCUSSION

4.1. Présentation des résultats

Au terme de 4 tours de ronde Delphi, un consensus entre l'ensemble des 21 experts ayant participé à la dernière ronde, a été obtenu, validant le support final (cf Annexe 15) qui contient donc une sélection de questions issues des 65 questions initiales provenant d'une revue de la littérature menée en amont.

L'outil final obtenu tient donc sur 3 pages et se scinde en 3 parties :

- Le repérage précoce : comprenant 7 questions, réparties en 3 axes (où/quoi/comment) pour une meilleure mémorisation. Il est accompagné de la liste des signes d'alerte. Ce bref repérage peut ensuite mener à la réalisation d'une consultation dédiée.

- Les différentes consultations dédiées par tranche d'âge : comprenant entre 6 et 8 questions, permettant d'ouvrir le dialogue et de balayer une bonne partie des problématiques en lien avec les écrans.
- Les références pour approfondir aussi bien côté famille que professionnels.

Le support est accompagné d'une note explicative concernant le cadre de consultation. Les objectifs de l'intervention sont donnés.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Forces

4.2.1.1. Concernant la ronde Delphi

Il a été tenté par le biais du réseau de connaissances de réunir des personnes ayant un certain bagage et surtout une affinité et un engagement pour cette problématique avec des points de vue pouvant être divergents, la question des écrans restant clivante que ce soit concernant la définition du problème ou concernant les mesures à prendre.

Le taux de participation stable tout au long des rondes successives et l'adhésion font partie des forces de cette étude. De même, le respect du calendrier prévisionnel qui permet d'éviter une lassitude des participants pour cette méthode parfois fastidieuse.

4.2.1.2. Concernant le groupe d'experts

Une grande liberté est laissée dans la sélection du panel d'experts. La pluridisciplinarité fait partie des forces de cette étude, car la transversalité de cette question ne permet pas de se limiter au seul domaine de la médecine générale (183). La confrontation de différentes approches a été la richesse de cet échange entre experts. En effet, c'est par une action menée conjointement par tous les professionnels de la santé et de l'enfance qu'une sensibilisation des parents et des enfants pourra se faire autour de cette problématique.

4.2.1.3. Concernant l'applicabilité en soins primaires

En se référant au référentiel des bonnes pratiques de l'INPES (135), ainsi qu'aux travaux menés précédemment par l'équipe de recherche, les critères d'applicabilité d'un questionnaire en soins primaires sont :

- un maximum de 10 questions,
- une cohérence avec les besoins des médecins généralistes,
- pas d'effet négatif ou culpabilisant ou de jugement suscité par l'outil, mais plutôt l'ouverture d'une interaction,
- et un guide d'utilisation avec explication des consignes et modalités d'utilisation.

Ces 4 critères sont remplis par l'outil final auquel a abouti cette ronde Delphi.

Parmi les freins concernant l'intégration de pratiques cliniques préventives dans la consultation de médecine générale, le "manque de temps" vient au premier plan, suivi par "l'absence de consensus dans les guides de pratiques", puis "la multitude des demandes en consultation", et enfin "l'incompréhension des parents", "le manque d'intérêt", "la peur d'être intrusif" ou de "culpabiliser les parents"... (100,184). Ce support, par son côté synthétique, vient donc tenter de pallier ce manque en répondant aux contraintes, notamment de temps, du cadre de la consultation. Une attention toute particulière a été portée à la formulation des questions pour éviter de prendre un ton culpabilisant, mais permettre une ouverture du dialogue. En dehors de la simple problématique du manque de temps, on peut souligner l'intérêt d'une consultation longue, mieux rémunérée, de suivi et de prévention, permettant d'aborder tous les axes de prévention en pédiatrie (alimentation, activité physique, sommeil...), afin d'être en mesure d'assurer la mission de prévention individuelle et collective du médecin généraliste.

4.2.1.4. Concernant le format RPIB de l'outil proposé

Plusieurs travaux de thèse suggèrent une modification des comportements des enfants après une intervention brève (information, citation des recommandations) auprès des parents et enfants en consultation : réduction de la durée d'exposition quotidienne aux écrans, de l'usage des écrans pendant

le repas et avant le coucher (105,185). Le format du RPIB semble être approprié et efficace pour ce type de travail de prévention.

Voici les critères remplis par le questionnaire final concernant les objectifs d'une intervention brève : l'évaluation et l'information sur les risques personnels, l'évaluation de la motivation, la possibilité donnée de réévaluer dans une autre consultation, puis l'orientation vers un site de fiches de conseils.

Ce questionnaire de repérage précoce, basé sur le principe du "Où ?", "Quand ?", "Comment ?", présente l'avantage d'être facilement mémorisable, et rapide à mettre en œuvre.

Par ailleurs, la liste des signes d'alerte donnée est également un point fort de cet outil, permettant un rapide rappel aux professionnels des drapeaux rouges à garder en tête et à rechercher lors de la consultation.

4.2.2.Limites

4.2.2.1. Concernant la ronde Delphi

Cette technique est lourde et fastidieuse, aussi bien pour les experts que pour les analystes. La participation a toutefois été constante et l'implication réelle. Des réponses riches et variées ont été obtenues, ainsi que de nombreux commentaires, dont la réponse restait facultative. Parmi les gros inconvénients de cette méthode, on relève principalement le fait qu'elle ne tient que peu compte des avis extrêmes. Le temps a toutefois été pris de contacter les experts individuellement pour échanger en cas de franche divergence, notamment dans le cadre de la dernière ronde. Dans les réponses données, il a parfois été difficile de distinguer les remarques concernant la formulation de l'item d'une part et le contenu de celui-ci d'autre part. Pour la partie d'analyse des résultats, une part intuitive s'intègre, principalement concernant le travail de reformulation des questions. Il a fallu à chaque fois trouver une solution consensuelle entre l'équipe de recherche et les différentes suggestions des experts, limitant ainsi un biais d'interprétation potentiel.

4.2.2.2. Concernant le groupe d'experts

La sélection des experts peut comporter un biais, car elle a été faite en partie en partant d'un réseau de connaissances du groupe de recherche, selon leur affinité pour cette problématique des écrans. Ainsi,

leur niveau d'expertise n'a pas toujours pu être correctement jaugé au préalable. Il n'y a en revanche pas eu d'échange direct entre les différents experts, ceux-ci ne travaillant pas au même endroit et ne se connaissant pas forcément entre eux, préservant ainsi l'objectivité de leurs contributions respectives.

4.2.2.3. Concernant le format RPIB de l'outil proposé

Le questionnaire final ne remplit pas les missions suivantes de l'intervention brève : l'identification des représentations et des attentes du patient, l'échange sur les bénéfices personnels de l'arrêt ou de la réduction de la consommation, l'explication des méthodes utilisables pour parvenir à une réduction ou un arrêt. Ce sont des éléments à prendre en compte lorsque l'outil sera évalué en vue de sa validation.

4.2.2.4. Concernant la pratique

Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique du patient appartiennent aux missions des médecins généralistes (186). Le champ de l'éducation pour la santé est très vaste, abordant aussi bien la sexualité, la parentalité, l'alimentation, l'activité physique, les risques au travail, que l'utilisation des écrans. D'après le Baromètre santé de 2009, le rôle de prévention est considéré comme particulièrement important pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardio-vasculaire ou bien le tabagisme : plus de 99 % des médecins déclarent que la prévention dans ces domaines fait partie de leur rôle (187). Cette facilité à aborder certains sujets semble en revanche moindre lorsqu'il s'agit d'un sujet perçu comme touchant à l'intime, lorsque le médecin peut craindre d'être intrusif ou pas assez « outillé » pour une prise en charge comportant une dimension éducative importante (188). Pour la thématique des écrans, il s'agit notamment d'un manque de temps, manque de recommandations officielles, un manque d'information, l'accueil négatif des parents, et le manque d'outils pratiques (39-41, 46-48). L'outil proposé répond donc à ce dernier point en permettant à l'aide de ce questionnaire d'ouvrir le dialogue. Les ressources d'information et de conseils aux parents sont liées au document. Toutefois, le manque de formation mériterait à être pallié, comme le soulignent les thèses du Dr Porée et du Dr Freund, que ce soit par un item supplémentaire au cours du 2ème cycle de formation, ou lors du DES de médecine générale ou de pédiatrie, ou encore dans le cadre de congrès

ou de la formation médicale continue (184,189). L'augmentation du niveau de connaissance est évidemment associée à une meilleure prévention.

4.3.Perspectives

L'outil final, issu de cette ronde Delphi, reste perfectible. Il s'agit d'un support de base permettant d'aborder la question des écrans en soins primaires. L'exhaustivité des champs à évaluer sur cette problématique est impossible à atteindre au sein d'une consultation de médecine générale.

Comme sa notice l'indique, l'outil de repérage précoce est fait pour s'intégrer dans une consultation de médecine générale tout venant chez les enfants de 0 à 18 ans. Il est souligné que dans le cadre d'un motif aigu où l'état général de l'enfant est altéré ou les inquiétudes des parents au premier plan, il ne sera pas opportun de l'appliquer. Il s'agit ainsi de l'utiliser dans un climat calme et ouvert dénué de culpabilisation ou de jugement, où les informations à délivrer aux parents et enfants ne sont pas trop nombreuses pour rester pertinentes. A titre d'exemple, une consultation de suivi, une consultation pour un renouvellement de licence sportive ou un vaccin s'y prête tout à fait. Aussi, une consultation pour un motif comme des troubles du sommeil, des troubles alimentaires ou anxieux est également favorable, sachant que ces troubles peuvent être directement liés. De la même manière, cela peut se faire de façon opportune, devant un enfant qui utilise l'écran pendant la consultation. Par extension, cet outil semblerait intéressant à utiliser dans d'autres cadres tels que : les bilans en école maternelle de la PMI, les consultations d'orthophonie ou de psychomotricité, les entretiens de pédo-psychothérapie, etc. D'ailleurs, à ce titre, une coopération entre professionnels semblerait intéressante pour augmenter l'impact sur la modification des comportements.

Si le repérage précoce peut sembler facilement applicable, la consultation dédiée soulève d'autres questions. Elle ne s'adresse qu'aux enfants pour lesquels un usage problématique des écrans a été mis en lumière mais comment les faire revenir en consultation pour ce motif ? Comment faire comprendre l'importance et les enjeux de cette thématique sur la santé et le bien-être de l'enfant ?

Comme on a pu le voir en introduction, de nombreuses études ont montré que le médecin généraliste a une place de choix dans la médecine de prévention (44,74,106) tant par ce lien de confiance qui l'unit

aux familles qu'il suit que par la place qu'il tient dans les imaginaires et par conséquent de l'impact qu'il peut avoir.

On pourrait dire aux familles "Aujourd'hui, on a pu déceler que l'usage des écrans est problématique chez votre enfant. C'est important à suivre pour que celui-ci puisse conserver une bonne santé. Je souhaiterais donc le revoir dans 1 mois pour refaire le point et discuter de ce qui a pu être mis en place. Ce sera aussi l'occasion de revoir des choses que nous n'avons pas pu aborder aujourd'hui".

L'outil de consultation dédiée le mentionne : il sert simplement de base de discussion, sans nécessairement être utilisé de façon exhaustive. Il doit permettre d'arriver à établir avec la famille des objectifs atteignables avec des conseils qui permettent d'y arriver. Il reste à l'appréciation de chaque professionnel de s'en emparer comme il le souhaite.

Par ailleurs, grâce aux retours des experts, une liste de ressources a pu être établie pour approfondir que ce soit à destinations des enfants, des parents comme des professionnels. Cette liste est intéressante par la multiplicité des questions qu'elles ciblent, par les différences de format et de public à qui elles s'adressent.

Il serait évidemment intéressant de faire relire cet outil par d'autres experts de la question des écrans chez les enfants. Ensuite, il serait pertinent de l'évaluer : d'un point de vue de sa praticité en consultation, puis de son impact sur les habitudes et comportements des parents et des enfants. Cela pourra éventuellement donner lieu à un travail complémentaire de recherche.

Pour compléter la démarche de cet outil de RPIB, l'accord a été demandé au Dr Gauthier Duret, d'intégrer un lien vers ses fiches de conseils, par tranche d'âge, issues de son travail de thèse pour l'élaboration d'un support de prévention. Celles-ci s'intègrent dans la continuité du support, pouvant ainsi être remises en fin de consultation aux parents.

5. CONCLUSION

Le lien de causalité entre une surexposition aux écrans et l'apparition de troubles du développement psychomoteur (langage, attention, mémoire, motricité fine...), troubles somatiques, chute des performances scolaires et manifestations psycho-comportementales (troubles du comportement, de l'humeur, dépendance...) n'est plus à démontrer.

Les médecins généralistes ont un rôle clé dans le repérage précoce et la prévention auprès des familles et des enfants concernant cette question, qui devrait s'intégrer de façon systématique dans une consultation de suivi de l'enfant de 0 à 18 ans. Malgré cette position de première ligne du praticien, ce dernier se retrouve souvent en difficulté dans cette démarche : par manque de temps, d'information, mais surtout de support adapté au format de la consultation de médecine générale.

L'objectif de ce travail est donc de proposer un outil efficace et concis pouvant endosser cette mission sous forme d'un questionnaire de repérage précoce avec la liste des signes d'alerte à repérer, puis la possibilité d'ouvrir ensuite davantage la discussion dans le cadre une consultation dédiée, adaptée à chaque tranche d'âge.

Suite à une revue de la littérature précédemment menée, un panel initial de questions a été sélectionné. Ce dernier a pu évoluer grâce aux quatre tours de cette ronde de Delphi, qui a abordé cette problématique de manière pluridisciplinaire afin d'aboutir de manière rigoureuse et collaborative à un support complet et synthétique, en réponse aux besoins des médecins généralistes, mais aussi de manière plus générale, adapté au recours en soins primaires. Le consensus a mené à un questionnaire qui aborde premièrement le repérage précoce, avec une liste des signaux d'alerte à pointer et dans un second temps une trame de consultation dédiée aux écrans, si cela est jugé nécessaire par le professionnel.

Cet outil sera diffusé par le biais des réseaux de PMI 67 et 68, le CDOM 67 et 68, le site internet <https://app.kitmedical.fr/> afin de le rendre visible et accessible par tous les praticiens soucieux d'intégrer cette thématique dans leur pratique. Les modalités exactes de diffusion restent encore en discussion avec certains de nos experts au moment de la rédaction de cet écrit.

A posteriori, il serait intéressant de rendre cet outil accessible au plus grand nombre, puis d'évaluer l'efficacité et la pertinence de ce document auprès des médecins généralistes dans leur pratique, afin de juger de sa praticité mais aussi de l'impact qu'il peut laisser auprès de la patientèle concernée, aussi bien parents qu'enfants.

ANNEXES**ANNEXES ARTICLE 1****Annexe 1 : Stratégie de recherche bibliographique, résultats en date du 6/12/2021**

Bases de recherche	Equations de recherche	Nombre de résultats	Doublons	Nb de références
Pubmed Critères : - Full text - Age : Child: birth-18 years; Newborn: birth-1 month; Infant: birth-23 months; Infant: 1-23 months; Preschool Child: 2-5 years; Child: 6-12 years; Adolescent: 13-18 years	(Screen time) AND (media) AND ((screening questionnaire) OR (guideline)) AND (overuse prevention) AND ((child) OR (adolescent) OR toddler))	0	7	139
	((media[Title]) OR (computer[Title]) OR (smartphone[Title]) OR (videogame[Title]) OR (gaming[Title])) AND ((scale[Title]) OR (questionnaire[Title]))	146		
ScienceDirect Critères : - Article type : review article; research articles; practice guidelines	(Screen time) AND (media) AND ((screening questionnaire) OR (guideline)) AND (overuse prevention) AND ((child) OR (adolescent) OR toddler))	105	0	105
Sudoc	enfant* + écran* + prévention + médecin	8	3	21
	surexposition + écran* + enf*	16		
Cairn.info critère : texte intégral accessible	enf* + écran* + surexposition + prévention	78	0	78
Bibliothèque Unistra Catalogue	enfant* + écran* + surexposition	4	2	2
CisMef	enfant* + écran* + prévention + médecin	20	3	17
Google scholar Citations seules décochées	enfant* AND écran* AND médecin * AND prévention surexposition OR "temps passé sur les écrans"	470	10	460
Cochrane Library	(Screen time) AND (media) AND (overuse prevention) AND ((child) OR (adolescent) OR toddler))	1	0	1
Lissa	enfant* + écran* + prévention + médecin	18	0	18
Littérature grise	Sites de sociétés savantes françaises : HAS, SFP, AFPA, SFMG, CSAPA, CSA. ; Sites de sociétés savantes internationales : OMS, AAP, RCPCH, SCP ; Association de professionnels reconnues : association 3-6-9-12.org ; CoSE - collectif surexposition écrans	55	5	50

HAS : Haute autorité de Santé Publique ; SFP : Société Française de Pédiatrie ; AFPA : Association française de pédiatrie ambulatoire ; SFMG : Société française de médecine générale ; CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ; CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel. OMS : Organisation Mondiale de la Santé ; AAP : Autorité Américaine de Pédiatrie ; RCPCH : Royal College of Pediatrics and Child Health ; SCP : Société Canadienne de Pédiatrie

Annexe 2 : PRISMA 2020 Checklist*NA : Non applicable ; “-” : critère manquant*

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	59
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	//
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	60
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	60
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	62-63
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	61-annexe 1
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	annexe 1
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	62
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	62
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	63-65
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	63-64

Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	63-64 Annexe 3
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	64-65
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	65-67
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	63
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	62-63
	13d	If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	NA
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	66-67
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	-
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	-
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	-
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	68
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	-
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	69-79
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	80-81 Annexe 4
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	71-79

Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	80-81
	20b	If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	NA
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	80-81; 83; annexe 5
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	-
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	-
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	-
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	86-87
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	88
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	88
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	89-90
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	61
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	Absence de protocole publié
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	Absence de protocole publié
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	Etude non financée
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	61
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	Article + données annexes disponibles sur le domaine de l'Unistra

Annexe 3 : Cosmin Checklist

N'apparaissent ici que les parties de la grille COSMIN checklist utilisées dans ce travail.

Appendix 2: The COSMIN checklist**Step 1. Evaluated measurement properties in the article**

	internal consistency
	Reliability
	Measurement error
	Content validity
	Structural validity
	Hypotheses testing
	Cross-cultural validity
	Criterion validity
	Responsiveness
	Interpretability

Step 3. Determining if a study meets the standards for good methodological quality**Box A. Internal consistency**

	yes	no	?
1 Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Design requirements			
2 Was the percentage of missing items given?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Was there a description of how missing items were handled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Was the sample size included in the internal consistency analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Was the unidimensionality of the scale checked? i.e. was factor analysis or IRT model applied?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Was the sample size included in the unidimensionality analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Was an internal consistency statistic calculated for each (unidimensional) subscale separately?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Statistical methods			
9 for Classical Test Theory (CTT): Was Cronbach's alpha calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 for dichotomous scores: Was Cronbach's alpha or KR-20 calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 for IRT: Was a goodness of fit statistic at a global level calculated? e.g. χ^2 , reliability coefficient of estimated latent trait value (index of (subject or item) separation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Box B. Reliability: relative measures (including test-retest reliability, inter-rater reliability and intra-rater reliability)
Design requirements
yes no ?

- | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Was the percentage of missing items given? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Was there a description of how missing items were handled? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | Was the sample size included in the analysis adequate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Were at least two measurements available? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | Were the administrations independent? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Was the time interval stated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | Were patients stable in the interim period on the construct to be measured? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Was the time interval appropriate? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Were the test conditions similar for both measurements? e.g. type of administration, environment, instructions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Were there any important flaws in the design or methods of the study? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Statistical methods
yes no NA ?

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 | for continuous scores: Was an intraclass correlation coefficient (ICC) calculated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | for dichotomous/nominal/ordinal scores: Was kappa calculated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | for ordinal scores: Was a weighted kappa calculated? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | for ordinal scores: Was the weighting scheme described? e.g. linear, quadratic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Box C. Measurement error: absolute measures				
<i>Design requirements</i>		yes	no	?
1	Was the percentage of missing items given?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Was there a description of how missing items were handled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Was the sample size included in the analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Were at least two measurements available?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Were the administrations independent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Was the time interval stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Were patients stable in the interim period on the construct to be measured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Was the time interval appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Were the test conditions similar for both measurements? e.g. type of administration, environment, instructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Statistical methods</i>		yes	no	?
11	for CTT: Was the Standard Error of Measurement (SEM), Smallest Detectable Change (SDC) or Limits of Agreement (LoA) calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Box D. Content validity (including face validity)				
<i>General requirements</i>		yes	no	?
1	Was there an assessment of whether all items refer to relevant aspects of the construct to be measured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was there an assessment of whether all items are relevant for the study population? (e.g. age, gender, disease characteristics, country, setting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Was there an assessment of whether all items are relevant for the purpose of the measurement instrument? (discriminative, evaluative, and/or predictive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Was there an assessment of whether all items together comprehensively reflect the construct to be measured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Box E. Structural validity

	yes	no	?
1 Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Design requirements</i>			
2 Was the percentage of missing items given?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Was there a description of how missing items were handled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Was the sample size included in the analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Statistical methods</i>			
6 for CTT: Was exploratory or confirmatory factor analysis performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 for IRT: Were IRT tests for determining the (uni-) dimensionality of the items performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Box H. Criterion validity

	yes	no	?
<i>Design requirements</i>			
1 Was the percentage of missing items given?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Was there a description of how missing items were handled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Was the sample size included in the analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Can the criterion used or employed be considered as a reasonable 'gold standard'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Statistical methods</i>			
6 for continuous scores: Were correlations, or the area under the receiver operating curve calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 for dichotomous scores: Were sensitivity and specificity determined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Step 4: Determining the Generalisability of the results

Box Generalisability box		yes	no	NA
Was the sample in which the HR-PRO instrument was evaluated adequately described? In terms of:				
1	median or mean age (with standard deviation or range)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	distribution of sex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	important disease characteristics (e.g. severity, status, duration) and description of treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	setting(s) in which the study was conducted? e.g. general population, primary care or hospital/rehabilitation care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	countries in which the study was conducted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	language in which the HR-PRO instrument was evaluated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Was the method used to select patients adequately described? e.g. convenience, consecutive, or random	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		yes	no	?
8	Was the percentage of missing responses (response rate) acceptable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 6 : Liste des questions couvrant la problématique du mésusage des écrans

Contexte d'utilisation	
	1 - A partir de quel âge votre enfant a-t-il été exposé aux écrans ?
	2 - Combien d'écrans possédez-vous à la maison ?
	3 - Quels types d'écrans possédez-vous à la maison ?
	4 - Votre enfant a-t-il son propre écran ?
	5 - A quel âge votre enfant a-t-il eu son propre écran ?
	6 - D'après vous, le temps passé par votre enfant devant les écrans est-il adapté ou non ?
	7 - Nombre de frères/soeurs et âge ?
	8 - Estimez, vous parent, votre temps moyen passé chaque jour devant les écrans
Consommation	
COMBIEN ?	9 - Pouvez-vous estimer le nombre d'heures d'utilisation des écrans par votre enfant par jour ? Par type
OU?	10 - Votre enfant a-t-il un ou des écrans dans sa chambre ?
	11 - Y a-t-il des écrans allumés ou accessibles dans le milieu de garde ou scolaire de votre enfant ?
QUAND?	12 - Votre enfant regarde-t-il les écrans le matin ?
	13 - Arrive-t-il à votre enfant d'utiliser un écran lorsqu'il n'est pas supposé le faire ? (cours, situations dangereuses telles que conduite vélo, passage piéton, etc.)
	14 - Votre enfant regarde-t-il des écrans pendant les repas ?
	15 - Votre enfant regarde-t-il des écrans dans les 2h qui précèdent le coucher ?
COMMENT?	16 - Votre famille s'est-elle dotée de règles ou de directives relatives à l'utilisation des écrans ?
	17 - Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
	18 - Vous arrive-t-il de laisser votre télé allumée en permanence (ou presque), même quand personne ne la regarde ?
	19 - Est-ce que vous regardez régulièrement des écrans en famille ?
	20 - Les moments devant les écrans sont-ils l'occasion d'échanges avec votre enfant ?
	21 - Arrive-t-il que votre enfant utilise plusieurs écrans à la fois ?
	22 - Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ?
	23 - Vous arrive-t-il d'utiliser les écrans pour calmer, faire patienter ou récompenser votre enfant ?
QUOI?	24 - Quel est le contenu auquel votre enfant est exposé ? (divertissements, programmes éducatifs, programmes non destinés à sa tranche d'âge, émissions commerciales, réseaux sociaux, jeux vidéos)
	25 - Le contenu auquel votre enfant est exposé correspond-il à sa tranche d'âge ?
Connaissance sur les écrans	
	26 - Pensez-vous que l'utilisation des écrans a des effets sur : éveil/apprentissage ?
	27 - Pensez-vous que l'utilisation des écrans a des effets sur : calmer votre enfant ?
	28 - Pensez-vous que l'utilisation des écrans a des effets sur son attention/concentration ?
	29 - Pensez-vous que l'utilisation des écrans a des effets sur sa créativité ?
	30 - Pensez-vous que l'utilisation des écrans a des effets sur sa préparation au monde de demain ?
	31 - Quels sont selon-vous les bénéfices potentiels d'une utilisation des écrans ?
	32 - Quels sont selon vous les risques potentiels d'une utilisation des écrans ?

Conséquences	
RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES	33 - A la maison, les écrans sont plutôt source : échange/tranquillité/tension/solitude ?
	34 - As-tu régulièrement des remarques de la part de ton entourage sur ton temps d'écran trop important ?
	35 - Votre enfant a-t'il déjà ignoré son entourage pour pouvoir passer du temps sur les écrans ?
	36 - As-tu déjà pris le risque de perdre une amitié ou une relation à cause des écrans ?
	37 - Penses-tu que tes amis sur les réseaux sociaux sont plus proches et te comprennent mieux que ceux de la "vraie vie" ?
	38 - Est-ce que vous même ou d'autres personnes ont tenté de réduire votre temps de jeux ou votre temps d'écran sans succès ?
	39 - Arrive-t-il à votre enfant de cacher son temps d'utilisation d'écrans ou le contenu regardé ? (auprès de la famille, amis ou autres)
	40 - Est-ce que perdre ton téléphone serait aussi douloureux que perdre un ami ?
DÉPENDANCE	41 - Est-ce difficile pour mon enfant d'arrêter d'utiliser les écrans ?
	42 - Les écrans semblent-ils être les seules choses qui motivent mon enfant ?
	43 - Est-ce que le temps passé ou souhaité devant les écrans augmente continuellement pour obtenir la même satisfaction ?
	44 - As-tu déjà négligé d'autres activités importantes (sociale, école, travail, sport, sommeil) pour jouer aux jeux vidéos ou passer du temps sur écran ?
	45 - As-tu ressenti une perte d'intérêt pour les activités autres que les écrans ?
	46 - Penses-tu être devenu "accro" aux écrans ?
	47 - Est-ce que malgré des répercussions négatives clairement identifiées (résultats scolaires, somnolence diurne, etc.) sur son quotidien, votre enfant continue de passer du temps sur les écrans ?
	48 - Te sens-tu rassuré par le fait d'avoir un écran avec toi pour le coucher ?
	49 - T'es-tu déjà dit que ton usage actuel des écrans t'aurait paru excessif par le passé ?
	50 - T'arrive-t-il de rester sur un écran beaucoup plus longtemps que tu en avais l'intention au départ ?
	51 - Penses-tu qu'il soit possible de réduire ton utilisation des écrans sans l'aide de ton entourage ?
	52 - Passes-tu du temps sur les écrans, autant que tu en as la possibilité ?
	53 - Dirais-tu que tu regardes très régulièrement ton téléphone pour être sûr de ne pas manquer une conversation ou une notification ?
TROUBLES DE L'HUMEUR	54 - Mon enfant se sent-il mal/frustré/triste/irritable/anxieux/déprimé/en colère quand il ne peut pas utiliser les écrans ou quand il est dérangé dans cette activité ?
	55 - T'arrive-t-il de penser que la vie sans écran serait ennuyeuse, vide ou sans joie ?
	56 - Te sens-tu nerveux, anxieux si personne ne réagit à ton contenu posté en ligne, ou si tu ne reçois pas de messages ni d'appels pendant un moment ?
TROUBLES DE L'ATTENTION	57 - Vous arrive-t-il d'utiliser les écrans pour oublier la vie réelle/les soucis du quotidien/pour vous sentir mieux /pour vous calmer ?
	58 - Avez-vous pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ou à un écran ?
	59 - As-tu des difficultés à te concentrer à cause de pensées envahissantes liées aux écrans ?
	60 - Lorsque tu n'es pas sur un écran, t'arrive-t-il d'y penser activement ou rêver d'y être ?
	61 - Vous arrive-t-il de passer du temps d'abord sur les écrans alors que vos devoirs ou la révision d'un examen est nécessaire voire urgente ?

PERFORMANCES SCOLAIRES	62 - Vous arrive-t-il de regarder d'abord votre messagerie ou un écran avant d'accomplir une chose nécessaire et urgente ?
	63 - Arrive-t-il que vos performances au travail (devoirs, résultats scolaires) souffrent à cause des écrans ?
TROUBLES SOMATIQUES	64 - T'est-il déjà arrivé de ressentir un inconfort physique (troubles visuels, maux de tête, douleur dans le dos, le cou, etc.) lié à une utilisation prolongée des écrans ?
	65 - Quand cela arrive, malgré cet inconfort je continue mon utilisation ?

ANNEXES ARTICLE 2

Annexe 7 : Avis comité d'éthique

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 15 juin 2021

Dr Chevriaux, Dr Pinaud, Dr Régnier, Dr Berthou et Dr Chambe
HUS

Jean SIBILLA
Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KALPSOWICZ
RHQ
Tel : (33) 03 88 35 08 70
anne.marie.kalpsowicz@univ-
strasbourg.fr

Référence : CE-2021-70

Chères collègues

Heures d'ouverture :
- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée «Prévention par les médecins généralistes, d'une surexposition aux écrans : élaboration, après revue de la littérature scientifique, et à l'aide d'une Ronde Delphi, d'un outil de dépistage et d'information pour une intervention minimale en consultation chez les enfants de 0 à 10 ans».

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et réglementaires.

Pr François Clauss



Faculté de médecine
Secrétariat Général
K. rue Kœnigshagen
F-67083 Strasbourg Cedex
Tel : (33) 03 88 35 34 98
Fax : (33) 03 88 35 34 34
www.univ-strasbourg.fr
medecine@atm.univ-strasbourg.fr

Annexe 8 : Questionnaire Ronde delphi n°1

QUESTIONNAIRE

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le repérage précoce accompagné d'une intervention brève (IBP) constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

D'après nos définitions, le repérage précoce (RP) permet d'identifier dans un premier temps :

- 1- les consommations,
- 2- les risques.

Les objectifs d'une intervention brève (IB) qui se déroule en 5 à 10 minutes sont :

- réaliser les repérages de consommations et des risques personnels et situationnels,
- échanger sur les risques de la consommation et les bénéfices personnels de la réduction de la consommation,
- échanger sur les méthodes utilisées pour réduire la consommation, proposer des objectifs,
- remettre une fiche ou orienter vers un site, une application, une association, d'autres professionnels...

Ainsi, votre mission, si vous l'acceptez serait d'élaborer une ossature :

- 1- un outil de repérage précoce (RP) : suffisamment simple et court pour être mémorisable (afin d'être un support de rappel et utilisable de façon systématique sur un temps limité (soit 3-4 questions maximum) lors d'une consultation de médecine générale tout venant, chez l'enfant de 9 à 18 ans ; pour celui-ci, il faudrait dans un premier temps choisir uniquement des questions fermées. Ce premier outil, composé de questions communes à toutes les tranches d'âge, serait passé rapidement dans un premier temps de repérage précoce probatoire chez l'enfant et de programmation de ses réponses d'impulsion, une seconde consultation dédiée à la thématique des écrans ;
- 2- un outil d'intervention brève (IB) : celui-ci sera donc utilisé lors d'une consultation dédiée (CD) à la thématique des écrans, avec des questions ciblées selon la tranche d'âge. Le temps dédié pour cet outil sera d'une quinzaine de minutes maximum (à durée variable de consultation étant comprise de 15 minutes). Ce support doit pouvoir permettre d'aider le dialogue avec parents et enfants, de discuter des dangers, des risques, avec une écoute bienveillante, de poser des objectifs pour le présent et ses parents, d'apporter des conseils pour réduire la consommation et de proposer un suivi, avec une orientation spécialisée (avec les questions ouvertes).

QUESTIONNAIRE

Partie A: Comité d'utilisation

A.1. Ces questions traitent le système d'utilisation des écrans.

Noter le pourcentage de chaque question proposée (avec 1 ou 2 dans le sens satisfaisant / à améliorer) :

	1	2	3	4	5
1- A partir de quel âge vous estimez-vous être capable de repérer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Comment évaluer la consommation chez l'enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Quel type d'écrits privilégieriez-vous à l'écrit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Préférez-vous un écrit commun à tous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- A quel âge vous estimez-vous être capable de repérer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Proposer des questions ciblées selon la tranche d'âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Proposer des questions communes à toutes les tranches d'âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Choisir des questions communes à toutes les tranches d'âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.2.

Travaillez-vous les questions proposées soit en repérage précoce, soit en consultation dédiée (CD) ou les deux ?

Classer la question en vous rendant plus spécifique pour le RP ou en cochant "N/A" (non applicable).

Préciser dans le cadre de la consultation dédiée, utiliser les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être utilisée dans plusieurs tranches d'âge.

3- A partir de quel âge vous estimez-vous être capable de repérer ?

Tranche d'âge	1	2	3	4	5
12-14 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-17 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-21 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22-24 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A3.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

3 - Combien d'événements pensez-vous à la maison ?

Reponse prévue	
CD 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

A4.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.


Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

3 - Quels types d'événements pensez-vous à la maison ?

Reponse prévue	
CD 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



A5.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

4 - Votre enfant a-t-il une pensée noire ?

Reponse prévue	
CD 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

A6.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

3 - A quel âge votre enfant a-t-il eu une pensée noire ?

Reponse prévue	
CD 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



AJ

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

E - D'après vous, le temps passé par votre enfant devant les écrans est-il adapté ou non ?

Réponse possible :
 CD - 0-3 ans
 CD - 3-6 ans
 CD - 6-11 ans
 CD - 11-18 ans
 Inadapté

AK

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.


Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

T - Continuez avec vous d'exposer à la violence et quel âge avez-vous ?

Réponse possible :
 CD - 0-3 ans
 CD - 3-6 ans
 CD - 6-11 ans
 CD - 11-18 ans
 Inadapté



AK

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourez la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

E - Pensez-vous utiliser, tous jours, votre temps passé passé chaque jour devant les écrans ?

Réponse possible :
 CD - 0-3 ans
 CD - 3-6 ans
 CD - 6-11 ans
 CD - 11-18 ans
 Inadapté

AKK Y a-t-il d'autres questions que vous souhaiteriez proposer pour cette enquête concernant le contexte d'utilisation ?

Préciser les questions prioritaires, avec-tout des commentaires ? (formulation, etc.)

Partie B: Communauté

BL Ces questions évaluent la communauté.

Noter la pertinence de chaque question proposée entre 1 et 5, 1 dans le moins satisfaisant et 5 le plus satisfaisant :

1 - Pensez-vous avoir le soutien d'un adulte pour vous aider ?

2 - Avez-vous accès à un ordinateur personnel ?

3 - Avez-vous accès à un ordinateur personnel dans votre école ?

4 - Avez-vous accès à Internet ?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



83.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

12 - Votre enfant regarderait-il les écrans le matin ?

Réponse attendue

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

84.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

13 - Avez-vous déjà vu votre enfant d'utiliser un écran tactile ? (et pas uniquement le téléphone ?) (autres situations dangereuses telles que regarder à l'écran, passage premier, etc.)

Réponse attendue

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



85.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

14 - Votre enfant regarderait-il des vidéos pendant les repas ?

Réponse attendue

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

86.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Pliez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

15 - Votre enfant regarderait-il des vidéos dans les 2h qui précèdent le coucher ?

Réponse attendue

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-12 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



80.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage priorisé, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

16 - Votre famille s'intéresse à des signes ou de difficultés relatives à l'utilisation des écrans ?

Repérage priorisé

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

81.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage priorisé, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Placez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

17 - Votre enfant regarde-t-il des vidéos ?

Repérage priorisé

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



82.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage priorisé, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

18 - Votre enfant-il de laisser votre téléphone personnel ou regarder ?

Repérage priorisé

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

83.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage priorisé, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Placez dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

19 - En ce qui vous regarde également des signes ou vidéos ?

Repérage priorisé

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



B13.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

26 - Êtes-vous devant les écrans avec des personnes d'échanges avec votre enfant ?

Réponse premier

CD - 4-7 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 8-10 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-13 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 14-17 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 18-20 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

B14.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

27 - Arrive-t-il que votre enfant utilise plusieurs écrans à la fois ?

Réponse premier

CD - 4-7 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 8-10 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-13 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 14-17 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 18-20 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



B15.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

22 - Combien vous êtes téléphons à votre enfant ?

Réponse premier

CD - 4-7 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 8-10 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-13 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 14-17 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 18-20 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

B16.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant premier, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

23 - Vous arrive-t-il d'utiliser les écrans pour votre travail, votre formation ou accompagner votre enfant ?

Réponse premier

CD - 4-7 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 8-10 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-13 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 14-17 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 18-20 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



B17.

Vous êtes classer les questions proposées soit enregistreur personnel, soit en consultation d'écran (C.D), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RDTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation d'écran, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs votre tranches les tranches d'âge.

24 - Quel est le contenu auquel votre enfant est exposé ?
 (télévision, programmes éducatifs, programmes non destinés à sa tranche d'âge, émissions commerciales, réseaux sociaux, jeux vidéo)

Réponses possibles :
 CD - 0-3 ans
 CD - 4-6 ans
 CD - 6-12 ans
 CD - 12-18 ans
 Inadapté

B18.

Vous êtes classer les questions proposées soit enregistreur personnel, soit en consultation d'écran (C.D), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RDTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation d'écran, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs votre tranches les tranches d'âge.

25 - Le contenu auquel votre enfant est exposé correspond-il à sa tranche d'âge ?

Réponses possibles :
 CD - 0-3 ans
 CD - 4-6 ans
 CD - 6-12 ans
 CD - 12-18 ans
 Inadapté



B19. Y a-t-il d'autres questions que vous souhaitez être proposer pour votre enquête concernant la consultation ?

Puis les questions prioritaires, avec vous des commentaires ?
 (Formulation, etc.)

Partie C: Connaissances sur les écrans

C1. Ces questions évaluent les connaissances sur les écrans.

Noter la pertinence de chaque question proposée entre 1 et 5, 1 étant le moins satisfaisant et 5 le plus satisfaisant :

6 - Proposez-vous l'utilisation des écrans à des fins éducatives ?

21 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets positifs ?

26 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets négatifs ?

25 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets mixtes ?

30 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets mixtes ?

3 - Quels sont selon vous les meilleurs paramètres d'exposition ?

22 - Quels sont selon vous les risques potentiels d'une exposition ?

	1	2	3	4	5
6 - Proposez-vous l'utilisation des écrans à des fins éducatives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets positifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets négatifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets mixtes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets mixtes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Quels sont selon vous les meilleurs paramètres d'exposition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Quels sont selon vous les risques potentiels d'une exposition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2.

Vous êtes classer les questions proposées soit enregistreur personnel, soit en consultation d'écran (C.D), soit les deux.


Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RDTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation d'écran, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs votre tranches les tranches d'âge.

26 - Fournir-vous que l'utilisation des écrans a des effets sur l'apprentissage de votre enfant ?

Apprentissage



02.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage personnel, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation dédiée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

22 - À la maison, les parents ont-ils plutôt accès d'échanges, de tranquillité, de soutien ou de solitude ?

Repérage personnel

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 4-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

03.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage personnel, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Pliez dans le cadre de la consultation dédiée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

23 - Au vu régulièrement des messages de la part de son entourage sur les temps d'écran ?

Repérage personnel

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 4-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



04.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage personnel, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation dédiée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

24 - Votre enfant a-t-il déjà ignoré son entourage pour passer plus de temps sur les écrans ?

Repérage personnel

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 4-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

05.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage personnel, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation dédiée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

25 - Au vu de la part de charge de prendre soin d'elle ou avec relation à cause des écrans ?

Repérage personnel

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 4-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 12-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



FR

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

27 - Pensez-vous que les outils ou les réseaux sociaux sont plus proches de la conceptionnalité infantile que ceux de la "vraie vie" ?

Réponse possible :

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

FR

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

28 - En ce qui concerne vous-même ou d'autres personnes que vous connaissez, pensez-vous que :

Réponse possible :

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



FR

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

28 - Arrive-t-il à votre enfant de cacher son temps d'utilisation d'un objet ou la caméra regardé ? (auprès de la famille, autre personne)

Réponse possible :

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

FR

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

28 - En ce qui concerne vos téléphone ou vos tablettes, pensez-vous que :

Réponse possible :

CD - 0-3 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 3-6 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 6-11 ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-18 ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>


 120-4-17 ans
 120-4-18 ans
 Inédit

118. Voulez-vous d'autres questions que vous souhaitez proposer pour cette enquête concernant les relations familiales et sociales ?

Pour les questions précédentes, avez-vous des commentaires ?
(formulations, etc.)

Partie E2: Consequences - troubles de l'humeur

E2. Ces questions traitent les conséquences sur les troubles de l'humeur.

Sur la pertinence de chaque question proposée entre A et X, il faut répondre uniquement, à la plus adéquante :

14 - Mémoire si vous n'avez jamais, jamais, souvent, très souvent, ne peut pas répondre si vous ne savez pas répondre

15 - Trouble d'attention si vous n'avez jamais, jamais, souvent, très souvent, ne peut pas répondre si vous ne savez pas répondre

16 - Trouble de sommeil si vous n'avez jamais, jamais, souvent, très souvent, ne peut pas répondre si vous ne savez pas répondre

17 - Vous sentez-vous fatigué(e) si vous n'avez jamais, jamais, souvent, très souvent, ne peut pas répondre si vous ne savez pas répondre

E3.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage prioritaire, soit en consultation défilée (CD), soit les deux.

Cochez la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapte".

Puis dans le cadre de la consultation défilée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs tranches d'âge.

18 - Vous sentez-vous fatigué(e) si vous n'avez jamais, jamais, souvent, très souvent, ne peut pas répondre si vous ne savez pas répondre

Réponses possibles :
 CD - 4-17 ans
 CD - 18-24 ans
 CD - 25-34 ans
 CD - 35-44 ans
 CD - 45-54 ans
 Inédit


 120-4-17 ans
 120-4-18 ans
 Inédit

E3.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage prioritaire, soit en consultation défilée (CD), soit les deux.

Cochez la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapte".

Puis dans le cadre de la consultation défilée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs tranches d'âge.

19 - L'accès à Internet de passer que la vie sans être social est meilleure, elle ne vaut rien ?

Réponses possibles :
 CD - 4-17 ans
 CD - 18-24 ans
 CD - 25-34 ans
 CD - 35-44 ans
 CD - 45-54 ans
 Inédit

E4.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage prioritaire, soit en consultation défilée (CD), soit les deux.


Cochez la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapte".

Puis dans le cadre de la consultation défilée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs tranches d'âge.

20 - Le manque de contacts de personnes ne réglé à son contenu peut se régler ou si tu ne reçois pas de message ni d'appel pendant un moment ?

Réponses possibles :
 CD - 4-17 ans
 CD - 18-24 ans
 CD - 25-34 ans
 CD - 35-44 ans
 CD - 45-54 ans
 Inédit



E1.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage prioritaire, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Marquez la question ou vous semblez plus appropriée pour le RPIR, veuillez cocher "Insérer".

Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

E1 - Vous arrive-t-il d'afficher les écrans pour utiliser la clé virtuelle, les modes de navigation, pour vous sentir mieux ou pour vous calmer ?

Réponses possibles :
 CD - 6-11 ans
 CD - 12-17 ans
 CD - 18-21 ans
 CD - 22-29 ans
 Insérer

E2.

Y'a-t-il d'autres questions que vous souhaiteriez proposer pour cette campagne concernant les connaissances sur les troubles de l'attention ?

Parmi les questions prioritaires, avez-vous des commentaires ? (formulation, etc.)

Partie F) Conclusions - Troubles de l'attention

F1. Ces questions traitent les connaissances sur les troubles de l'attention.

Noter la pertinence de chaque question proposée entre 1 et 5, 1 étant la moins satisfaisante et 5 la plus satisfaisante :

F1 - Avez-vous pensé à la demande de faire des temps de jeu : 1 2 3 4 5
 F1 - Avez-vous réfléchi aux connaissances à avoir de parents : 1 2 3 4 5
 F1 - Avez-vous réfléchi aux connaissances à avoir de professionnels : 1 2 3 4 5



E1.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage prioritaire, soit en consultation différée (CD), soit les deux.

Marquez la question ou vous semblez plus appropriée pour le RPIR, veuillez cocher "Insérer".

Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

E1 - Vous arrive-t-il de passer du temps à passer du temps sur un écran ?

Réponses possibles :
 CD - 6-11 ans
 CD - 12-17 ans
 CD - 18-21 ans
 CD - 22-29 ans
 Insérer

E2.

Veuillez classer les questions proposées soit en repérage prioritaire, soit en consultation différée (CD), soit les deux.


Marquez la question ou vous semblez plus appropriée pour le RPIR, veuillez cocher "Insérer".

Puis dans le cadre de la consultation différée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

E2 - Avez-vous des difficultés à te concentrer à cause de problèmes académiques liés aux écrans ?

Réponses possibles :
 CD - 6-11 ans
 CD - 12-17 ans
 CD - 18-21 ans
 CD - 22-29 ans
 Insérer



G2.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

42 - Quel défi(e) posez-vous pour votre enfant d'arrêter d'utiliser les écrans ?

Reprendre précision :

CD - 6-12 ans

CD - 13-18 ans

CD - 19-24 ans

CD - 25-30 ans

CD - 31-35 ans

Inadapté

G3.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

43 - Les écrans contribuent-ils être la seule chose qui rend votre enfant ?

Reprendre précision :

CD - 6-12 ans

CD - 13-18 ans

CD - 19-24 ans

CD - 25-30 ans

CD - 31-35 ans

Inadapté



G4.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

43 - Est-ce que le temps passé en médiation devant les écrans augmente votre bien-être pour atteindre le même satisfaction ?

Reprendre précision :

CD - 6-12 ans

CD - 13-18 ans

CD - 19-24 ans

CD - 25-30 ans

CD - 31-35 ans

Inadapté

G5.

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez peu appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Pliez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

44 - Au vu de la réalité d'usage de médias numériques (vidéo, musique, jeux, réseaux) pour passer du temps sur un écran ?

Reprendre précision :

CD - 6-12 ans

CD - 13-18 ans

CD - 19-24 ans

CD - 25-30 ans

CD - 31-35 ans

Inadapté



CA.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant pincées, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

ET : Au fil du temps, une partie d'intérêt pour les activités aérées que les femmes ?

Réponses possibles :

CD - 0-10ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-20ans	<input type="checkbox"/>
CD - 21-30ans	<input type="checkbox"/>
CD - 31-40ans	<input type="checkbox"/>
CD - 41-50ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

CT.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant pincées, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

ET : Pourquoi les deux derniers "aérés" ont-ils été ?

Réponses possibles :

CD - 0-10ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-20ans	<input type="checkbox"/>
CD - 21-30ans	<input type="checkbox"/>
CD - 31-40ans	<input type="checkbox"/>
CD - 41-50ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



CA.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant pincées, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

ET : Est-ce que vous avez des représentations négatives d'ailleurs. Identifiez (situation vécues, contraintes diverses, etc.) une ou deux questions, votre objectif est d'être le plus précis possible sur les raisons ?

Réponses possibles :

CD - 0-10ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-20ans	<input type="checkbox"/>
CD - 21-30ans	<input type="checkbox"/>
CD - 31-40ans	<input type="checkbox"/>
CD - 41-50ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>

CA.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant pincées, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Lorsque la question ne vous semble pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".


Puis dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

ET : Et pourquoi n'avez-vous pas le fait d'avoir un terrain aéré qui peut le résoudre ?

Réponses possibles :

CD - 0-10ans	<input type="checkbox"/>
CD - 11-20ans	<input type="checkbox"/>
CD - 21-30ans	<input type="checkbox"/>
CD - 31-40ans	<input type="checkbox"/>
CD - 41-50ans	<input type="checkbox"/>
Inadapté	<input type="checkbox"/>



Q10

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation dédiée, attribuer les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

49 : T'es-tu déjà dit que ton image actual les écrans d'adulte paraissait exacte par le point ?

Reprendre précision
 CD - 0-10ans
 CD - 11-15ans
 CD - 16-18ans
 CD - 19-25ans
 CD - 26-35ans
 Inadapté

Q11

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.


Entourer la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation dédiée, attribuer les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

50 : T'arrive-t-il de rester sur un écran beaucoup plus longtemps que la ou avec l'ordinateur ou d'ipad ?

Reprendre précision
 CD - 0-10ans
 CD - 11-15ans
 CD - 16-18ans
 CD - 19-25ans
 CD - 26-35ans
 Inadapté



Q12

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation dédiée, attribuer les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

51 : Pensez-tu qu'il est possible de réaliser une utilisation des écrans sans l'aide de son entourage ?

Reprendre précision
 CD - 0-10ans
 CD - 11-15ans
 CD - 16-18ans
 CD - 19-25ans
 CD - 26-35ans
 Inadapté

Q13

Veuillez classer les questions proposées soit en reprenant précision, soit en consultation dédiée (CD), soit les deux.

Entourer la question ou vous semblez pas appropriée pour le RPTB, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation dédiée, attribuer les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

52 : Pensez-tu de temps sur les écrans, autant que tu en as le possibilité ?

Reprendre précision
 CD - 0-10ans
 CD - 11-15ans
 CD - 16-18ans
 CD - 19-25ans
 CD - 26-35ans
 Inadapté



644.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Étiquetez la question ou ceux considérés non appropriés pour le RFD, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

53 - Diriez-vous que les regards ont régulièrement des impacts pour dire sûr de ne pas manipuler une conversation ou une notification ?

Repiquage petites
 CD - 6-10 ans
 CD - 11-15 ans
 CD - 16-18 ans
 CD - 19-24 ans
 CD - 25-34 ans
 Inadapté

645. Y a-t-il d'autres questions que vous souhaiteriez proposer pour cette catégorie concernant les comportements liés à la notion de *disruption* ?

Pour les questions pertinentes, écrivez des commentaires ? (formulation, etc.)

Partie II: Conséquences - Performances scolaires

64. Ces questions évaluent les conséquences sur les performances scolaires et le travail.

Noter la pertinence de chaque question proposée entre 1 et 5, 1 étant le moins satisfaisant / le plus satisfaisant :

64 - Vous arrive-t-il de regarder votre téléphone ou un écran avant d'accomplir une tâche scolaire ou sportive ?

65 - Arrive-t-il que vos performances au travail scolaire, scolaires scolaires soient à cause des écrans ?

Repiquage petites
 CD - 6-10 ans
 CD - 11-15 ans
 CD - 16-18 ans
 CD - 19-24 ans
 Inadapté



642.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.

Étiquetez la question ou ceux considérés non appropriés pour le RFD, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

63 - Vous arrive-t-il de regarder d'abord votre téléphone ou un écran avant d'accomplir une tâche scolaire ou sportive ?

Repiquage petites
 CD - 6-10 ans
 CD - 11-15 ans
 CD - 16-18 ans
 CD - 19-24 ans
 Inadapté

643.

Veuillez classer les questions proposées soit en repiquant petites, soit en consultation directe (CD), soit les deux.


Étiquetez la question ou ceux considérés non appropriés pour le RFD, veuillez cocher "Inadapté".

Placez dans le cadre de la consultation directe, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs voire toutes les tranches d'âge.

64 - Arrive-t-il que vos performances au travail scolaire, scolaires scolaires soient à cause des écrans ?

Repiquage petites
 CD - 6-10 ans
 CD - 11-15 ans
 CD - 16-18 ans
 CD - 19-24 ans
 Inadapté



44. Y a-t-il d'autres questions que vous souhaiteriez proposer pour cette enquête concernant les connaissances sur les troubles alimentaires ?

Prenez les questions prioritaires, avec tous des commentaires ? (formulations, etc.)

Partie E: Connaissances - Troubles alimentaires

H. Ces questions évaluent les connaissances sur les troubles alimentaires.

Noter la pertinence de chaque question proposée entre 1 et 5, 1 étant la moins satisfaisante, 5 la plus satisfaisante.

H1 - Vous êtes-vous déjà occupé de connaître comment prévenir les troubles alimentaires chez les adolescents ?

H2 - Quel est votre âge, en années, lorsque vous avez commencé ?

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

I.

Vous êtes classer les questions proposées soit en repiquant précoce, soit en consultation dédiée (C.D.) soit les deux.

Entrez la question si vous semblez pas appropriée pour le RPTD, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation dédiée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs tranches d'âge dans les tranches d'âge.

64 - Y a-t-il de la part de connaître ou identifier plusieurs troubles alimentaires, autres de ceux, détailler dans le des, le cas, sur 1 à 5 une utilisation prolongée des tranches ?

Approprié précoce
 0-2 ans
 3-4 ans
 5-12 ans
 13-18 ans
 Inadapté



I.

Vous êtes classer les questions proposées soit en repiquant précoce, soit en consultation dédiée (C.D.) soit les deux.

Entrez la question si vous semblez pas appropriée pour le RPTD, veuillez cocher "Inadapté".

Puis dans le cadre de la consultation dédiée, attribuez les questions à la tranche d'âge qui vous semble la plus appropriée.

NB : une même question peut être incluse dans plusieurs tranches d'âge dans les tranches d'âge.

64 - Y a-t-il de la part de connaître ou identifier plusieurs troubles alimentaires, autres de ceux, détailler dans le des, le cas, sur 1 à 5 une utilisation prolongée des tranches ?

Approprié précoce
 0-2 ans
 3-4 ans
 5-12 ans
 13-18 ans
 Inadapté

45. Y a-t-il d'autres questions que vous souhaiteriez proposer pour cette enquête concernant les connaissances sur les troubles alimentaires ?


Prenez les questions prioritaires, avec tous des commentaires ? (formulations, etc.)

Vous avez maintenant complété tout le document. A travers ce formulaire, vos réponses parviendront directement par mail aux investigatrices.

Merci de votre participation à cette étude !

Amélie Chevalier, Camille Pinaud et Céline Régulier

Annexe 9 : Questionnaire Ronde Delphi n°2



Grâce à vos réponses au précédent questionnaire, une liste de questions pour chaque type de consultation et/ou de tranche d'âge a été établie. Si vous souhaitez avoir plus de détails sur la méthodologie utilisée et les résultats de la première ronde Delphi, vous trouverez en pièce jointe du mail ou document de synthèse. Vous avez la possibilité de l'imprimer si vous le souhaitez, pour vous appuyer dessus et répondre au 2ème questionnaire.

- Un point important souligné par certains retours est l'aspect arbitraire des tranches d'âge utilisées. Il était souligné qu'au sein d'une même tranche d'âge, les écarts sont parfois importants aux extrémités de celles-ci, notamment chez les 12-18 ans. Cette classification est présente au sein de la littérature et chaque tranche d'âge représente malgré tout une certaine unité dans les problématiques et les modalités de l'aborder avec l'individu. Ainsi, nous sommes restés sur la classification proposée initialement, afin de ne pas alourdir l'outil final qui se veut simple et efficace.

- De même, suite à certains de vos retours nous vous précisons que la définition des écrans sera rappelée aux parents et aux enfants au début de questionnaire. Selon le Larousse, cela correspond à tout « dispositif d'affichage électronique d'images en 2D ou 3D » ; ainsi, ce terme générique englobe tout aussi bien la TV, l'écran d'ordinateur, le smartphone, la tablette, les consoles de jeux vidéo, etc.

Votre mission, pour cette 2ème ronde, est de classer les questions pré-sélectionnées lors de la première ronde pour chaque catégorie.

A l'issue de cette 2ème ronde, de nouvelles questions seront donc écrites afin d'obtenir un outil plus fluide, efficace et synthétique.

Pour rappel :

- **L'Intervention Brève (IB) :** 3-4 questions simples, utilisables lors d'une consultation de médecine générale tout venant, chez l'enfant de 0 à 18 ans, afin d'ouvrir le dialogue sur cette problématique et de répertorier les signes d'alarme devant mener à une consultation dédiée.

- **La Consultation Dédiée (CD) à la thématique des écrans :** des questions ouvertes, adaptées à la tranche d'âge ciblée, permettant de discuter des risques ; de poser des objectifs) avec le parent et ses parents ; d'apporter des conseils pour réduire la consommation et de proposer un suivi, voire une orientation spécialisée si nécessaire ; tout cela sans jugement, avec une écoute bienveillante.

NB : Nous avons laissé à chaque question sa numérotation initiale, par souci de praticité ; celle-ci n'est donc plus linéaire, merci de ne pas en tenir compte.



Partie A: REPERAGE PRECOCE

Voici le titre de questions sélectionnées lors de la première ronde concernant le repérage précoce

A1. Parmi les questions suivantes, veuillez sélectionner entre 3 et 10 questions pour le Repérage Précoce (RP), en les classant par ordre d'importance :

01 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

02 - Trouver un médecin généraliste qui parle anglais/espagnol/italien/allemand/mandarinois/espagnol/TC/allemand ?

03 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

04 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

05 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

06 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

07 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

08 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

09 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

10 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

11 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

12 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

13 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

14 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

15 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

16 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

17 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

18 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

19 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

20 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

A2. Avec vous des remarques / observations, conseils, questions complémentaires :

Partie B: CONSULTATION DEDEE 0-3 ANS

Voici le titre de questions sélectionnées lors de la première ronde concernant la consultation dédiée aux 0-3 ans (CD) aux écrans et aux parents

B1. Parmi les questions suivantes, veuillez sélectionner entre 5 et 10 questions pour la Consultation Dédiée (CD) chez les 0-3 ans, en les classant par ordre d'importance :

01 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

02 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

03 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

04 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

05 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

06 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

07 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

08 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

09 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

10 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

11 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

12 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

13 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

14 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

15 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

16 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

17 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

18 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

19 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

20 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

21 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

22 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

23 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

24 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

25 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

26 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

27 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

28 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

29 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

30 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

31 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

32 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

33 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

34 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

35 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

36 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

37 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

38 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

39 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

40 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

41 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

42 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

43 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

44 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

45 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

46 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

47 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

48 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

49 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

50 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

51 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

52 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

53 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

54 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

55 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

56 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

57 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

58 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

59 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

60 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

61 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

62 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

63 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

64 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

65 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

66 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

67 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

68 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

69 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

70 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

71 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

72 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

73 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

74 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

75 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

76 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

77 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

78 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

79 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

80 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

81 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

82 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

83 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

84 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

85 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

86 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

87 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

88 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

89 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

90 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

91 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

92 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

93 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

94 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

95 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

96 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

97 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

98 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

99 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?

100 - Trouver un pédiatre spécialiste de la télévision ou tablette ?



Vous avez maintenant terminé tout le document. A travers ce formulaire, vos réponses parviendront directement par mail aux investigatrices.

Un grand merci pour votre participation et votre engagement dans ce projet !

Pour la suite de la Bande Delphi, voici les prochaines étapes :

- Vous recevrez mi-janvier une synthèse de cette 3ème ronde.
- Vous serez ensuite invités à répondre à la 5ème ronde jusqu'au mi-février. Celle-ci aura pour objectif de valider le questionnaire obtenu suite au classement des questions que vous venez d'effectuer, avec éventuellement des commentaires et reformulations. Il aura également pour objectif secondaire de diffuser le contexte approprié pour l'utilisation du RP puis de la CD.
- Nous espérons obtenir un consensus entre tous à la 6ème ronde, nous menant ainsi au mois d'avril. L'objectif des 2 dernières questionnaires étant principalement de valider les questions retenues, ils seront beaucoup plus courts que les précédents.

Amandine Chevrain, Camille Pissard et Cécile Régulier

42. Validez-vous ce questionnaire finalisé pour le Répertoire Précoce ?



Partie B: CONSULTATION DÉDIÉE 0-3 ANS

Vous le savez déjà, nous vous remercions beaucoup de questions pertinentes pour évaluer le développement de votre enfant.
Nous vous remercions également d'être parvenu(e) à compléter ce questionnaire à cet âge si précocement.

(En fonction de votre âge, votre enfant a déjà pu avoir un rendez-vous)

Sur les questions relatives aux compétences de votre enfant, nous nous référons à la consultation dédiée 0-3 ans.

Votre enfant a-t-il répondu au questionnaire ?

Si oui,

(1) Que sait-il de son prénom et son âge ?

(2) Dans quelle situation a-t-il dit son premier mot ?

(3) Quels sont les premiers mots qu'il a dit ?

(4) Quelles sont les premières phrases qu'il a dites ?

(5) Si le questionnaire est rempli, le questionnaire est-il complété par quelqu'un autre que votre enfant ?

(6) Si non, quelle personne a fait la consultation d'évaluation de votre enfant ?

(7) Pourquoi, selon vous, les autres ne l'ont-ils pas fait ?

NB: Les renseignements recueillis dans ce questionnaire sont destinés à être utilisés par les professionnels de la consultation dédiée 0-3 ans. Ils ne sont pas destinés à être utilisés par d'autres personnes. Les données recueillies dans ce questionnaire sont destinées à être utilisées par les professionnels de la consultation dédiée 0-3 ans. Elles ne sont pas destinées à être utilisées par d'autres personnes. Les données recueillies dans ce questionnaire sont destinées à être utilisées par les professionnels de la consultation dédiée 0-3 ans. Elles ne sont pas destinées à être utilisées par d'autres personnes.

81. Concernant la question (4) Votre enfant a-t-il ses propres dessins ?

(Préciser le type)

Recommandation: vous pouvez modifier cette question ou la modifier ?

■			■
E2.	Validez-vous cette question ?		
E3.	Concernant la question : (22) Dans quelles circonstances confiez-vous votre téléphone à votre enfant ?		
	Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?		
E4.	Validez-vous cette question ?		
E5.	Concernant la question : (17) Votre enfant regarde-t-il des vidéos en ligne ?		
	Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?		
E6.	Validez-vous cette question ?		
E7.	Concernant la question : (24) Quel est le contenu que votre enfant regarde ?		
	Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?		
E8.	Validez-vous cette question ?		
E9.	Concernant la question : (18) À la maison, la télévision est-elle allumée en permanence (ou presque), même lorsque personne ne la regarde ?		
	Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?		
E10.	Validez-vous cette question ?		

■			■
E11.	Concernant la question : (32) Selon vous, quelles peuvent être les conséquences d'une exposition aux écrans à cet âge ?		
	Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?		
E12.	Validez-vous cette question ?		
E13.	Concernant la question : (6) Vous parents, utilisez-vous des écrans en présence de votre enfant ?		
	Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?		
E14.	Validez-vous cette question ?		
E15.	Y'a-t-il une ou des question(s) manquante(s) que vous souhaiteriez ajouter ?		
E16.	Avez-vous des commentaires que cet ensemble pose la consultation d'écrire aux écrans chez les 8-ans ?		

Partie C: CONSULTATION DÉDIÉE 3-6 ANS

Sur la question présentée des items d'entretien d'entretien, veuillez cocher la ou les réponses (1) ou (2).

(1) Vous n'avez eu l'un des deux ? (Préciser le type)

(2) Dans quelles circonstances vous n'avez eu l'un des deux ?

(3) Vous n'avez eu aucun des deux ?

(4) Quel est le contexte qui vous n'avez eu l'un des deux ?

(5) Vous n'avez eu l'un des deux que dans un seul cas ?

(6) Dans quel(s) circonstance(s) vous n'avez eu l'un des deux ?

C1. Concernant la question (1) Votre enfant a-t-il eu des propos érotiques ? (Préciser le type)

Justifiez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

C2. Validez-vous cette question ?



C3. Concernant la question (22) Dans quelles circonstances vous n'avez eu l'un des deux ?

Justifiez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

C4. Validez-vous cette question ?



C5. Concernant la question (17) Votre enfant regarde-t-il des vidéos ou des images ?

Justifiez-vous reformuler ou modifier cette question ?



C6. Validez-vous cette question ?



C7. Concernant la question (24) Quel est le contexte qui vous n'avez eu l'un des deux ?

Justifiez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

C8. Validez-vous cette question ?



C9. Concernant la question (28) Avez-vous des échanges avec votre enfant sur le contenu regardé ?

Justifiez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

C10. Validez-vous cette question ?



C11. Concernant la question (32) Selon vous, quelles peuvent être les conséquences d'une exposition aux écrans à cet âge ?

Justifiez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

C12. Validez-vous cette question ?



C13. Y-a-t-il une ou des question(s) manquante(s) que vous souhaitez ajouter ?

C14. Avez-vous des commentaires sur cet ensemble pour la consultation dédiée aux érythrocytes les 6-5 ans ?

Partie D: CONSULTATION DÉDIÉE 6-12 ANS

Voici 12 questions tirées de la consultation d'information d'Érythrocytes. Elles sont classées par thème.

- (1) Avez-vous remarqué une différence de type ?
- (2) Que regarde-t-on qui concerne le cancer ?
- (3) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (4) Pourquoi est-ce que ça regarde le cancer ?
- (5) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (6) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (7) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (8) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (9) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (10) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (11) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?
- (12) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?

D1. Concernant la question : (1) Avez-vous remarqué une différence de type ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

D2. Validez-vous cette question ?



D3. Concernant la question : (2) Que regarde-t-on qui concerne le cancer ?

Souhaitez-vous reformuler ou modifier cette question ?

D4. Validez-vous cette question ?



D5. Concernant la question : (3) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

D6. Validez-vous cette question ?



D7. Concernant la question : (4) Pourquoi est-ce que ça regarde le cancer ?

Souhaitez-vous reformuler ou modifier cette question ?

D8. Validez-vous cette question ?



D9. Concernant la question : (5) Est-ce que ça va au cancer même à court terme et à long ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

D10. Validez-vous cette question ?





D13. Concernant la question : (11) Pourrais-tu le poser des écrans pendant une journée ?

Sauhaites-vous reformuler cette question ou la modifier ?

D12. Validez-vous cette question ? 

D13. Concernant la question : (10) As-tu d'autres activités en dehors des écrans ?

Sauhaites-vous reformuler cette question ou la modifier ?

D14. Validez-vous cette question ? 

D15. Concernant la question : (12) D'après toi, quelles peuvent être les conséquences de l'utilisation des écrans ?

Sauhaites-vous reformuler ou modifier cette question ?

D16. Validez-vous cette question ? 

D17. Vais-t-il être ou des question(s) supplémentaire(s) que vous souhaitez ajouter ?



D18. Avez-vous des commentaires sur cet exercice pour la consultation finale aux écrans chez les 9-11 ans ?

Partie E: CONSULTATION 12-18 ANS

Vous êtes invités à répondre à ces questions à l'issue de votre consultation de 12-18 ans :

(1) Que regardes-tu que faire sur les écrans ?

(2) Pourquoi es-tu connecté quand tu es en vacances ?

(3) Que penses-tu de passer du temps pendant tes vacances, sans écran connecté ?

(4) Quels sont tes activités en vacances (activités en dehors des écrans) ?

(5) Comment vas-tu passer tes vacances à la maison ?


(6) Es-tu intéressé(e) de participer à un atelier sur les écrans pendant tes vacances ?

(7) D'après toi, quelles peuvent être les conséquences d'une utilisation excessive ?

E1. Concernant la question : (24) Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ?



Sauhaites-vous reformuler ou modifier cette question ?

E2. Validez-vous cette question ? 





E3. Concernant la question : (28) Discrutez-les de content regardé avec les parents ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

E4. Validez-vous cette question ?  



E5. Concernant la question : (46) Percevez-ou le parent des écartes pendant une journée (dans travail scolaire) ?

Souhaitez-vous reformuler ou modifier cette question ?

E6. Validez-vous cette question ?  



E7. Concernant la question : (44) Quels sont les activités ou exerce d'intérêt ou devoirs des élèves ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

E8. Validez-vous cette question ?  

E9. Concernant la question : (63) Les élèves ont-ils déjà eu un impact positif sur les résultats scolaires ou les devoirs ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

E10. Validez-vous cette question ?  



E11. Concernant la question : (33) Les élèves sont-ils sources de tensions à la maison ?

Souhaitez-vous reformuler cette question ou la modifier ?

E12. Validez-vous cette question ?  

E13. Concernant la question : (32) D'accord-ou, quels peuvent être les conséquences d'une utilisation des écrans ?

Souhaitez-vous reformuler ou modifier cette question ?

E14. Validez-vous cette question ?  

E15. Y'a-t-il une ou des question(s) manquante(s) que vous souhaitez ajouter ?

E16. Avez-vous des commentaires ou est conseillé pour la consultation de la page des élèves chez les 8-11 ans ?

3 Souhaitez-vous reformuler certaines questions du questionnaire ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

4 Avez-vous d'autres remarques éventuelles sur le questionnaire de repérage ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

5 Validez-vous le repérage proposé ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

CONSULTATION DEDIEE 0-6 ANS
Veuillez répondre ci-après formant notamment les consultations dédiées des 0-3 ans et 3-6 ans.

6 Souhaitez-vous reformuler certaines questions de la consultation dédiée des 0-3 ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

7 Avez-vous d'autres remarques éventuelles sur le questionnaire de consultation dédiée des 0-3 ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

8 Validez-vous la consultation dédiée 0-3 ans ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

9 Souhaitez-vous reformuler certaines questions de la consultation dédiée chez les 3-4 ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

10 Avez-vous d'autres remarques éventuelles sur le questionnaire de consultation dédiée chez les 3-4 ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

11 Utilisez-vous la consultation dédiée 3-4 ans ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

CONSULTATION DEDIEE 6 -18 ANS
Pour connaître et après l'accord concernant les consultations dédiées chez les 6-12 ans et 12-18 ans

QUESTIONNAIRE DE CONSULTATION DEDIEE 6-12 ANS
Version 10/2019

12 Souhaitez-vous reformuler certaines questions de la consultation dédiée 6-12ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

13 Avez-vous d'autres remarques éventuelles sur le questionnaire de consultation dédiée 6-12ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

14 Utilisez-vous la consultation dédiée 6-12 ans ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

15 Seriez-vous reformuler certaines questions de la consultation dédiée 12-18ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

16 Avez-vous d'autres remarques éventuelles sur le questionnaire de consultation dédiée 12-18ans ?
Veuillez écrire votre réponse ici :

17 Validez-vous la consultation dédiée 12-18ans ? *
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Remarques générales

Outil de prévention et de dépistage concernant le surpoids aux écrans
Outil de prévention et de dépistage

1. Objectifs de l'outil

Le but de cet outil est de permettre aux professionnels de santé de détecter et de prévenir le surpoids chez les adolescents et les jeunes adultes. L'outil est conçu pour être utilisé par les professionnels de santé lors de consultations de routine.

2. Description de l'outil

L'outil est composé de deux parties : un questionnaire de dépistage et un questionnaire de prévention. Le questionnaire de dépistage est destiné à identifier les adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Le questionnaire de prévention est destiné à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids.

3. Résultats

Le questionnaire de dépistage est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à identifier les adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à identifier les adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

4. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

5. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

6. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

7. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

8. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

9. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

10. Résultats

Le questionnaire de prévention est composé de 10 questions. Les questions 1 à 5 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids. Les questions 6 à 10 sont destinées à proposer des conseils de prévention aux adolescents et les jeunes adultes à risque de surpoids sévère.

18 Avez-vous des remarques sur la cohérence globale de l'outil ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

19 Avez-vous des remarques sur la présentation visuelle de l'outil ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

CONSEILS

La **différence d'interprétation et de sens** fait partie intégrante du **Rapportage Précoce et Intervention Précoce (RPIC)** tel que défini par le **Haute Autorité de Santé (HAS)**, et une mesure de prévention et d'évitement ne peut s'accompagner sans une information adaptée qui l'accompagne.

L'objectif de votre thème s'inscrit à élaborer le questionnaire de RPIC tel que vous trouvez l'avez présenté précédemment.

Après, en concertation avec vos directeurs de thèse et l'accord de l'auteur **Dr Christel G.**, nous vous proposons de prendre contact auprès des **Services d'Information sur le bon usage des écrans selon l'âge de l'enfant**, disponibles en libre accès sur le site www.lesmilleecrans.com.

Ces outils étant le fruit d'un travail de recherche rigoureux et étant actualisés régulièrement, elles peuvent être renvoyés aux parents en fin de consultation.

20 Y a-t-il d'autres supports que ceux recommandés (films courts, livres...) sur lesquels le réseau généraliste pourrait s'appuyer et renvoyer aux familles ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Vous avez maintenant complété tout le document.

A travers ce formulaire, vos réponses parviendront directement par mail aux investigatrices.

Merci de votre participation à cette étude !

Armelène Chevriaux, Camille Pissard et Estelle Rogner

Annexe 12 : Synthèse de la 1ère ronde Delphi

Résultats RONDE DELPHI - Premier tour

Suite aux conclusions d'une première ronde Delphi de six semaines, 15 questions quelques-unes ont été préparées pour préparer la 2ème ronde.

Voici ci-dessous l'objet de ces questions :

Élaboration d'un outil de préservation/espérance présence et d'intervention brève (BPIB), à destination des médecins généralistes, concernant la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 10 ans.

Le thème de l'écran, de ce premier tour :

Les critères d'inclusion (en 1er) :

- pour le langage primaire : un score de performance égal ou à la moyenne (au $\geq 4/11$) et un score de classification supérieur ou égal à 11 (score $\geq 90\%$) ; la validation doit considérer comme communément langage l'un des deux critères ;
- pour la compréhension écrite : un score de performance égal ou à la moyenne (au $\geq 4/11$) et un score de classification supérieur ou égal à 11 (score $\geq 90\%$) ; la validation doit considérer comme communément langage l'un des deux critères ;

Les critères d'exclusion (en 1er) :

- les questions interrogent une communauté experte en santé, comme cela a été précisé par certains experts ; en effet, la communauté prescrite des soins existe dans le temps, il n'est pas possible de se baser uniquement sur la communauté actuelle ;
- les questions redondantes, dont le contenu peut être intégré dans une autre question ;
- les questions pour lesquelles le type de classification n'est pas adapté à la question ;
- pour le langage primaire, les questions qui ne permettent d'appliquer l'un des critères d'âge ;

Les critères de « repêchage »*

- deux questions additionnelles préparées en regard des limites de la 1ère ronde mais dont la formulation a été corrigée par les experts pour rendre les questions « claires et précises » et éviter toute ambiguïté.

- Pour celles, il a été fait de nouvelles propositions de formulation des questions (cf tableaux ci-dessous) ;
- ont les propositions ajoutées ont été discutées lors par des experts du groupe de spécialistes pour la question concernée ;
- ont les reformulations a été effectuées par consensus des 5 intervenants ; les commentaires plus généraux sont en 22 par des experts du groupe pour les reformulations de la question ;

Nous vous invitons à prendre connaissance d'une et deux de ces questions ; et à y avoir votre avis avant l'envoi des réponses au questionnaire de 2ème tour qui sera ouvert du 28 au 30 mai.

Point de repérage système : (1) Proposition par les 15 sur 10 experts, provenant des catégories (1) Production + communication = (3), + référence à (1), + référence à (1) et à l'existence de (thème) = (2).

Proposition initiale	Score moyen de points sur 5	Forme	Nombre de votes (0-20)	Catégorie	Commentaire proposition de reformulation après les commentaires	Commentaire des experts
10 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,36	0,2	11	1ème catégorie	-	-
11 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,4	0,4	10	1ème catégorie	(1) Vous voyez à l'écran de temps en temps des écrans, que vous utilisez pour donner les soins, quel type d'écrans utilisez-vous (tablette, smartphone, TV, ordinateur) ?	-
12 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,36	0,2	10	1ème catégorie	-	-
13 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,4	0,2	10	1ème catégorie	-	-
14 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,32	0,1	10	1ème catégorie	(1) Les écrans sont des écrans utilisés pour donner les soins, quel type d'écrans utilisez-vous (tablette, smartphone, TV, ordinateur) ?	-
15 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,4	0,2	10	1ème catégorie	(1) Les écrans sont des écrans utilisés pour donner les soins, quel type d'écrans utilisez-vous (tablette, smartphone, TV, ordinateur) ?	-
16 - Vous voyez à l'écran des écrans dans votre chambre ?	4,36	0,2	10	1ème catégorie	-	-

Proposition orale	Nombre de pages en B	Exam- type	Nombre à la fois (1 ou 2)	Caté- gorie	Nouvelle proposition de réactualisation après la communication	Commentaires des experts
20. Le contenu proposé est-il adapté au niveau compréhensif d'un élève de 14 ans ?	4,36	1,04	20	Catégorie B1	« Il s'agit d'un texte qui est difficile à lire pour un élève de 14 ans. Le contenu est trop complexe et trop long. Il faut simplifier le contenu et le rendre plus accessible. »	« Quelle proposition est la meilleure pour un élève de 14 ans ? Il faut être clair et précis. Le contenu doit être adapté au niveau de l'élève. Il faut éviter les phrases trop longues et les tournures complexes. Il faut privilégier le langage simple et direct. »
21. Quels sont les liens entre les deux textes ?	4,32	1,04	20	Catégorie B1	« Les deux textes sont liés par le thème de la pollution. Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »	
24. Vous allez lire le deuxième texte et répondre aux questions.	4,26	1,04	20	Catégorie B1		
25. Vous allez lire le deuxième texte et répondre aux questions.	4,10	1,07	20	Catégorie B1	« Les deux textes sont liés par le thème de la pollution. Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »	
4. Pourquoi les auteurs ont-ils écrit ce texte ?	4,2	1,0	20	Catégorie B1	« Les deux textes sont liés par le thème de la pollution. Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »	« Le deuxième texte est plus précis et plus détaillé que le premier. »
11. Commentez vous l'impact de la pollution ?	4,28	1,04	20	Catégorie B1		
15. Vous allez lire le deuxième texte et répondre aux questions.	4,28	1,07	20	Catégorie B1		
16. Vous allez lire le deuxième texte et répondre aux questions.	4,26	1,04	20	Catégorie B1		
17. Vous allez lire le deuxième texte et répondre aux questions.	4,26	1,04	20	Catégorie B1		

Proposition orale	Nombre de pages en B	Exam- type	Nombre à la fois (1 ou 2)	Caté- gorie	Nouvelle proposition de réactualisation après la communication	Commentaires des experts
1. Pourquoi les auteurs ont-ils écrit ce texte ?	4,2	1,0	20	Catégorie B1	« Les deux textes sont liés par le thème de la pollution. Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »	« Quel est le lien entre les deux textes ? Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »
2. Pourquoi les auteurs ont-ils écrit ce texte ?	4,2	1,0	20	Catégorie B1		

« Pour la consultation de la B-12, voir l'annexe 1 de l'annexe 1 de la page 178 »

« Pour la consultation de la B-12, voir l'annexe 1 de l'annexe 1 de la page 178 »

Proposition orale	Nombre de pages en B	Exam- type	Nombre à la fois (1 ou 2)	Caté- gorie	Nouvelle proposition de réactualisation après la communication	Commentaires des experts
1. Pourquoi les auteurs ont-ils écrit ce texte ?	4,2	1,0	20	Catégorie B1	« Les deux textes sont liés par le thème de la pollution. Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »	« Quel est le lien entre les deux textes ? Le premier texte parle de la pollution en général, le deuxième texte parle de la pollution de l'air. »
2. Pourquoi les auteurs ont-ils écrit ce texte ?	4,2	1,0	20	Catégorie B1		

compréhension et de la lecture dans la catégorie bonne. Il est évident qu'il faut être plus explicite. ») « Définir deux items : « épiphane, TV » ; « indécrotte, valise par vide ». » (1)

« Je commence par la communication écrite plutôt que l'écrit. » « A titre info, il faut vraiment traiter l'état actuel des choses. L'âge auquel l'enfant a ses premières toilettes liquides par exemple. Et les **protéines** »

Évaluation du présent pour que ce soit rapide et efficace :

« Définir les modalités pratiques de la consultation écrite. » « Une consultation écrite permet une communication en tant que méthode généralisée car les messages émis sont déjà passés en France. »
 « Consultation écrite, souvent à distance ou difficile à mettre en place en médecine générale ;
 méthode déjà éprouvée. ») « **Faciliter les messages opportuns pour ce type de cas.** L'enfant s'agit une maladie pour les parents. **N'aborder le sujet qu'après 2-3 consultations et lorsqu'il n'y a pas d'autre problématique à gérer.** » (1) Principe de la GD : Pas possible. **La plupart du temps, les parents ne comprennent pas juste pour ça, souvent parce qu'ils ne comprennent pas ce qui se passe. Les items sont partie de leur vie. ») « **Faciliter particulièrement les aides au préadolescent.** consultations avec l'enfant sur demande des parents, par exemple. ») « **Faciliter particulièrement lorsque des troubles des apprentissages, du sommeil, etc. sont évoqués en consultation.** » « **Faciliter et ce n'est pas uniquement écrit avec des items.** ») « Principe de la GD : « Faciliter les messages, impossible à mettre en œuvre tel quel. » (1) (1)**

« **Surveiller l'ordre chronologique proposé.** » « **Le plus vite possible un questionnaire en 2-3 questions pour traiter puis réfléchir, en 3 minutes max.** ») « **Adapté** les questions en fonction de la réaction des parents, de la situation, etc. ») « **Aider parents et enfants à se questionner et émettre un avis sans leurs habitudes de vie.** » « **Item qui concerne "la vie dans un lit".** Le litage est un élément de consultation, de ne pas commencer par la réflexion écrite. ») « **Chaque situation individuelle est différente, difficile d'avoir un discours généralisé autour de ce type de consultation, la confiance des parents ou leur soutien, etc.** À adapter en fonction de chacun. ») « **Il faut plutôt aider les parents lorsqu'ils rencontrent des difficultés, à faire un lien avec certains items relatifs au problématique, et à parler des situations qui favorisent. ») (1)**

« **Indiquer certains questionnaires de la plupart de messages en mode Digital.** » « **Concernant les questions déjà proposées** elles sont très simples à réfléchir et certaines très instructives et **instructives.** ») « Il serait intéressant de tenter de préciser les troubles importants qui peuvent changer des items pour les identifier à interroger et pour aussi simplifier le questionnaire. ») (1)

« **Nombreuses questions à réfléchir.** ») « **Faciliter (ne pas diaboliser les items pour ne pas avoir un discours négatif. ») « Beaucoup de questions à réfléchir.** Parmi les questions très générales qui semblent pertinentes comme les troubles qui ne sont pas considérés que les autres en arrivent à l'état comme nous. Il est aussi facile à partir de ce qui aide les parents qui rencontrent davantage une maladie, qui aient une approche avec des questions de la norme de la limitation des items. » (1) (1)

« **Intégrer davantage de questions générales à l'écrit.** » « **Il faudrait davantage de questions "normales" dans l'écrit** : questions d'abord plus larges (santé et bien-être générale, lieu de vie, territoire, travail...) pour ensuite aborder les items. ») « **Commencer par des questions générales et simples.** ») « **Comment ça se passe avec les items ? ») (1)**

« **Faciliter particulièrement l'âge.** » « **Faciliter (pas trop large pour les 12-14 ans.)** ») « **Faciliter la mise des 12-14 ans en mode Digital.** ») (1)

Sur les nouvelles propositions complémentaires de questions qui n'ont pas été traitées de l'écrit avec les propositions initiales :

- « **Changement de point de vue.** »)
- « **Item qui concerne l'âge de l'enfant.** ») (1)

Sur le ou des items non :

- « **Les propositions initiales doivent être traitées par les propositions de l'écrit de manière adéquate, même les nouvelles, à l'écrit de manière adéquate.** »)
- « **Item qui concerne l'âge de l'enfant.** ») « **Item qui concerne l'âge de l'enfant.** ») (1)

« **Sur les nouvelles propositions de questions qui n'ont pas été traitées de l'écrit avec les propositions initiales.** ») (1)

Annexe 13 : Synthèse de la 2ème ronde Delphi

Résultats RONDE DELPHI - Deuxième tour

Nous vous remercions d'avoir participé à cette deuxième ronde Delphi de notre travail de phase. Ci-dessous, quelques informations pour préparer le 3ème tour.

Pour rappel l'objectif de cette étude est :

L'Association CAML (Centre de consultation/repérage précoce et d'intervention précoce (CICRI)) a missionné des médecins généralistes, concernant la consommation aux écrans d'un des enfants de 3 à 18 ans.

En résumé de l'analyse, de ce deuxième tour :

Il y a eu au total 21 participants au questionnaire, se répartissant ainsi : 2 pédiatres, 2 médecins généralistes, 2 infirmières scolaires, 2 psychopédagogues, 7 psychologues, 2 orthophonistes, 1 médecin généraliste de la communauté, 3 de l'éducation nationale, 2 secteur de la petite enfance, 1 représentant association parent d'élève.

Chaque catégorie de consultation (GPCO), un nombre de points a été attribué à chacune des questions selon son classement et le nombre de votes correspondants.

Pour une question classée en 1ère position, chaque vote vaut 10 points, en 2ème position cela vaut 7 points, 8 points pour le classement en 3ème position... etc. Jusqu'à 1 point par vote en dernière position.

En cumulant le total des points, on obtient un score pour chaque question permettant d'établir un classement définitif au sein de chaque catégorie (repérage précoce et consultation dédiée par tranche d'âge).

Nous avons ainsi sélectionné les questions selon leur classement et nous avons tenu compte :

- pour le repérage précoce (RP) : 3 questions simplifiées de 7 quand 7 comment 7
- pour chaque consultation dédiée (CD) par tranche d'âge : de 4 à 9 questions balayant les différentes thématiques (contenu, consommation, connaissances, conséquences)

Les critères d'inclusion ont été :

- l'ordre de classement établi lors de la seconde ronde
- explorer préférentiellement plusieurs thématiques de questions (repérage, consommation, connaissances, conséquences)

Les critères d'exclusion ont été :

- la redondance d'une question entre le RP et la CD

Classification : **CONTEXTE - CONSOMMATION - CONNAISSANCES - CONSÉQUENCES**

• **Four de questions précoces :**

- Moyenne des scores : 81,29
- Médiane des scores : 82,8

Propositions retenues par ordre de choix	Score moyen des points	Nombre de votes	Conséquences des experts
--	------------------------	-----------------	--------------------------

QUESTION 11 11 - Votre enfant a-t-il eu des accès de colère dans les situations ?	146	8	"Je ne dirais reformulé dans un contexte de en être accablé"
QUESTION 12 12 - Pendant votre enfance le temps quotidien moyen que votre enfant passait devant les écrans, quel était le moyen d'accès principal (télévision, ordinateur, tablette, téléphone, TV, ordinateur) ?	129	8	"la question du temps moyen est très peu précisée, car selon le contenu des connaissances précises du repérage est difficile d'un enfant à l'autre"
QUESTION 13 13 - Comment voyez votre enfant lorsqu'il ne peut pas utiliser les écrans, lorsqu'il est obligé de lui retirer votre écran ?	100		"24 et 41, dans une première concernant la réaction à l'arrêt"
QUESTION 14 14 - Votre enfant regarde-t-il des vidéos pendant les repas ?	99	8	"les questions 12-14-15 pourraient être regroupées en une seule question, avec des choix à effectuer. Votre enfant regarde-t-il des vidéos - de nuit - au repas - avant le coucher - Peut être reformuler si votre enfant est susceptible de s'occuper de..."
QUESTION 15 15 - Votre enfant regarde-t-il les vidéos de manière à ce qu'il soit plus performant ?	86	8	"votre enfant regarde-t-il les vidéos de manière à ce qu'il soit plus performant" Regrouper les questions 12-14-15"
QUESTION 16 16 - Votre enfant a-t-il une idée de règles ou de directives relatives à l'utilisation des écrans ?	81	8	
QUESTION 17 17 - A la maison, la télévision est-elle allumée en permanence (en journée, même lorsque personne ne la regarde) ?	80		
QUESTION 18 18 - Votre enfant regarde-t-il des vidéos dans les 2h qui précèdent le coucher ?	81	8	"Pourriez-vous évaluer jusqu'à quelle heure de la soirée nocturne il voit votre enfant consulte les vidéos?" Regrouper les questions 12-14-15"
QUESTION 19 19 - Est-ce difficile pour vous d'arrêter l'accès d'un(e) de vos enfants aux écrans ?	57		"Très subjectif, Le parent évalue un degré de colère en lien avec les accès alors que nous ne pouvons savoir comment le réprimande est formulée à l'enfant" "24 et 41, dans une première concernant la réaction à l'arrêt"
QUESTION 20 20 - Les vidéos sont-elles précieuses ?	48		

- Moyenne des scores : 73,6
- Matière des scores : 70

Propositions retenues par ordre de choix	Score total par enfant	Statistique	Justification choisies	Recommandation	Commentaire des experts
Ques 17 : 4 - Votre enfant a-t-il eu accès à son T (Préciser le type)	176	X			"Regrouper Q4 et Q10"
Ques 17 : 22 - Combien vous avez téléphoné à votre enfant ?	81	X		Dans quelles circonstances avez-vous téléphoné à votre enfant ?	Détailer : jour de la J avec P.
Ques 17 : 17 - Votre enfant regarde-t-il des vidéos en ligne ?	81	X			
Ques 17 : 8 - Pouvez-vous préciser le temps quotidien moyen que votre enfant passe devant les écrans, quel type d'écrans concernent (ordinateur, smartphone, TV, ordinateur) ?	80		Question abordée en RP		"proposer des durées et des moments"
Ques 17 : 10 - Votre enfant a-t-il accès des écrans dans sa chambre ?	80		Question abordée en RP		
Ques 17 : 24 - Quel est le contenu sujet que votre enfant est capable d'identifier (cartoons, programmes éducatifs, vidéos musicales, jeux vidéo...) ?	80	X			"pourrait être plus directe votre enfant regarde des dessins animés sur YouTube, TF1, 2, 3 ? Il ne semble pas capable de répondre"
Ques 17 : 20 - Les moments (soir) des écrans sont-ils l'occasion d'échanges avec votre enfant ?	74	X		Avez-vous des échanges avec votre enfant sur le contenu regardé ?	
Ques 17 : 12 - Votre enfant regarde-t-il les vidéos le matin ?	71		Question abordée en RP		"Regrouper Q4 et Q10"
Ques 17 : 23 - Les écrans sont-ils utilisés comme un outil d'apprentissage ou une récompense ?	68		Fusion avec la 22		
Ques 17 : 14 - Votre enfant regarde-t-il	68		Question abordée		

Propositions retenues par ordre de choix	Score total par enfant	Statistique	Justification choisies	Recommandation	Commentaire des experts
Ques 17 : 10 - Votre enfant regarde-t-il des vidéos dans les 2h qui précèdent le coucher ? (A3)	63		Question abordée en RP		
Ques 17 : 15 - Votre enfant regarde-t-il des vidéos dans les 2h qui précèdent le coucher ? (A1)	59		Question abordée en RP		
Ques 17 : 22 - Quels sont selon vous les bénéfices et les risques potentiels liés à l'utilisation des écrans ? (Par exemple : apprentissage, attention, humour...)	52	X			Quels sont les bénéfices des écrans concernant l'apprentissage des écrans à cet âge ?

- **Pour la consultation dédiée 6-12 ans** (questions formulées à l'adresse des enfants)
avec participation des parents :
- Moyenne des scores : 46,48
- Matière des scores : 35,9

Propositions retenues par ordre de choix	Score total par enfant	Statistique	Justification choisies	Recommandation	Commentaire des experts
Ques 17 : 4 - As-tu ton propre écran ? (Préciser le type)	172	X			
Ques 17 : 24 - Quel est que tu regardes ou qu'est-ce que tu fais lorsque tu es sur les écrans (cartoons, vidéos, programmes éducatifs, vidéos musicales, jeux vidéo...) ?	139	X			
Ques 17 : 12 - As-tu un ou des écrans dans ta chambre ?	117		Question abordée en RP		
Ques 17 : 10 - Au sein de ta famille, y a-t-il des règles concernant l'utilisation des écrans ?	110		Question abordée en RP		

Question 5 25 - As-tu déjà vu du contenu interdit à ton âge sur YouTube ?	60	X			
Question 6 26 - Est-ce que tu as déjà bécoté ce que tu regardes ou ton temps d'utilisation des écrans à tes parents ? (famille, amis ou autre)	57		Question jugée non pertinente en présence des parents, éliminée par consensus de l'équipe de recherche		
Question 7 14 - Est-ce que tu utilises des écrans pendant les repas ?	36		Question écartée en RP		Regrouper les questions sur le temps d'écran "à 9 puis 12/14/15"
Question 8 12 - Regardes-tu les écrans le week-end ?	45		Question écartée en RP		Regrouper les questions sur le temps d'écran "à 9 puis 12/14/15"
Question 9 20 - Les moments devant les écrans sont-ils l'occasion d'échange avec ta famille ?	44	X		Dépend-il du contenu regardé avec les parents ?	
Question 10 23 - Les écrans sont-ils source de tensions à la maison ?	36	X			
Question 11 10 - Est-ce que tu utilises des écrans le soir dans les 2h avant le coucher ?	37		Question écartée en RP		
Question 12 32 - Quels sont selon toi, les bénéfices potentiels et les risques liés à l'utilisation des écrans ? (Par exemple, apprentissage, concentration, attention, futur...)	34	X		D'après toi, quelles preuves ont les connaissances à de l'utilisation des écrans ?	
Question 13 41 - Penses-tu le passage des écrans pendant une journée ?	21	X			"La question 47 pourrait être développée avec SA/SA/SZ" "Pour la 47 : beaucoup de jeunes accordent "oui" quand on leur demande, mais si on leur laisse le temps de réfléchir ils répondent "non". C'est une question

					très subjective pour cet âge au risque de donner des résultats biaisés de la réalité"
Question 14 44 - As-tu déjà regardé d'autres activités importantes (musique, sports, sciences) pour passer du temps sur un écran ?	21	X		As-tu d'autres activités en dehors des écrans ?	

- Pour la consultation dédiée 12-18 ans (questions écartées à l'attention des enfants, avec participation des parents) :
- Moyenne des scores : 55,7
- Médiane des scores : 51,5

Présentation initiale (par ordre de validité)	Score total de points	Statut	Justification initiale	Reformulation	Commentaires des experts
Question 1 2 - Penses-tu souvent voir les temps qu'il te faut pour utiliser des écrans, quel type d'écran, pourquoi, comment, où, à quel moment ?	120		Question écartée en RP		"à regrouper avec 14 et 15"
Question 15 24 - Qu'est-ce que tu regardes ou écoute de ce que tu vois/entends sur les écrans ? (divertissement, programmes éducatifs, réseaux sociaux, jeux vidéo...)	120	X			
Question 16 15 - As-tu été de la famille, y'a-t-il des règles concernant l'utilisation des écrans ?	100		Question écartée en RP		"pertinente"
Question 17 40 - Penses-tu le passage des écrans pendant une journée ?	57	X			"intéressante, mais certainement aujourd'hui personne ne peut se passer

					des écrans 1 journée, ne serait-ce que pour la sécurité avec les recherches, etc"
Donc #2 44 - Au vu des risques d'autres activités importantes (sociales, scolaires, sport, sommeil) pour passer du temps sur un écran ?	55	X			Quels sont les activités ou centres d'intérêts en dehors des écrans ?
Donc #3 47 - T'arrive-t-il d'utiliser les écrans pour oublier le monde réel, les soucis du quotidien, pour te sentir mieux ou pour te calmer ?	61		Écrans après consensus de l'équipe de recherche		"advertisants pour obtenir un résultat de l'adolescent"
Donc #4 52 - Quels sont selon toi les bénéfices et les risques potentiels liés à l'usage des écrans ? (Par exemple : social, apprentissage, attention, sommeil...)	62	X			D'après toi, quelles peuvent être les conséquences d'une utilisation des écrans ?
Donc #5 63 - Les écrans ont-ils été ou ont-ils impact négatif sur les résultats scolaires ou les devoirs ?	59	X			"44, 61 et 63 - doubler sur la sécurité"
Donc #6 35 - Les écrans sont-ils source de stress à la maison ?	54	X			
Donc #7 29 - Les moments devant les écrans sont-ils l'occasion d'échange avec la famille ?	52	X			Discutes-tu du contenu regardé avec tes parents ?

Par ailleurs, voici le recueil des commentaires anonymisés sur l'outil proposé

- **Évaluer la disponibilité des parents et l'attention portée à l'enfant** : "La surferveillance aux écrans est réduite au bon développement, l'absence d'interaction aussi." | (texte en)

voient l'importance de la disponibilité des adultes (avec soit le caractère de se passer des écrans) et de la qualité des interactions adulte-enfant". "Disponibilité des parents et attention portée à l'enfant". "Oui, sur parole la sécurité, regarder, mais si elle ou considéré pour autre téléphone depuis plus de temps le plaisir à votre enfant ?". "On ne peut demander à des enfants de se réguler, ce sont les parents de leurs côtés ce sont leurs efforts. Et ce sera, il est primordial de connaître le contexte familial, le cadre."

- **Se pas sentir d'être l'attention de respect de sécurité comme le contexte parental**

Sur la formulation de certains questions, les commentaires : "La formulation de certaines questions ne paraît comprise pour des enfants/jeunes adolescents"

- **Liret le nombre de questions** : "Il y avait trop de questions liées pour se baser du temps pour l'application et le dialogue, sans échanger d'informations. Un questionnaire trop long ne sera pas utilisé par les parents qui manquent de temps."

Et notamment avec l'âge : "Avec 9 ans, c'est le 5ème ou 6ème questionnaire, donc à voir, une peu de questions sont nécessaires" avec le premier question à poser : "votre enfant est-il équipé aux écrans ?"

- **Sur le nombre de pages** : "Difficile de faire des pages d'âge, mais à 12 c'est très vite", "12-18 ans également", "beaucoup de changements lors de ces 6 années"

- **Sur la formulation de certaines questions** : "Certains des contenus, il est évident que c'est une question importante. Néanmoins il faut savoir que ce qui est annoncé les parents "pour les enfants" n'est pas forcément adapté". "Certains des premiers questions ne devaient être posés sur le contenu de contenu ?"

- **Préciser quel genre des écrans est utilisé** : "Intérieur de type Android ou non être intégré dans les estimations de temps", "actuellement pour certains mais comme ordinateur" en plus aussi notamment.

- **Difficile à lire les questions** notamment avec les 11-12 ans : "Il n'est pas facile de passer à la fois des questions qui s'adressent aux enfants et des questions qui s'adressent aux parents. J'ai opté pour les enfants."

- **Contenu de questionnaire** : "Il faudrait que les premières questions concernent l'usage habituel des écrans. Et ensuite, pendant les heures, dans le quotidien, etc. Ensuite peuvent être posées les questions qui nécessitent plus de réflexion et d'autoinspection"

- **Préciser les axes pour les questions 01 à 12 ans** : "mettre en évidence le problème de :
- la durée d'exposition
- au contenu (adapté à l'âge)
- à l'absence d'échange ou d'accompagnement"

- **Préciser les axes pour les questions 13 à 18 ans** : "Quel :
- de durée
- le contenu
- les aspects sur le vie sociale, les comportements et les apprentissages"

Pour en dire un peu plus :

- Il s'agit de répondre aux questions préliminaires de la page 1ère étape obligatoire de ce cadre et de compléter une information si nécessaire.
- Un conseil de recommandation est prévu afin de faciliter la prise à main de l'outil. Les suggestions de contenu plus grande.

Ne pas être déçu par avance du temps consacré à votre travail
Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter.

Annexe 14 : Synthèse de la 3ème ronde Delphi

Synthèse Ronde Delphi

Troisième tour

Nous vous remercions d'avoir participé à cette troisième ronde Delphi de votre travail de thèse. Ci-dessous quelques informations pour préparer la dernière tour.

Pour rappel l'objectif de cette étude est :

L'élaboration d'un outil de prévention/épuration précoce et d'intervention brève (BPIB), à destination des médecins généralistes, concernant la surconsommation des écrans chez les enfants de 0 à 18 ans.

En résumé de l'analyse de ce troisième tour :

Il y a eu au total 22 participations au questionnaire, se répartissant ainsi : 2 pédiatres, 3 médecins généralistes, 2 médecins scolaires, 1 psychiatre, 4 psychologues, 2 orthophonistes, 1 expert des sciences humaines, 2 membres de l'éducation nationale, 3 professionnels du secteur de la petite enfance, 1 représentant d'associations de parents d'élèves.

Pour valider chaque question une à une (avec reformulation éventuelle) les critères ont été :

- Une note de validation supérieure à 80% des votes, soit 17 votes sur 22.
- Un écart-type strictement inférieur à 2.

Nous remercions aussi vos parents de valider l'ensemble des questions proposées au sein de chaque catégorie de consultation.

Concernant ensuite le travail de reformulation. Ainsi, nous avons classé l'ensemble de vos commentaires aux questions proposées en deux catégories distinctes :

- Les commentaires portant sur la formulation exacte.
- Les commentaires portant sur le contenu de la question.

Au regard de l'ensemble de vos commentaires, nous proposons de nouvelles formulations aux questions, dont vous trouverez le détail ci-dessous.

• Pour la question initiale :

1 - Où ?

(10) - Votre enfant a-t-il des écrans accessibles dans sa chambre ?

2 - Quand ?

• Votre enfant regarde-t-il des écrans :

(12) - le matin ?

(14) - pendant les repas ?

(15) - dans les 2h qui précèdent le coucher ?

(16) - Pendant-vous estimez le temps quotidien moyen, que votre enfant passe devant les écrans, tout type d'écrans confondus (téléphone, smartphone, TV, ordinateur) ?

3 - Comment ?

(17) - Votre enfant regarde-t-il les écrans seul ?

(18) - Votre enfant s'est-elle doté de règles ou de directives relatives à l'utilisation des écrans ?

➤ Nombre de validations : 22 sur 22 participants.

➤ Commentaires sur la reformulation :

- "changer l'ordre" des questions au sein de B2, en mettant la "question sur premier jour question 1 puis question 2"
- Pour la question 2, (12) : remplacer le matin par "avant d'aller au lycée" chez les enfants scolaires "pour éviter les écrans avant l'école... et ne pas concerner les BE"

➤ Commentaires sur le contenu :

➔ 2 questions manquantes

- Interroger la surconsommation parentale : "Il serait important qu'il y ait également une question sur la consommation des écrans par les parents, sur leur disponibilité (physique et psychique) et sur les interactions parents/enfants"
 - Interroger sur la réaction à l'arrêt d'utilisation des écrans : "Il n'y a pas de question sur les conséquences de l'arrêt d'utilisation des écrans. La façon de gérer face à la demande de l'enfant et la difficulté à l'obtenir me semble un critère important."
- ➔ Ajouter "Moment de langage" à la liste des écrans usages

• Pour la consultation d'arrêt à 3 ans (questions formulées à l'adresse des parents) :

Question initiale	Nb de validations (22)	Commentaires pour reformulation (4/22)	Commentaires sur le contenu (4/22)	Reformulation proposée
(10) Votre enfant a-t-il des écrans accessibles dans sa chambre ?	22	Remplacer par "accès seuls" ? • « Votre enfant a-t-il ses écrans dans sa chambre ? » (17)	Par où l'enfant personnel à 0-3 ans : • "Des écrans de 0-3 ans (0-3 ans) personnel ont proposé dans l'enquête par la question la plus importante" (10) Prevenir : • « préciser le support de consultation » (10)	Vous indiquez-vous seuls être un écran ?
(12) Dans quelles circonstances votre enfant regarde-t-il des écrans ?	22	« Moment de langage » « Moment de jeu » • « Dans quelles circonstances, votre enfant utilise-t-il les écrans dans sa chambre ? » (14) « Interroger sur 2 questions » : • « Votre enfant est-il capable de regarder des écrans ? » (10) Et dans quelles circonstances ? » (11)	Prevenir : • « Préciser les supports de consultation des écrans de langage, par exemple pour le langage ou le jour pendant ? » (10) • « le moment de langage de langage ou langage par jour ? »	Car il n'est pas possible à votre enfant ?
(17) Votre enfant regarde-t-il des écrans	22		Prevenir : • « Votre enfant regarde-t-il les écrans, en langage ou en langage ? »	En langage

Item 1				Indicateur de l'ET (voir 1)
(24) Quel est le contenu que votre enfant regarde ?	20	Requêter les termes : - « Que regarde-t-il ? » (14)	Préciser (10) : - « Le terme "contenu" est vide, donne des indications sur les programmes et applications que votre enfant utilise-t-il ? » Noter l'investissement (10) : - « Avec quel regard sa que votre enfant regarde ? » Noter le choix parental : - « Sur les "contenus", il avait bien de choix et ce sont les parents qui décident ou s'ils laissent l'enfant décider de ce qu'il regarde ou de ce qu'il fait avec les écrans ? »	Que regarde votre enfant ? L'histoire vous intéresse ou qu'il regarde ?
(18) A-t-il raison, la télévision est-elle allumée en permanence (en principe, même lorsque personne ne la regarde ?	20	Alternative : - « Si la réponse est elle-même allumée, indique la page jeunesse ou la lecture ? » (10)		Si la réponse, la télévision est-elle souvent allumée, même lorsque personne ne la regarde ?
(22) Selon vous, quelles peuvent être les conséquences d'une exposition aux écrans à cet âge ?	14	Requêter les termes : - « Sur le développement de votre enfant ? » - « L'investissement des écrans... »	Préciser : - « Quelles idées et jeux les écrans font des programmes à votre enfant ? » Questionner l'information : - « Vous pouvez nous expliquer les risques sur les conséquences éventuelles d'une exposition aux écrans à cet âge ? » (14)	Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?
(1) Vous pensez, allumer votre télévision en présence de votre enfant ?	14		Préciser (14) : - « Si l'enfant voit des écrans en présence de votre enfant ? Si oui, lesquels et à quelle fréquence ? » - Il s'agit que la télévision soit allumée par le adulte : » (14)	Lorsque vous êtes avec votre enfant, allumez-vous la télévision ?

- Moyenne de validation des questions : 20,14
- Médiane : 20
- Écart-type : 1,80

- Commentaires généraux pour la consultation dédiée 0-3 ans :
 - Reformuler l'intitulé des questions est idéal pour "le plus clair et le plus simple possible"
 - Importance "d'insister sur la relation parent/enfant"
 - Ajouter les parents à "la formulation de questions sur l'attitude de leur enfant" pour être aligné le questionnaire avec cette question : votre enfant "s'habitue-t-il à d'autres parents ou à partager avec vous ? permettrait de décrire aussi les TDP"

➤ **Travaux de consultation dédiée 3-6 ans (questions communes à l'ensemble des parents) :**

Question initiale	No. de validation (1)	Commentaires pour reformulation (2 à 6)	Commentaire des questions (7 à 10)	Reformulation proposée
(4) Votre enfant a-t-il des programmes ? (Préciser le type)	20	Noter "sans film" (10)	Préciser le type d'écran et le contenu	Quels programmes regarde-t-il avec votre enfant ?
(22) Selon quelles circonstances regarde-t-il votre enfant ?	20	Requêter les questions de base (10) Questionner "l'information" par "à quel âge de votre enfant" (10)	Préciser les circonstances Élargir le type de type d'écran	L'histoire vous intéresse-t-elle ? Si oui, avec quel regard ?
(17) Votre enfant regarde-t-il des vidéos sur ?	20		Préciser le type d'écran (10) Préciser l'investissement (10)	Échange
(18) Quel est le contenu que votre enfant regarde ?	20	Noter de précis	Préciser le type d'écran et de contenu (14) Noter de réponse (14) (14)	Que regarde votre enfant ? L'histoire vous intéresse-t-elle ?
(22) Avec quel regard regarde-t-il votre enfant sur le contenu regardé ?	20	Questionner "l'information" par "à quel âge de votre enfant" (10)	Préciser le type de contenu d'écran	Quels programmes regarde-t-il avec votre enfant ?
(22) Selon vous, quelles peuvent être les conséquences d'une exposition aux écrans à cet âge ?	14	Questionner "l'information" par "à quel âge de votre enfant" (14)	Élargir les conséquences positives et négatives (10) Noter le contenu parental Noter les conséquences éventuelles d'une exposition aux écrans à cet âge ?	Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

- Moyenne de validation des questions : 20,61
- Médiane : 21,5
- Écart-type : 1,80

- Commentaires généraux pour la consultation dédiée 3-6 ans :
 - Travaux de reformulation des questions et de validation des questions par les parents (10) : "le parent"

«-il ditement ?... J en trouve-t-il le choix à son esprit le trouve-t-il librement sur une chaise par exemple ? "Une enfant choisit-il le contenu de ce qu'il regarde tout ? Ou choisit-elle tout simplement le contenu de ce qu'il regarde avec lui?"

- **Évaluer la durée d'utilisation des écrans (x1)**
- **Distiquer un usage positif ou négatif des écrans (x2)** : "Différence usage positif/négatif écran" ; "Nécessite-t-on écrans pour s'éveiller ?"
- **Interroger les relations existantes aux écrans (x3)** : "avez-vous déjà observé des relations de frayer ou de dissimulation ?", ou pouvoir évoquer une "dépendance" (x3.1) ; "Nécessite-t-il de faire répétitive l'utilisation de l'écran ? ou d'un nombre constant ?"
- **Quantifier l'influence de la durée (x2)** : "les parents sont-ils plus lasseurs", le contenu pouvant être adapté (voir renvoi aux commentaires de la Q17)

• **Faire la consultation dédier 6-12 ans (questions formulées à l'enfant)**

Question initiale	N° de validation (12)	Commentaire pour l'interprétation (x 36)	Commentaire sur le contenu (x 36)	Interprétation proposée
16) As-tu tes propres écrans ? (Préciser le type)	22		Préciser type d'écran (x2) et le nombre	échec
24) Que regardes-tu et que fais-tu sur tes écrans ?	22		Préciser type d'écran et l'accompagnement	échec
27) As-tu déjà vu des contenus adaptés à ton âge ou qui t'a choqué ?	22	Remplir les termes (x1) "les parents", "ce qui est pas de son âge"	Préciser le contenu (x2)	As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (indiquer 1 paragraphe ?)
28) Disent-ils des contenus regardés avec les parents ?	22		Notion d'accompagnement : - "Les parents regardent-ils parfois avec toi ? ou regardent avec eux-même ? (il y a parfois) Responsabilité parentale : - "Est-ce que les parents parlent avec toi de ce que tu vois sur les écrans ?"	échec
33) Les écrans sont-ils source de tensions à la maison ?	22	Remplir le terme « tension » par « dispute » (x4) Utiliser le terme "positif"		Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ?

14) Prends-tu le plaisir des écrans pendant tes journées ?	22		Plaisir ou intérêt (x2) : - « Si tu es d'accord d'observer de tes parents ? » Notion de "tempère" : - « Tu es d'accord quand tu prends plusieurs écrans sans écran ? »	Prends-tu le plaisir des écrans pendant tes journées ? Serait-ce prêt à recevoir ?
14) As-tu d'autres activités en dehors des écrans ?	21		Autre plaisir : (x4)	As-tu d'autres activités en dehors des écrans ? Lesquelles ?
15) D'après toi, quelles peuvent être les conséquences de l'utilisation des écrans ?	22		Notion de "sentiment (positif/négatif)" ou conséquence "positif/négative" Remplir : - « Est-ce que tu as entendu parler des conséquences de l'utilisation des écrans ? »	Préciser avec des propositions Interroger le parent "Comment se sent-tu quand tu utilises beaucoup les écrans ?" "Comment te sens-tu quand tu ne joue pas les écrans ?"

► Moyenne de validation des questions : 21,13

► Médiane : 21

► Écart-type : 0,81

► Commentaires généraux pour la consultation dédiée 6-12 ans :

- Questionner "l'enfant éventuelle de la France, mais également des parents"
- « Très bon de poser la question à l'enfant directement pour l'impliquer »

• **Faire la consultation dédiée 12-18 ans (questions formulées à l'enfant)**

Question initiale	N° de validation (12)	Commentaire pour l'interprétation (x 36)	Commentaire sur le contenu (x 36)	Interprétation proposée
24) Que regardes-tu et que fais-tu sur tes écrans ?	22		Préciser le type d'écran (x2) Évaluer la durée (x1)	échec
28) Disent-ils des contenus regardés avec les parents ?	22		Notion de source : - "Disent-ils de tous les contenus que tu regardes avec les parents" ou cacher la complexité autour que tu regardes à tes parents"	
33) Les écrans sont-ils source de tensions à la maison ?	22		Notion d'accompagnement : "regardent avec eux-même" Évaluer la responsabilité parentale (x2) - "Les parents regardent-ils parfois avec toi ?"	Disent-ils des contenus regardés avec les parents ?

			Établir une autre relation ? "et avec les amis ?"	
			Préciser comment et / ou où / à quel moment ?	
190) Pourquoi ne te joins-tu jamais (peu ou pas) à tes amis (dans ton travail scolaire) ?	21		Préciser type d'amis (s) ? Préciser circonstances Risque de réponse floue	Préciser la peur des autres jugements (scolaire dans travail scolaire) ? Sens de la peur ?
191) Quels sont les activités ou centres d'intérêt ou loisirs des élèves ?	22		Préciser	Activités d'autres activités ou loisirs des élèves ? L'expliquer ?
192) Les élèves ont-ils déjà eu un impact négatif sur les attitudes scolaires ou les devoirs ?	22	Revenir l'expliquer au cas plus de la question 190 Évaluer le niveau de l'impact (s) ? "Peu", "Certain", "Beaucoup"	Impact relationnel (s) ? "Les élèves ont-ils eu un impact négatif sur les attitudes scolaires ou les devoirs avec la famille ou un autre ?" Impact psychologique (s) ? "Arrive-t-il que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ? "Peu", "Certain", "Beaucoup" Impact scolaire (s) ? "Est-ce que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ?"	Est-ce que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ? Évaluer les attitudes scolaires ou les devoirs ?
193) Les élèves ont-ils déjà eu un impact positif sur les attitudes scolaires ou les devoirs ?	22	Revenir l'expliquer au cas plus de la question 190 Évaluer le niveau de l'impact (s) ? "Peu", "Certain", "Beaucoup"	Impact relationnel (s) ? "Les élèves ont-ils eu un impact positif sur les attitudes scolaires ou les devoirs avec la famille ou un autre ?" Impact psychologique (s) ? "Arrive-t-il que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ? "Peu", "Certain", "Beaucoup" Impact scolaire (s) ? "Est-ce que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ?"	Est-ce que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ? Évaluer les attitudes scolaires ou les devoirs ?
194) Les élèves ont-ils déjà eu un impact négatif sur les attitudes scolaires ou les devoirs ?	22	Revenir l'expliquer au cas plus de la question 190 Évaluer le niveau de l'impact (s) ? "Peu", "Certain", "Beaucoup"	Impact relationnel (s) ? "Les élèves ont-ils eu un impact négatif sur les attitudes scolaires ou les devoirs avec la famille ou un autre ?" Impact psychologique (s) ? "Arrive-t-il que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ? "Peu", "Certain", "Beaucoup" Impact scolaire (s) ? "Est-ce que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ?"	Est-ce que tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ? Évaluer les attitudes scolaires ou les devoirs ?
195) D'après toi, quelles peuvent être les conséquences de l'utilisation des devoirs ?	19	Modifier le terme "évaluation" (s) ? "évaluation", "évaluation" Définir les conséquences psychologiques (s) ?	Évaluer le niveau global de l'évaluation (s) ? Ajouter des propositions (s) ?	D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des devoirs ?

➤ Moyenne de validité des questions : 21,74

➤ Moyenne : 22
➤ Écart-type : (,21)

➤ Commentaires généraux pour la consultation dédoublée 12-18 ans :

- Il s'agit plus d'évaluer la connaissance des devoirs que les relations sociales (s) : "des questions qui permettent de voir si l'adhésion à une pratique des devoirs qui t'aide, via une pratique sociale. Ex : "Si tu joues avec tes amis, joues-tu en même temps que tes amis ?" ; "Quel est l'impact sur les relations sociales ?" ; "privilégies-tu parfois les devoirs par rapport à ton temps de sommeil ou à des temps de rencontre avec tes amis ?"
- Il manque "de questions concernant les devoirs liés à l'âge" (s) : "à quel âge tu penses que les devoirs ont plus de poids que le temps que tu passes devant les devoirs ?" ; "Il faut évaluer les deux paragraphes"
- Réviser la question d'utilité (s)
- Évaluer les conséquences sur la norme de travail de l'élève (s) : "à quel point tu penses que les devoirs affectent tes résultats, tes émotions, tes motivations, ta fatigue ?"
- Mais également sur le matériel (s) : "privilégies-tu parfois les devoirs par rapport à ton temps de sommeil ou à des temps de rencontre avec tes amis ? Ou quelle est la consommation d'écran le soir ? Ou les devoirs retardent-ils ton heure de coucher ?"
- Développer l'impact sur le travail des devoirs, notamment sur les réseaux sociaux (s) : "Si tu vas sur les réseaux sociaux, parles-tu des devoirs et participes-tu aux échanges, ou est-ce que tu n'as rien à dire sur ce sujet ?"

➤ Cadre d'utilité de l'outil de Repérage Précoce et Intervention Début – travail individuel des enseignants

➤ Selon vous, quelles seraient les situations ou les conditions les plus opportunes pour utiliser l'outil de RPIDO proposé ?

- Au cours des visites individuelles mensuelles (s) : "outil de RPIDO à utiliser à chaque visite mensuelle. On peut débiter une à une et 20 min par élève pour le développement de l'élève et un temps de réflexion obligatoire, ça s'aligne avec le [..] plan de travail" ; "pour les 1-3 ans lors des visites pédagogiques par les enseignants" ; "à un stade à évaluer avec les enseignants le matériel, l'information, le langage des devoirs (scolaire ...) lors de la consultation annuelle de conseil" ; "à quel stade par rapport au questionnement à normal" ; "à une consultation de conseil"
- Puis dans un second temps, la consultation dédoublée "que l'on peut effectivement intégrer avec d'autres thèmes de prévention"
- Avant ou après que possible (s) : "une consultation discussion avec ou sans la présence des élèves et quel que soit le motif, insister sur le temps validé par les devoirs / évaluation, jeux etc. à la fois"
- Dans le cadre de la médiation scolaire et du psychologue (s) : "pour le suivi de 1 ou lors de la première visite scolaire, pour les enfants de 1 à 11 ans en particulier car c'est un bon où ils se sentent en confiance" ; "Mobilisation des parents de conseil" ; "consultation

proposée à l'école dans le cadre de suivi de l'enfant? être individualisée avec le médecin scolaire pour chaque famille pour faire le point ?

On retient le rôle du médecin scolaire, mais de manière plus générale toute l'équipe scolaire autour du rôle à jouer : "sensibilisation par l'enseignante scolaire, Orientation par l'équipe enseignante en cas de détachage scolaire" : "cet entretien pourrait avoir lieu avec plusieurs personnes possibles au sein des établissements scolaires et en particulier avec le professeur principal de la classe ou des assistants d'éducation ou le CPE."

- Lors d'interventions sociales avec notamment les consultations de PMI (x3), ou bien "poser les plus de 11 ans dans les espaces jeunes" (x1) ; mais aussi "des assistantes sociales qui pourraient suggérer ce type de consultation dans la mesure où elles ont déjà ces familles." (x1)

- Et pour finir, **en présence de signes d'appel** (x7) : Lorsque l'on "renverse un des drapeaux rouges clés" : "proposer un outil dès que le médecin traitant présente un bilan d'orthophonie ou de psychomotricité. Dès lors que les apprentissages sont difficiles, que les enseignants/parents évoquent des difficultés attentionnelles, que la situation à l'école est complexe." Lors de leur consultation pour les mois suivants : "Fatigue, anxiété, symptômes dépressifs, difficultés scolaires, surpoids, retard de développement." : sans oublier la "consultation d'une bulle informative (avec les adhésives)"

"Il est important toutefois de préciser qu'un seul critère (ou symptômes) n'est pas suffisant pour demander le suivi de l'enfant, c'est la configuration de plusieurs de ces facteurs qui peut constituer un indicateur suffisamment fiable pour le médecin généraliste."

Au total : cet outil de RP/CD pourrait s'intégrer lors de leur consultation de suivi pédiatrique chez les moins de 3 ans, en médecine générale, en PMI, chez le pédiatre, puis ensuite lors de chaque visite annuelle de contrôle de la même façon que l'on aborde l'hypothèse de vie.

Avec une attention particulière lors de la présence de drapeaux rouges, lors de la réactivité du bilan orthophonique.

Mais comme on le sait, la question des écrans dépasse largement le champ de la médecine. Avec le milieu scolaire lors des consultations de suivi avec l'enseignant ou le médecin scolaire, les crèches, les assistants sociaux ont tout autant un rôle à jouer dans la prévention concernant les écrans puis l'acte des professionnels lors de signes d'appel.

➤ Y a-t-il des retiens au sein l'utilisation potentielle de l'outil ?

- Problématique complexe dans les **situations de vie précaires**, où la question des écrans n'est pas forcément une priorité : "Cet outil ne me semble pas être une priorité dans les familles en situation extrêmement précaire [...] en tant que situations de maltraitance" (x2)

- Aborder la thématique différemment dans un contexte de **troubles du développement** et être attentif à la **spécificité pour les TSA et TDAH** (x3) : "les familles peuvent mobiliser les droits à l'école de ne pas avoir comment faire avec leurs enfants" : "l'usage abusif des écrans est sans doute dans ces cas non une question éducatrice mais de santé psychique"

- Lors d'une **barrière de la langue** (x1)

- Problématique trouvant peu sa place dans une consultation pour une "maladie aiguë avec

(état général altéré)" (x3)

- **Préférer plutôt le format de l'entretien libre** (x1) : "si huit questionnaires peut paraître être un peu effrayant pour certains parents. Formellement en CUC je travaille exclusivement en entretien libre"

➤ Comment proposer la consultation dédiée aux familles pour une meilleure adhésion à la prise en charge ?

- Ne pas faire une consultation dédiée au sens strict, "C'est un sujet à aborder parmi tous les autres sujets."

- On peut envisager une **consultation de médecine préventive globale** (x4) : "dans le cadre d'une évaluation globale du développement de l'enfant, sur une consultation "bilan" d'une durée allongée" : "avec des thèmes à aborder à l'âge expliqué aux parents que le médecin ne sait pas qu'il aborder mais aussi à présent, qu'une bonne santé psychique est tout aussi importante que physique, qu'une évaluation par le médecin traitant de l'hypothèse de vie dans le sens large permet de repérer d'éventuelles difficultés sur lesquelles travailler en famille expliquer à l'enfant que cette consultation permet de faire le point sur lui, sur notamment il se sent dans sa famille, à l'école pour les plus grands ou profiter pour aborder les questions de sexualité ou encore de harcèlement scolaire"

Et préciser "on travaille sans parent pour tous ces sujets, j'explique les détails, si on veut des réponses immédiates"

- Dans le "cadre scolaire et périscolaire" ce sont des systèmes proches des familles" (x1)

- En expliquant le **principe de prévention** : "montrer tout simplement que guérir"

- En **déculpant les parents sur les conséquences potentielles**, afin de justifier la prévention (x6) : en utilisant plusieurs outils "prendre le temps de lire avec les parents ce qui est écrit à ce propos sur le carnet de santé" : "mettre une fiche d'information à chaque famille sous un consultant quelque soit le motif et réviser plus précisément si besoin" : "en leur communiquant en parallèle un document résumant les points de vigilance et les conséquences sur le développement de leur enfant."

En leur mentionnant "le problème de santé publique" et "le constat actuel qui est que beaucoup de difficultés dans les autres familles"

- **Mettre en lumière les difficultés existantes** (x5) pour mener à la consultation dédiée : "On identifie le rapport aux écrans comme "un problème". Si ce n'est pas le cas, on peut aussi leur faire un retour sans en rajouter" : "cette proposition ne peut être proposée qu'après le constat de dysfonctionnement de l'enfant" : "un entretien permettant d'y voir un peu plus clair afin de mieux comprendre certains éléments" : "en accordant avec eux leurs difficultés"

- Le fait de **manier systématique** (x7) "installer des semaines où toute consultation débute sur le sujet écran" par exemple serait une manière de faire

- Faire réfléchir les parents sur leur **propre consommation des écrans** (x2) : "Il faudrait presque un questionnaire similaire pour les "jeunes parents" et leur permettre de prendre conscience qu'ils ont un "modèle" pour leurs jeunes enfants"

- Proposer des "actes d'engagement", des actions concrètes de changement en fin de consultation (x2) "un nombre de la part des parents et des enfants (à la fois tout-petits)". Cela rejoint les commentaires dans la CD 12-18 ans.
- Le médecin pourrait échanger sur sa propre expérience des écrans (x1) : "le médecin parlerait de son usage personnel et échangerait à ce propos avec les parents."
- **Remarques générales suite aux retours de plusieurs experts :**
 - Il est dit plusieurs fois en commentaires de préciser de quel type d'écran on parle. Par souci de ne pas alourdir les questions, nous laissons le terme "écrans" au sens large. Ainsi dans la plupart des questions, nous parlons des écrans au sens global. Lorsque ce n'est pas le cas, le terme plus spécifique est utilisé. La définition sera rappelée en introduction du questionnaire afin que cela soit clair lors de l'usage de l'outil.
 - La durée de temps d'écran était évaluée au cours de RP, il n'y aura pas de questions en ce sens dans les CD pour éviter une redondance.
 - L'usage des écrans peut effectivement être influencé par la présence de la fratrie. Cet outil devant s'intégrer au cœur du suivi global de l'enfant et des familles, il n'y aura pas de question spécifique, supposant que le médecin généraliste connaît le contexte et la situation familiale particulière.
- **Pour ce 4ème tour de Ronde Delpôt :**
 - Nous avons modifié l'ordre actuel des questions, permettant de mener une discussion plus fluide.
 - Il s'agit maintenant de valider l'outil proposé dans son ensemble.

**Nous vous remercions par avance du temps consacré à notre travail.
Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter.**

2) REPÉRAGE PRÉCOCE



➤ Nombre de validations : (2) sur 21 participants

QUESTIONS	Commentaires sur le CONTENU (x nb)	Commentaires sur la PRÉSENTATION et FORMULATION (x nb)
"Où?"	"Ne pas limiter aux écrans disponibles dans la chambre" (x2); "votre enfant a-t-il des écrans accessibles?"; "dans sa chambre ou dans une autre pièce"	Proposition de reformulation: "Est-ce que votre enfant a accès à des écrans dans sa chambre?"
"Quand?"	ajouter une question concernant l'accès aux écrans le soir (x1)	"Vers les 3h quand le coucher" (x1) "le matin avant l'aurore" (x1) ajouter une question inverse: "quand votre enfant regarde-t-il les écrans?" (x1)
"Comment?"	ajouter une question pour quantifier le temps d'exposition (x3)	
"Qui?"	ajouter "qui regarde votre enfant?" (x1)	
Consentement parental	ajouter une question interrogeant le consentement parental	
Mise au futur		soignée trop tôt (x1)

3) CONSULSION DÉTAILLÉE

➤ Nombre de validations : (2) sur 21 participants

	COMMENTAIRES	sur le CONTENU (x nb)	sur la FORMULATION et PRÉSENTATION (x nb)
<u>2-3 ans</u>	"Votre enfant a-t-il pu accéder libre aux écrans?"		Élever "libre" (x1) Simplifier: "votre enfant a-t-il accès aux écrans quand il veut?" (x1)
	"Votre enfant regarde-t-il les écrans seul?"		Ajouter: "regarde-t-il les écrans avec votre enfant?" (x1)
	"à la maison, la télévision ou elle ne s'en est jamais..."		Élever "aucun" (x1)
	"Lorsque vous êtes avec votre enfant, utilisez-vous un écran?"	question capotieuse (x1)	
	"Aimeriez-vous modifier des choses dans le rapport aux écrans?"	à simplifier ou expliciter (x1); difficile de répondre à cette question (x1)	
Ajouter	"Avez-vous votre accord? Comment réagit votre enfant?" (x1)		
<u>3-4 ans</u>	"Votre enfant a-t-il pu accéder libre aux écrans?"		Simplifier: "votre enfant a-t-il accès aux écrans quand il veut?" (x1)
	"Aimeriez-vous modifier des choses dans le rapport aux écrans?"	à simplifier ou expliciter (x1); difficile de répondre à cette question (x1)	
	Ajouter	"Lorsque vous êtes avec votre enfant, utilisez-vous un écran?" (x1) "Entend-elle votre accord? Comment réagit votre enfant?" (x1)	

	"à destination"		remplacer par "à destination" (x2)
	Alignement		Alignement des lignes dans l'encadré (x1)

4) CONSULTATION DÉDIÉE 6-18 ANS

➤ Nombre de validations : 20 sur 21 participants

Remarques et commentaires des experts (CE)

4-12 ans

- 1. Les illustrations sont-elles pertinentes ?
- 2. Les illustrations sont-elles faciles à lire ?
- 3. Les illustrations sont-elles adaptées à l'âge ?
- 4. Les illustrations sont-elles adaptées à la culture ?
- 5. Les illustrations sont-elles adaptées à la langue ?
- 6. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 7. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 8. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 9. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 10. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?

11-18 ans

- 1. Les illustrations sont-elles pertinentes ?
- 2. Les illustrations sont-elles faciles à lire ?
- 3. Les illustrations sont-elles adaptées à l'âge ?
- 4. Les illustrations sont-elles adaptées à la culture ?
- 5. Les illustrations sont-elles adaptées à la langue ?
- 6. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 7. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 8. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 9. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?
- 10. Les illustrations sont-elles adaptées à la situation ?

	COMMENTAIRES	sur le CONTENU (x nb)	sur la FORMULATION ou PRÉSENTATION (x nb)
6-12 ans	"As-tu les pages dessinées?"		passer au présent (x1)
	"As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué? (violence ? pornographie?)"		reformuler "pornographie"
	"As-tu des activités en dehors des dessins?"	pas d'intérêt et non quadré (x1)	
	"D'après toi quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans?"	trop complexe pour un enfant de moins de 10 ans (x1)	stipifier: "D'après toi, quelles conséquences peut avoir le fait d'être beaucoup sur un écran?" (x2)
	"Attention vous modifiez des choses dans le rapport aux écrans?"	difficile d'y répondre (x1) à enlever (x1)	passer au "tu" (x3)
Ajouter	"Demme vous êtes sérieux? C'est quoi ça?"		

		sur le CONTENU (x nb)	sur la FORMULATION ou PRÉSENTATION (x nb)
12-18 ans	"Quelles sont les activités ou centres d'intérêt en dehors des écrans?"		"Qu'est-ce que t'aime le plus dans la vie?" (x1)
	"Discute-toi de comment regarder avec un téléphone?"		Changer le mot "paroles" (x1)
	"Attention vous modifiez des choses dans le rapport aux écrans?"		passer au "tu" (x1) reformuler (x1)
	Changer l'ordre		"D'après toi quelles peuvent être les conséquences..." avant "As-tu que tu passes que les écrans ont déjà eu un impact..."
	Ajouter	"Demme vous êtes sérieux? C'est quoi ça?" vous sérieux? (x1) "Si tu joues sur ton télé, joues-tu aussi sur avec des amis" (x1)	
Réviser	"Pourrais-tu te passer des écrans pendant une semaine" : non pertinent à l'adolescence (x1)		

5) REMARQUES GÉNÉRALES

sur le CONTENU (x nb)	sur la PRÉSENTATION (x nb)
<p>Remarque les signes d'alerte (x1)</p> <p>Les signes d'alerte sont trop tardifs et concernent les enfants à partir de 3-4 ans.</p> <p>Il faut donner les signes d'alerte plus précoces : troubles de la communication (avant jusqu'à des troubles évolutifs de développement) ; troubles de l'attention qui ont été observés à 17 mois ; voir plus (x1) ; retard de langage et de parole, troubles du comportement à type d'opposant impétueux ; Il est fondamental de repérer ces signes précoces</p> <p>Puis en période scolaire : troubles des apprentissages, troubles de la concentration, hyperactivité, troubles logico-mathématiques</p>	<p>reformuler visuellement avec des pictos des étapes R3-CE1 (x1)</p>
<p>éviter un peu long pour du dessin (x1)</p>	<p>permettre de remplir les réponses sur la fiche (x2)</p>

Annexe 16 : Outil de prévention et de dépistage concernant la surexposition aux écrans

Outil de prévention et de dépistage concernant la surexposition aux écrans

Chez les enfants de 0-18 ans

Nota bene : Dans un paysage numérique en permanente évolution, la notion d'écran regroupe autant la télévision, que le smartphone, les tablettes, les consoles de jeux vidéo, les ordinateurs...

Cet outil est composé de deux temps : le Repérage Précoce (RP) et la Consultation Dédicée (CD). Il sert de support de discussion. Il n'a pas vocation à être donné directement aux familles ni à être utilisé itérativement ; chaque praticien se l'appropriera comme bon lui semble.

Le RP :

- utilisable lors de toute consultation de suivi en médecine générale, chez l'enfant de 0 à 18 ans, s'intègre dans le cadre d'une médecine préventive ;
- cet outil vise l'ouverture du dialogue sur cette problématique au sein d'une consultation où il faut être attentif aussi aux éventuels **signes d'alerte***** ;
- peut être mené lors de consultation pour un motif aigu, à condition que l'état général de l'enfant ne soit pas altéré et le climat de la consultation approprié ;

Questions de Repérage Précoce

1. Où ?

Votre enfant a-t-il des écrans accessibles dans sa chambre ?

2. Quand ?

Votre enfant regarde-t-il des écrans :

- le matin ?
- pendant les repas ?
- dans les 2h avant le coucher ?

Pouvez-vous estimer le temps quotidien moyen, que votre enfant passe devant les écrans, tout type d'écran confondu ?

3. Comment ?

Votre famille s'est-elle dotée de règles relatives à l'utilisation des écrans ?

***Tout repérage d'un **signe d'alerte** parmi la liste suivante doit mener à la réalisation d'une Consultation Dédicée :

- l'absence de régulation ou d'accompagnement des écrans ;
- les troubles du développement psychomoteur (trouble de l'attention et hyperactivité, trouble de la coordination, des apprentissages écrits et oraux...)
- les troubles du sommeil (sommolence, cauchemars...)
- l'apparition de difficultés scolaires ;
- les troubles anxieux ;
- l'agressivité ou la violence ;
- la fatigue visuelle, les céphalées ;
- l'isolement ;
- le surpoids, l'obésité.

La CD :

- cible quelques points importants sans nécessairement être exhaustive ;
- pose des objectifs réalisables, sans vouloir changer toutes les habitudes familiales ;
- apporte des conseils et permet de proposer un suivi ;

Questions de Consultation Dédicée

A destination des parents, accompagnés des enfants

1. 0-2 ans

- Votre enfant a-t-il un accès libre aux écrans ?
- Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
- Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ? Si oui, dans quelles situations ?
- Que regarde votre enfant ? Choisissez-vous ensemble ce qu'il regarde ?
- À la maison, la télévision est-elle souvent allumée, même lorsque personne ne la regarde ?
- Lorsque vous êtes avec votre enfant, utilisez-vous un écran ?
- Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

2. 3-6 ans

- Votre enfant a-t-il un accès libre aux écrans ?
- Votre enfant regarde-t-il des écrans seul ?
- Confiez-vous votre téléphone à votre enfant ? Si oui, dans quelles situations ?
- Que regarde votre enfant ? Choisissez-vous ensemble ce qu'il regarde ?
- Discutez-vous avec votre enfant de ce qu'il regarde ?
- Selon vous, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives d'une exposition aux écrans à cet âge ?

Pour en savoir plus !

<https://www.oeil-ecrans.com/>



Pour en savoir plus !

Questions de Consultation Dédicée

A destination des enfants

1. 6-12 ans

- As-tu ton propre écran ? (Préciser le type)
- Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ?
- Discutes-tu du contenu regardé avec tes parents ?
- As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (Violence ? Pornographie ?)
- As-tu d'autres activités en dehors des écrans ? Lesquelles ?
- Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ?
- D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans ?
- Pourrais-tu te passer des écrans pendant une journée ? Serais-tu prêt à essayer ?

2. 12-18 ans

- Que regardes-tu et que fais-tu sur les écrans ?
- Discutes-tu du contenu regardé avec tes proches ?
- As-tu déjà vu des choses qui ne sont pas de ton âge ou qui t'ont choqué ? (Violence ? Pornographie ?)
- Quels sont tes activités ou centres d'intérêts en dehors des écrans ?
- Est-ce que tu penses que les écrans ont déjà eu un impact négatif sur tes résultats scolaires ou tes devoirs ?
- Y a-t-il des disputes à la maison à propos des écrans ?
- D'après toi, quelles peuvent être les conséquences positives ou négatives de l'utilisation des écrans ?
- Pourrais-tu te passer des écrans pendant une journée (hors travail scolaire) ? Serais-tu prêt à essayer ?

Outils d'accompagnement selon l'âge

www.dogz.fr : 1004 vidéos par âge, programmes européens

www.fimaps.ch : films par âge, site agréé par les instances de Suisse

www.filmspourenfants.net : films par âge, site développé par un éducateur spécialisé, grille d'évaluation disponible

Pour en savoir plus !

Sites internet d'informations sur les écrans

www.surexpositionecrans.org : collectif surexposition écrans

www.3-6-9-12.org/les-talents-3-6-9-12/

www.asstmedu.fr/ : les 4 pas

www.mediaparc.fr : actualités et formations, agrément ministériel

chevaliersduweb.fr

www.internet sanscrainte.fr : programme national européen

www.pedagocoeur.fr : collectif expert des jeux vidéo

Sites internet d'éducation à la santé

nouveau-morpheo.fr

www.jourpenssperte.com : collectif d'orthophonistes

balloonsgrandir.com/fr/

yitarka.be

En partenariat avec



<https://www.deditionscreens.com/>

Pour toute la famille

Réduire les écrans, Elisabeth Baton-Hervé, Editions Nathan, Collection 10 jours pour changer, 2021, 32 pages

Sans(e) regarder trop la télé, Serge Broch, Editions Bayard Jeunesse, Collection Ma vie de héros, 2021, 28 pages

Lili se fait piéger sur internet & Max est fou de jeux vidéo, Dominique de Saint-Mars, Editions Calligram, 2016 & 1993, 48 pages & 41 pages

Les écrans, mode d'emploi pour une utilisation raisonnée en famille, Sylvie Dieu-Orsika, Editions Hatier, Collection 10 clés, 2018, 64 pages

L'âge du téléphone, Programme de detox digitale, Catherine Price, Editions Lgf, 2018, 176 pages

Pour approfondir

Clouer les écrans en famille, Franey & B. Antoine, Editions First éditions, 2019, 192 pages

L'enfant et les écrans, Sylvie Bourcier, Editions Hôpital Sainte-Justine, Collection Parents, 2011, 184 pages

La collection du poisson rouge, Bruno Pelino, Editions Grassel, 2019, 184 pages

Quand les écrans deviennent neurotoxiques, protégeons le cerveau de nos enfants, Sabine Dufo, Editions Mankicout, 2016, 286 pages

3-6-9-12 Approcher les écrans et grandir, Serge Tisseron, Editions Fréa, 2017, 160 pages

La tribune du créto digital, Les dangers des écrans pour nos enfants, Michel Desmurget, Editions Seuil, 2019, 432 pages

Bibliographie

1. Dictionnaire Larousse. Définitions : écran - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9cran/27712>
2. HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2019 déc [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
3. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. [Internet]. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
4. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé - Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17–21 novembre 1986 [Internet]. Disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
5. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
6. Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, AFPA. Apprivoiser les écrans et grandir - La règle des 3-6-9-12 ans [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://afpa.org/outil/affiche-regle-3-6-9-12-ans/>
7. Tisseron S. 3-6-9-12 Apprivoiser les écrans et grandir. Erès. Paris; 2013. 136 p.
8. Autorité de Régulation de la Communication Audiovisuelle et Numérique, ARCOM - LC et l'Hadopi deviennent l'Arcom. Les enfants et les écrans : les conseils de l'Arcom - [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.csa.fr/Proteger/Protection-de-la-jeunesse-et-des-mineurs/Les-enfants-et-les-ecrans-les-conseils-de-l-Arcom>
9. Council on communications and media, from the American Academy of Pediatrics, Hill D, Ameenuddin N, Reid Chassiakos Y (Linda), Cross C, Hutchinson J, et al. Media and Young Minds. Pediatrics. 1 nov 2016;138(5):e20162591.
10. Canadian paediatric Society, Digital Health Task Force. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. Paediatr Child Health. nov 2017;22(8):461 8.
11. World Health Organization, WHO. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age - 2 April 2019 - [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550536>
12. Berthomier N, Octobre S. Enfant et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte Elfe. Cult Etudes. 4 oct 2019;n° 1(1):1 32.
13. Richtel M. A Silicon Valley School That Doesn't Compute - At Waldorf School in Silicon Valley, Technology Can Wait - The New York Times - October 22, 2011 [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.nytimes.com/2011/10/23/technology/at-waldorf-school-in-silicon>

valley-technology-can-wait.html

14. Tisseron S. Les dangers de la télé pour les bébés. Érès. 2018. 152 p. (1001 bébés).
15. L'Assurance Maladie. Les addictions comportementales [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/addictions-comportementales>
16. Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Le trouble du jeu vidéo, définition dans le cadre de la onzième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (CIM-11) qui entrera en vigueur le 1er janvier 2022 - 22 octobre 2020 [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/gaming-disorder>
17. Drogues.gouv.fr. L'OMS reconnaît officiellement le trouble du jeu vidéo (gaming disorder) - 4 juin 2019 [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/loms-reconnait-officiellement-trouble-jeu-video-gaming-disorder>
18. Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé, IREPS Auvergne Rhône-Alpes. La surexposition des enfants de 0-6 ans aux écrans | Pass santé pro [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.pass-santepro.org/ressource-documentaire/la-surexposition-des-enfants-de-0-6-ans-aux-ecrans>
19. Postman N. Amusing Ourselves to Death: Public Discourse in teh Age of Show Business. Viking Penguin, Methuen. UK; 1985.
20. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav.* 1998;1(3):237-44.
21. Kardaras N. Hypnotisés ; écrans et cocaïne : mêmes effets sur le cerveau des enfants. Desclee De Brouwer; 2020.
22. Ducanda AL. Les tout-petits face aux écrans - Comment les protéger - L'épidémie silencieuse. Editions du Rocher. 2021.
23. Marcelli D, Bossière MC, Ducanda AL. L'exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE) : un nouveau syndrome. *Devenir.* 2020;32(2):119-37.
24. Ipsos, Schmutz B, Guillaume M. Malgré un temps croissant passé sur les écrans, les jeunes lisent toujours autant ! [Internet]. Ipsos. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/malgre-un-temps-croissant-passe-sur-les-ecrans-les-jeunes-lisent-toujours-autant>
25. Guide: « Enfants et écrans : reprenez la main ! » [Internet]. (UNAF - Union nationale des associations familiales|textebrut). [cité 24 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.unaf.fr/spip.php?article22231>
26. <https://www.open-asso.org/>. Observatoire de la Parentalité & de l'Education Numérique [Internet]. Open Asso; [cité 20 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.open-asso.org/>
27. Tamis-LeMonda CS. Rôle des parents pour favoriser l'apprentissage et l'acquisition du langage chez les jeunes enfants. :10.
28. Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, Zimmerman FJ, Garrison MM, Xu D, et al. Audible Television and Decreased Adult Words, Infant Vocalizations, and Conversational Turns: A Population-Based Study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 juin 2009;163(6):554-8.

29. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 juill 2020;174(7):665–75.
30. Clément MN, Duris O. Le bébé et la tablette numérique : intérêts et dangers. *Spirale.* 2017;83(3):62–71.
31. Tristan Harris, l'ex-ingénieur qui veut empêcher la technologie de « dégrader l'humain » [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/economie/article/2019/04/24/tristan-harris-l-homme-qui-veut-empêcher-la-tech-de-degrader-l-humain_5454443_3234.html
32. Cao H, Yan S, Gu C, Wang S, Ni L, Tao H, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and their associations with sleep schedules and sleep-related problems among preschoolers in mainland China. *BMC Pediatr.* 19 févr 2018;18(1):70.
33. Grossmann T. The development of social brain functions in infancy. *Psychol Bull.* nov 2015;141(6):1266–87.
34. Yadav S, Chakraborty P, Mittal P, Arora U. Children aged 6-24 months like to watch YouTube videos but could not learn anything from them. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. août 2018;107(8):1461–6.
35. Barr R, Hayne H. Developmental changes in imitation from television during infancy. *Child Dev.* oct 1999;70(5):1067–81.
36. Napier C. How use of screen media affects the emotional development of infants. *Prim Health Care.* 25 févr 2014;24:18–25.
37. Kildare CA, Middlemiss W. Impact of parents mobile device use on parent-child interaction. *Comput Hum Behav.* 1 oct 2017;75(C):579–93.
38. Schmidt ME, Pempek TA, Kirkorian HL, Lund AF, Anderson DR. The effects of background television on the toy play behavior of very young children. *Child Dev.* août 2008;79(4):1137–51.
39. Bélanger RE, Akre C, Berchtold A, Michaud PA. A U-Shaped Association Between Intensity of Internet Use and Adolescent Health. *Pediatrics.* 1 févr 2011;127(2):e330–5.
40. Corder K, Atkin A, Bamber D, Brage S, Dunn V, Ekelund U, et al. Revising on the run or studying on the sofa: Prospective associations between physical activity, sedentary behaviour, and exam results in British adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 1 déc 2015;12.
41. Syväoja HJ, Kantomaa MT, Ahonen T, Hakonen H, Kankaanpää A, Tammelin TH. Physical activity, sedentary behavior, and academic performance in Finnish children. *Med Sci Sports Exerc.* nov 2013;45(11):2098–104.
42. Poulain T, Peschel T, Vogel M, Jurkutat A, Kiess W. Cross-sectional and longitudinal associations of screen time and physical activity with school performance at different types of secondary school. *BMC Public Health.* 27 avr 2018;18(1):563.
43. Pagani LS, Fitzpatrick C, Barnett TA, Dubow E. Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial, and Physical Well-being by Middle Childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 mai 2010;164(5):425–31.
44. Harlé B, Desmurget M. Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* 1 juill 2012;19(7):772–6.

45. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. *Arch Pediatr Adolesc Med.* juill 2005;159(7):614–8.
46. Carter B, Rees P, Hale L, Bhattacharjee D, Paradkar MS. Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 déc 2016;170(12):1202–8.
47. Cheung C, Bedford R, Saez de Urabain I, Karmiloff-Smith A, Smith T. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Sci Rep.* 1 avr 2017;7:46104.
48. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology.* mai 2016;123(5):1036–42.
49. Czepita M, Czepita D, Lubiński W. The Influence of Environmental Factors on the Prevalence of Myopia in Poland. *J Ophthalmol* [Internet]. 2017 [cité 14 janv 2021];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5733614/>
50. SPF. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur : [/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence](#)
51. Zhang G, Wu L, Zhou L, Lu W, Mao C. Television watching and risk of childhood obesity: a meta-analysis. *Eur J Public Health.* 1 févr 2016;26(1):13–8.
52. Fang K, Mu M, Liu K, He Y. Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev.* 2019;45(5):744–53.
53. Saldanha-Gomes C, Heude B, Charles MA, de Lauzon-Guillain B, Botton J, Carles S, et al. Prospective associations between energy balance-related behaviors at 2 years of age and subsequent adiposity: the EDEN mother-child cohort. *Int J Obes.* janv 2017;41(1):38–45.
54. Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL, Paluch RA, Winiewicz DD, Fuerch JH, et al. A randomized trial of the effects of reducing television viewing and computer use on body mass index in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mars 2008;162(3):239–45.
55. Tomkinson GR, Olds TS. Secular changes in pediatric aerobic fitness test performance: the global picture. *Med Sport Sci.* 2007;50:46–66.
56. Tomkinson Grant R, Annandale Madison, Ferrar Katia. Global Changes in Cardiovascular Endurance of Children and Youth Since 1964: Systematic Analysis of 25 Million Fitness Test Results from 28 Countries. *Circulation.* 26 nov 2013;128(suppl_22):A13498–A13498.
57. Lepp A, Barkley JE, Sanders GJ, Rebold M, Gates P. The relationship between cell phone use, physical and sedentary activity, and cardiorespiratory fitness in a sample of U.S. college students. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 21 juin 2013;10(1):79.
58. Zamfir MT. THE CONSUMPTION OF VIRTUAL ENVIRONMENT MORE THAN 4 HOURS/DAY, IN THE CHILDREN BETWEEN 0-3 YEARS OLD, CAN CAUSE A SYNDROME SIMILAR WITH THE AUTISM SPECTRUM DISORDER. *J Romanian Lit Stud.* 2018;(13):953–68.

59. Autism and Screen Time: Special Brains, Special Risks [Internet]. Psychology Today. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.psychologytoday.com/blog/mental-wealth/201612/autism-and-screen-time-special-brains-special-risks>
60. Boers E, Afzali MH, Newton N, Conrod P. Association of Screen Time and Depression in Adolescence. *JAMA Pediatr.* 1 sept 2019;173(9):853–9.
61. Hoare E, Milton K, Foster C, Allender S. The associations between sedentary behaviour and mental health among adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 8 oct 2016;13(1):108.
62. Bach JF (1940). *L'enfant et les écrans : un avis de l'Académie des sciences.* 2013.
63. American Academy of Pediatrics. Media violence. Committee on Public Education. | Semantic Scholar [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/American-Academy-of-Pediatrics.-Media-violence.-on/8c47410cd6b4bf74bda5b37117f7d127a0c03b2a>
64. Prescott AT, Sargent JD, Hull JG. Metaanalysis of the relationship between violent video game play and physical aggression over time. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2 oct 2018;115(40):9882–8.
65. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Kasen S, Brook JS. Television viewing and aggressive behavior during adolescence and adulthood. *Science.* 29 mars 2002;295(5564):2468–71.
66. Robertson LA, McAnally HM, Hancox RJ. Childhood and adolescent television viewing and antisocial behavior in early adulthood. *Pediatrics.* mars 2013;131(3):439–46.
67. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* nov 1990;85(11):1403–8.
68. Publication de la CIM-11 2022 [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
69. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 2014;55(5):602–11.
70. Bottino S, Bottino C, Regina C, Correia A, Ribeiro W. Cyberbullying and adolescent mental health: Systematic review. *Cad Saude Publica.* 1 mars 2015;31:463–75.
71. Safer Internet Day : 62% des Français se déclarent harcelés en ligne, un chiffre en hausse de 10% par rapport à l'année dernière [Internet]. News Centre. 2020 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://news.microsoft.com/fr-fr/2020/02/11/safer-internet-day-62-des-francais-se-declarent-harcelés-en-ligne-un-chiffre-en-hausse-de-10-par-rapport-a-lannée-derniere/>
72. S. Dieu-Osika. Aborder la place des écrans en consultation : une démarche indispensable quel que soit l'âge de l'enfant. *Médecine Enfance.* avr 2020;40(4):99-105.
73. Les écrans : un danger pour les enfants de 0 à 4 ans / Screens: danger for the 0 to 4 year olds [Internet]. 2017 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=9-eIdSE57Jw>
74. Bach J.-F., Houdé O., Léna P., Tisseron S. *L'enfant et les écrans, l'avis | Rapports, ouvrages, avis et recommandations de l'Académie | Assurer un rôle d'expertise et de conseil* [Internet]. 2013 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.academie-sciences.fr/fr/Rapports-ouvrages->

avis-et-recommandations-de-l-Academie/l-enfant-et-les-ecrans-l-avis.html

75. Tisseron S. L'enfant et les écrans : un avis de l'Académie des Sciences. *Carnet PSY*. 14 mars 2013;169(2):1-11.
76. Adès J., Agid Y., Bach J.-F., Barthélémy C., Bégué P., Berthoz A., et al. Rapport 19-04. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques – Académie nationale de médecine, Académie des Sciences & Académie des technologies. 2019 [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/lenfant-ladolescent-la-famille-et-les-ecrans-appel-a-une-vigilance-raisonnee-sur-les-technologies-numeriques/>
77. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans | Colloques, conférences et débats | Encourager la vie scientifique [Internet]. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.academie-sciences.fr/fr/Colloques-conferences-et-debats/enfant-adolescent-famille-ecrans.html>
78. Colloque « Les impacts des écrans sur la jeunesse » - Daniel Marcelli [Internet]. 2018 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=3mPz3adOLGY>
79. Yilmaz G, Demirli Caylan N, Karacan CD. An intervention to preschool children for reducing screen time: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev*. 2015;41(3):443-49.
80. Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, et al. Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*. nov 2017;140(Supplement 2):S97-101.
81. Les 4 Pas (français) [Internet]. [sabineduflo](http://www.sabineduflo.fr). [cité 11 janv 2021]. Disponible sur : <http://www.sabineduflo.fr/vous-et-les-ecrans-conseils-pratiques/>
82. Desmurget M. *La fabrique du crétin digital - Les dangers des écrans pour nos enfants*. Seuil. 2019. 432 p.
83. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthelet-Derrien MS, Bidet-Emeriau M, Blocquaes S, et al. Children and screens: Groupe de Pédiatrie Générale (Société française de pédiatrie) guidelines for pediatricians and families. *Arch Pediatr*. 1 févr 2018;25(2):170-174.
84. Que faire en cas d'usage problématique des écrans ? – Le bon usage des écrans [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur : <https://lebonusagedesecrans.fr/les-ecrans-et-vous/usage-problematique-des-ecrans/>
85. Livingstone S. New 'screen time' rules from the American Academy of Pediatrics [Internet]. Parenting for a Digital Future. London School of Economics and Political Science; 2016 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <http://blogs.lse.ac.uk/parenting4digitalfuture/>
86. Care AGD of H and A. Australian 24-hour movement guidelines for children (5 to 12 years) and young people (13 to 17 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep [Internet]. Australian Government Department of Health and Aged Care. Australian Government Department of Health and Aged Care; 2021 [cité 5 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.health.gov.au/resources/publications/australian-24-hour-movement-guidelines-for-children-5-to-12-years-and-young-people-13-to-17-years-an-integration-of-physical-activity-sedentary-behaviour-and-sleep>
87. Royal College of Paediatrics and Child Health. *The health impacts of screen time: a guide for clinicians and parents*. 2019.

88. Fauchier-Magnan E, Fenoll PB, Inspection Générale des Affaires Sociales. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France - RAPPORT IGAS N°2020-074R. 2020;185.
89. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2020 en France. Situation au premier janvier 2021. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 4 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
90. SFMG. Société Française de Médecine Générale - Actualités : Au sujet du généraliste et du suivi médical des enfants [Internet]. 2005 [cité 4 juin 2022]. Disponible sur : http://www.sfm.org/actualites/communiques/au_sujet_du_generaliste_et_du_suivi_medical_des_enfants.html
91. Fouilland C, Michon C. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, et pistes pour l'amélioration des pratiques. Thèse. 6 juill 2018;290.
92. Homps M. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 4 juin 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2195/>
93. Vdovenko K. Impact des écrans sur la santé des enfants. Quel champ d'intervention pour le médecin généraliste. Thèse Exerc Médecine. 31 oct 2017;23.
94. 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 - Thèse d'exercice : Médecine. Angers: Université Angers; 2020. p. 99.
95. 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 - Université de Montpellier. Thèse Exerc Médecine Générale. 17 oct 2019;114.
96. Leroy JF. État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards face aux problématiques de santé liées aux écrans - Université d'Amiens. Thèse Exerc Médecine Générale. 5 juin 2019;76.
97. Brodier C. Les écrans et les jeunes enfants (0-6 ans) - Etat des lieux de la prise en charge par les médecins traitants dans le territoire au nord de l'Eurométropole de Strasbourg. Mémoire de DES de Pédiatrie. Université de Strasbourg : Faculté de Médecine. 2019.
98. Poulain J. État des lieux des pratiques des médecins généralistes de Vendée, quant à l'exposition à la télévision et vidéos, des enfants et adolescents de 0 à 18 ans. :59.
99. Talaron C. Prévention par les médecins généralistes de la surexposition des jeunes enfants aux écrans : modification des pratiques après sensibilisation - Université de Nice. Thèse Exerc Médecine Générale. 26 avr 2019;64.
100. Chevalier S, Renaud L, Hubert F, Pineau R, Turbide G, A G, et al. L'intégration de pratiques cliniques préventives : l'expérience d'au coeur de la vie. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2005. 36 p.
101. 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. - Université d'Aix-Marseille. Thèse Exerc Médecine Générale. 12 juin 2020;87.

102. Beccucci C. Étude de la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans par les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/72adeef5-704f-4b1a-a1f9-c04fb4c11955>
103. Menn ML. Exposition aux écrans des enfants de moins de 3 ans dans La Manche : pratiques et information des parents - Université de Caen. Thèse Exerc Médecine Générale. 7 oct 2021;50.
104. Fix L. Exploration de la perception des parents vis-à-vis d'une intervention minimale en consultation de médecine générale concernant l'exposition aux écrans des enfants de 6 ans et moins : Une étude qualitative réalisée en Alsace entre janvier et février 2020. 2020.
105. Dartau M. Les parents des enfants de moins de 5 ans de Pyrénées Atlantiques sont-ils informés des dangers d'une utilisation excessive des écrans chez leurs enfants ? Thèse Exerc Médecine Générale. 16 juin 2017;76.
106. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I, Dugravier R, Ansermet F, Casso-Vicarini N, et al. Rapport : Les 1000 premiers jours - Là où tout commence - Boris Cyrulnik remet le rapport de la commission d'experts à Adrien Taquet, secrétaire d'État en charge de l'Enfance et des Familles - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. vie-publique.fr. [cité 4 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/276114-les-1000-premiers-jours-la-ou-tout-commence>
107. Chaillous L, Castera P, Lajzerowicz N, Esteffe-Desblans E. Acceptability of "Early Spotting-Brief Intervention" targeting young children and screens. Qualitative survey of general practitioners. Médecine. 1 mars 2021;17(3):137-44.
108. Jeammet P. Les parents, premiers acteurs de la prévention. - La Santé de l'homme, n°398, p.25-26 [Internet]. 2008 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/les-parents-premiers-acteurs-de-la-prevention>
109. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations de bonnes pratiques. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
110. Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie. Bulletin officiel du Ministère chargé de la Santé. 2006 ; (2006-11) : 121-6. Annonce N°34 République française. [Internet]. 2006 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110034.htm>
111. World Health Organization, WHO & United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. International Standards on Drug Use Prevention - Second update edition [Internet]. United Nations: Office on Drugs and Crime. 2018 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur : [//www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html](http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html)
112. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders: Mesa Grande project. Addiction. mars 2002;97(3):265-77.
113. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses: Alcohol Clin Exp Res. avr 2004;28(4):608-18.
114. La Revue Prescrire. Aider à estimer sa consommation d'alcool : l'opportunité du Défi de janvier

- sans alcool à saisir. Réduction modeste de l'alcoolisation excessive par les interventions brèves. N°368 p. 453 - Juin 2014 [Internet]. 2014 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/fr/203/3093/63981/0/PositionDetails.aspx>
115. La Revue Prescrire. Réduction modeste de l'alcoolisation excessive par les interventions brèves. N°368 p. 453 - Juin 2014 [Internet]. 2014 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.prescrire.org/Fr/SummaryDetail.aspx?IssueId=368>
116. Organisation mondiale de la santé. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Genève: OMS; 2005.
117. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cité 21 juin 2022]. 22 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75166>
118. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr.* oct 2009;21(5):620-7.
119. Julien M, Breton JJ. La prévention du suicide chez les adolescents : que savons-nous de son efficacité ? *Frontières.* 2008;21(1):23-31.
120. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Partie I Conception d'un test et validation de son usage. *Rev Prat.* juin 2007;11:1187-92.
121. Haute Autorité de Santé, HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires
122. Wu L, Sun S, He Y, Jiang B. The effect of interventions targeting screen time reduction: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* juill 2016;95(27):e4029.
123. Inserm. Expertise collective de l'Inserm : Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, XVIII-482 p [Internet]. 2014 [cité 28 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965>
124. ORSAS - Lorraine. Méthode Delphi - Dossier documentaire. 2009.
125. Frappé P. Initiation à la recherche - 2e édition - Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Global Média Santé & CNGE Productions. 2018.
126. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique
127. Humphrey-Murto S, Varpio L, Wood TJ, Gonsalves C, Ufholz LA, Mascioli K, et al. The Use of the Delphi and Other Consensus Group Methods in Medical Education Research: A Review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 2017;92(10):1491-8.
128. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives. République Française. Alcool, Tabac, Drogues, Ecrans - Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. [cité 28 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>

129. World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais : introduction et résumé [Internet]. World Health Organization; 2008 [cité 29 juin 2022]. Report No.: WHO/IER/WHR/08.1. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69862>
130. Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. *JAMA*. 23 oct 1991;266(16):2268-71.
131. Farmer PE, Nutt CT, Wagner CM, Sekabaraga C, Nuthulaganti T, Weigel JL, et al. Reduced premature mortality in Rwanda: lessons from success. *BMJ*. 18 janv 2013;346:f65.
132. Crismer A, Belche JL, Van der Venet JL. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique*. 2016;28(3):375-9.
133. Mateo S. Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA. *Kinésithérapie Rev*. 1 oct 2020;20(226):29-37.
134. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
135. Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C. Outils d'intervention en éducation pour la santé, critères de qualité: référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Éd. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé); 2005.
136. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*. 1 mai 2010;19(4):539-49.
137. Lidwine B Mokkink, Cecilia AC Prinsen, Donald L Patrick, Jordi Alonso, Lex M Bouter, Henrica CW de Vet, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments. 2019.
138. Bouletreau A, Chouaniere D, Wild P, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST. :50.
139. COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018-1.pdf [Internet]. [cité 29 août 2022]. Disponible sur : https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018-1.pdf
140. Echelle de Hamilton [Internet]. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>
141. Epworth.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : https://reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/11/Epworth.pdf
142. outil_tests_fagerstrom.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
143. Dépression de l'adolescent. Questionnaire BITS - AFPA [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. [cité 26 mai 2022]. Disponible sur : <https://afpa.org/outil/depression-de-ladolescent-questionnaire-tsts-cafard/>
144. Echelle de sévérité de la somnolence d'Epworth [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : <https://institut->


sommeil-vigilance.org/qsm_quiz/echelle-de-severite-de-la-somnolence-depworth-2/

145. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
146. Leroux A. L'échelle de dépression de Hamilton : état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie. 2017.
147. Siste K, Wiguna T, Bardasono S, Sekartini R, Pandelaki J, Sarasvita R, et al. Internet addiction in adolescents: Development and validation of Internet Addiction Diagnostic Questionnaire (KDAI). *Psychiatry Res.* 1 avr 2021;298:113829.
148. Pontes HM, Király O, Demetrovics Z, Griffiths MD. The Conceptualisation and Measurement of DSM-5 Internet Gaming Disorder: The Development of the IGD-20 Test. *PLOS ONE.* 14 oct 2014;9(10):e110137.
149. Société Canadienne de Pédiatrie. Le temps d'écran - Un guide pour le clinicien qui conseille les parents de jeunes enfants. 2017.
150. Questionnaires usage des écrans, 3-6-9-12.org.
151. Collectif CoSe. Un questionnaire Écrans pour les professionnels.
152. Ecran clic – écran prévention, écran enfant, écran lumière [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://ecrancllic.com/>
153. Domoff SE, Harrison K, Gearhardt AN, Gentile DA, Lumeng JC, Miller AL. Development and validation of the Problematic Media Use Measure: A parent report measure of screen media “addiction” in children. *Psychol Pop Media Cult.* janv 2019;8(1):2–11.
154. Klakk H, Wester CT, Olesen LG, Rasmussen MG, Kristensen PL, Pedersen J, et al. The development of a questionnaire to assess leisure time screen-based media use and its proximal correlates in children (SCREENS-Q). *BMC Public Health* [Internet]. 12 mai 2020 [cité 19 mars 2021];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7216486/>
155. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: development and validation of a short version for adolescents. *PloS One.* 2013;8(12):e83558.
156. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. Development and validation of a smartphone addiction scale (SAS). *PloS One.* 2013;8(2):e56936.
157. Kim D, Lee Y, Lee J, Nam JK, Chung Y. Development of Korean Smartphone Addiction Proneness Scale for Youth. *PLoS ONE.* 21 mai 2014;9(5):e97920.
158. Lee HK, Kim JH, Fava M, Mischoulon D, Park JH, Shim EJ, et al. Development and validation study of the Smartphone Overuse Screening Questionnaire. *Psychiatry Res.* nov 2017;257:352–7.
159. Hsieh YP, Yen CF, Chou WJ. Development and Validation of the Parental Smartphone Use Management Scale (PSUMS): Parents' Perceived Self-Efficacy with Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Int J Environ Res Public Health.* 21 avr 2019;16(8):E1423.
160. Casale S, Caponi L, Fioravanti G. Metacognitions about problematic Smartphone use: Development of a self-report measure. *Addict Behav.* 1 oct 2020;109:106484.

161. Byun M, Seomun G. Development of Toddlers' Smartphone Flow State Scale: Parent Report Form. *Int J Environ Res Public Health*. 11 nov 2021;18(22):11833.
162. Doly AM. La métacognition: de sa définition par la psychologie à sa mise en œuvre à l'école. :19.
163. Demontrond P, Gaudreau P. Le concept de « flow » ou « état psychologique optimal ». *Staps*. 7 mars 2008;79(1):9–21.
164. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychol*. 26 févr 2009;12(1):77–95.
165. Pápay O, Urbán R, Griffiths MD, Nagygyörgy K, Farkas J, Kökönyei G, et al. Psychometric properties of the problematic online gaming questionnaire short-form and prevalence of problematic online gaming in a national sample of adolescents. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. mai 2013;16(5):340–8.
166. Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Comput Hum Behav*. 1 avr 2015;45:137–43.
167. Poon LYJ, Tsang HWH, Chan TYJ, Man SWT, Ng LY, Wong YLE, et al. Psychometric Properties of the Internet Gaming Disorder Scale–Short-Form (IGDS9-SF): Systematic Review. *J Med Internet Res*. 18 oct 2021;23(10):e26821.
168. (PDF) Development and Validation of Videogame Addiction Scale for Children (VASC) [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/316968946_Development_and_Validation_of_Videogame_Addiction_Scale_for_Children_VASC
169. Paschke K, Austermann MI, Thomasius R. Assessing ICD-11 Gaming Disorder in Adolescent Gamers: Development and Validation of the Gaming Disorder Scale for Adolescents (GADIS-A). *J Clin Med*. 2 avr 2020;9(4):993.
170. Paschke K, Austermann MI, Thomasius R. Assessing ICD-11 gaming disorder in adolescent gamers by parental ratings: Development and validation of the Gaming Disorder Scale for Parents (GADIS-P). *J Behav Addict*. 7 janv 2021;10(1):159–68.
171. Young KS. *Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction--and a Winning Strategy for Recovery*. John Wiley & Sons; 1998. 274 p.
172. Widyanto L, McMurrin M. The Psychometric Properties of the Internet Addiction Test. *Cyberpsychol Behav*. août 2004;7(4):443–50.
173. Khazaal Y, Billieux J, Thorens G, Khan R, Louati Y, Scarlatti E, et al. French validation of the internet addiction test. *Cyberpsychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc*. déc 2008;11(6):703–6.
174. Cho H, Kwon M, Choi JH, Lee SK, Choi JS, Choi SW, et al. Development of the Internet addiction scale based on the Internet Gaming Disorder criteria suggested in DSM-5. *Addict Behav*. sept 2014;39(9):1361–6.
175. van den Eijnden RJM, Lemmens JS, Valkenburg PM. The Social Media Disorder Scale. *Comput Hum Behav*. 1 août 2016;61:478–87.
176. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson.

177. A Taiwan, 1 400 euros d'amende pour les parents qui laissent leurs enfants trop longtemps devant un ordi [Internet]. L'Obs. 2015 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-internet/20150126.RUE7608/a-taiwan-1-400-euros-d-amende-pour-les-parents-qui-laissent-leurs-enfants-trop-longtemps-devant-un-ordi.html>
178. magazine LP. Chine : les mineurs limités à 3 heures de jeu en ligne par semaine [Internet]. Le Point. 2021 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur : https://www.lepoint.fr/monde/chine-les-mineurs-limites-a-3-heures-de-jeu-en-ligne-par-semaine-31-08-2021-2440930_24.php
179. Georges C. Où sont passés les enfants des villes ? [Internet]. 2022 [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/festival/article/2022/09/14/ou-sont-passes-les-enfants-des-villes_6141609_4415198.html
180. Trouessin M. L'addiction aux écrans existe-t-elle? 2016.
181. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante
182. Duret G. Élaboration d'un outil de prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans. 2021.
183. BIRON M. La promotion de l'usage raisonné des écrans au défi des pratiques professionnelles et familiales.
184. Freund V. Prévention de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 12 ans: développement et évaluation de l'impact d'une formation vidéo et d'une fiche synthèse auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. :83.
185. Macé R. Le rôle du médecin généraliste dans la lutte contre la surexposition aux écrans des enfants. :57.
186. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
187. Gautier A, Berra N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. :44.
188. Education thérapeutique du patient en médecine générale (représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme). [cité 5 oct 2022]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/display/40188608>
189. Porée Cano S. Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans: évaluation de l'intérêt d'intégrer ce sujet au programme de formation initiale des médecins généralistes et des pédiatres en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2021.

Attestations sur l'honneur


UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FATHALLAH Prénom : Cécile

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de Docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1991 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.


Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur
Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s) à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avec connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »

J'atteste sur l'honneur avec connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :  A FRANÇOIS, le 22/02/2022

Copie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

Résumé : Prévention en soins primaires d'une surexposition aux écrans : élaboration, à partir d'une revue de littérature et à l'aide d'une Ronde Delphi, d'un outil de repérage précoce et d'intervention en consultation chez les enfants de 0 à 18 ans.

Introduction : Depuis quelques décennies, le numérique a envahi notre quotidien, devenant une ressource incontournable dans les activités professionnelles et personnelles. En parallèle, la surexposition aux écrans chez les enfants, en constante augmentation, entraîne de multiples effets néfastes désormais bien établis. De nombreux travaux ont montré que la prévention reste insuffisante. Parmi les principaux freins rencontrés par les professionnels de santé, le manque d'outils pratiques validés est souligné.

Objectif principal : élaborer un outil unique de repérage précoce et d'intervention concernant la surexposition aux écrans, utilisable en soins primaires chez tout enfant.

Méthodes : Une première étude de revue de littérature, menée selon les recommandations PRISMA, a permis de faire la synthèse des questionnaires existant concernant la prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 18 ans. A partir des outils inclus, un recueil des questions pertinentes pour la pratique clinique a été établi. La qualité de la littérature a été évaluée par utilisation de l'échelle COSMIN checklist et l'applicabilité en soins primaires selon des critères définis de façon consensuelle par l'équipe de recherche. Une ronde Delphi en 4 tours a ensuite été menée auprès de 28 experts comprenant professionnels de santé, de l'enfance et parents, afin d'élaborer un outil original et unique.

Résultats : Parmi les 891 références identifiées, 23 ont été incluses dans la revue de littérature après application des critères d'éligibilité. In fine, aucun des outils trouvés ne remplit tous les critères pour être utilisable en consultation de soins primaires. A partir de ces divers supports, 334 questions ont été recueillies, balayant 4 catégories : le contexte d'utilisation, la consommation, les connaissances et les conséquences liées à la surexposition aux écrans. Grâce à un travail par triangulation de l'équipe de recherche : reformulation et élimination des redondances ont permis d'isoler 65 questions. Ce panel de questions a évolué par la méthode de la ronde Delphi grâce aux 4 consultations itératives du groupe d'experts. Ainsi, un support complet et synthétique, répondant aux besoins et contraintes de la consultation de médecine générale a été validé par avis consensuel de l'ensemble des participants. Il comprend une partie repérage précoce, associée à une liste de signes d'alerte. Cette dernière permet d'orienter ensuite si nécessaire vers une consultation dédiée, adaptée selon 4 tranches d'âge prédéfinies entre 0 et 18 ans.

Discussion : L'outil obtenu grâce à ces deux études permet d'accompagner la démarche de prévention sous le format de repérage précoce et de consultation dédiée. Afin de poursuivre ce travail, il serait intéressant d'évaluer cet outil en pratique clinique de soins primaires.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : « enfant », « écran », « surexposition », « temps passé devant les écrans », « mésusage », « médecine générale », « prévention », « repérage précoce », « intervention brève »

Président : Pr S. Rossignol, professeure de pédiatrie

Asseseurs : Dr A. Berthou, maître de conférence associée de médecine générale
Dr J. Chambe, maître de conférence des Universités de médecine générale
Dr J.-M. Gari, maître de stage des Universités de médecine générale

Adresse de l'auteur : A. Chevriaux, C. Pinaud et C. Régnier - Faculté de Médecine de Strasbourg 4, rue Kirschleger - 67000 Strasbourg