

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 04

**THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État
MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Catherine JACOB

Née le 16/04/1994 à Sélestat (67)

Exploration des attentes des parents
vis-à-vis du rôle du médecin généraliste
concernant la prévention de l'exposition aux écrans
des enfants de 0 à 10 ans.

Président de thèse : Professeur Carmen SCHRÖDER

Directeur de thèse : Docteur Camille LEPINE

№№ п/п	№№ п/п	Наименование объектов	№№ п/п
0001	0001	Объект 0001	0001
0002	0002	Объект 0002	0002
0003	0003	Объект 0003	0003
0004	0004	Объект 0004	0004
0005	0005	Объект 0005	0005
0006	0006	Объект 0006	0006
0007	0007	Объект 0007	0007
0008	0008	Объект 0008	0008
0009	0009	Объект 0009	0009
0010	0010	Объект 0010	0010
0011	0011	Объект 0011	0011
0012	0012	Объект 0012	0012
0013	0013	Объект 0013	0013
0014	0014	Объект 0014	0014
0015	0015	Объект 0015	0015
0016	0016	Объект 0016	0016
0017	0017	Объект 0017	0017
0018	0018	Объект 0018	0018
0019	0019	Объект 0019	0019
0020	0020	Объект 0020	0020
0021	0021	Объект 0021	0021
0022	0022	Объект 0022	0022
0023	0023	Объект 0023	0023
0024	0024	Объект 0024	0024
0025	0025	Объект 0025	0025
0026	0026	Объект 0026	0026
0027	0027	Объект 0027	0027
0028	0028	Объект 0028	0028
0029	0029	Объект 0029	0029
0030	0030	Объект 0030	0030
0031	0031	Объект 0031	0031
0032	0032	Объект 0032	0032
0033	0033	Объект 0033	0033
0034	0034	Объект 0034	0034
0035	0035	Объект 0035	0035
0036	0036	Объект 0036	0036
0037	0037	Объект 0037	0037
0038	0038	Объект 0038	0038
0039	0039	Объект 0039	0039
0040	0040	Объект 0040	0040
0041	0041	Объект 0041	0041
0042	0042	Объект 0042	0042
0043	0043	Объект 0043	0043
0044	0044	Объект 0044	0044
0045	0045	Объект 0045	0045
0046	0046	Объект 0046	0046
0047	0047	Объект 0047	0047
0048	0048	Объект 0048	0048
0049	0049	Объект 0049	0049
0050	0050	Объект 0050	0050
0051	0051	Объект 0051	0051
0052	0052	Объект 0052	0052
0053	0053	Объект 0053	0053
0054	0054	Объект 0054	0054
0055	0055	Объект 0055	0055
0056	0056	Объект 0056	0056
0057	0057	Объект 0057	0057
0058	0058	Объект 0058	0058
0059	0059	Объект 0059	0059
0060	0060	Объект 0060	0060
0061	0061	Объект 0061	0061
0062	0062	Объект 0062	0062
0063	0063	Объект 0063	0063
0064	0064	Объект 0064	0064
0065	0065	Объект 0065	0065
0066	0066	Объект 0066	0066
0067	0067	Объект 0067	0067
0068	0068	Объект 0068	0068
0069	0069	Объект 0069	0069
0070	0070	Объект 0070	0070
0071	0071	Объект 0071	0071
0072	0072	Объект 0072	0072
0073	0073	Объект 0073	0073
0074	0074	Объект 0074	0074
0075	0075	Объект 0075	0075
0076	0076	Объект 0076	0076
0077	0077	Объект 0077	0077
0078	0078	Объект 0078	0078
0079	0079	Объект 0079	0079
0080	0080	Объект 0080	0080
0081	0081	Объект 0081	0081
0082	0082	Объект 0082	0082
0083	0083	Объект 0083	0083
0084	0084	Объект 0084	0084
0085	0085	Объект 0085	0085
0086	0086	Объект 0086	0086
0087	0087	Объект 0087	0087
0088	0088	Объект 0088	0088
0089	0089	Объект 0089	0089
0090	0090	Объект 0090	0090
0091	0091	Объект 0091	0091
0092	0092	Объект 0092	0092
0093	0093	Объект 0093	0093
0094	0094	Объект 0094	0094
0095	0095	Объект 0095	0095
0096	0096	Объект 0096	0096
0097	0097	Объект 0097	0097
0098	0098	Объект 0098	0098
0099	0099	Объект 0099	0099
0100	0100	Объект 0100	0100

PI - PROFESIONS ENOBTENUES

1. **Professione per la quale si è laureati**
 (Codice ISTAT, 5 cifre, per la parte decimale) (1)
 (1) ISTAT, "Manuale di codifica per la parte decimale del codice ISTAT"
2. **Professione per la quale si è laureati con un titolo di studio**
 (Codice ISTAT, 5 cifre, per la parte decimale) (1)
 (1) ISTAT, "Manuale di codifica per la parte decimale del codice ISTAT"
3. **Professione per la quale si è laureati con un titolo di studio**
 (Codice ISTAT, 5 cifre, per la parte decimale) (1)
 (1) ISTAT, "Manuale di codifica per la parte decimale del codice ISTAT"
4. **Professione per la quale si è laureati con un titolo di studio**
 (Codice ISTAT, 5 cifre, per la parte decimale) (1)
 (1) ISTAT, "Manuale di codifica per la parte decimale del codice ISTAT"

PI - PROFESSIONI DEI UNIVERSITÀ ASSOCIATI (a tempo)

1. ISTAT (1) (2) (3)

PI - PROFESSIONI CONVENZIONATE DELL'UNIVERSITÀ

1. ISTAT (1) (2) (3)
 2. ISTAT (1) (2) (3)
 3. ISTAT (1) (2) (3)
 4. ISTAT (1) (2) (3)
 5. ISTAT (1) (2) (3)
 6. ISTAT (1) (2) (3)

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.

REMERCIEMENT

A la mémoire de Papa

« Tu n'es plus là où tu étais, mais tu es partout là où je suis » Victor Hugo

Merci de m'avoir encouragé, merci d'avoir cru en moi.

Tu me manques chaque jour.

A Madame le Professeur Carmen M. Schröder

Vous me 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. Veuillez accepter ma profonde reconnaissance et respect.

A Madame de Docteur Anne Berthou

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour votre travail avec le Département de Médecine Général pour l'accompagnement de notre internant.

A Madame le Docteur Marie Bilger

Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. Je te remercie pour ta confiance et les précieux conseils lors de mon stage en pédiatrie à tes côtés. Merci pour ta bienveillance, avec toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Camille Lépine

Merci d'avoir dirigé ce projet, merci pour ton regard avisé, ton expérience et ton exigence qui m'a permis d'aller jusqu'ici. Je te remercie particulièrement pour ton soutien et ta bienveillance tout au long de mon internat. Merci de m'avoir accompagné dans ses épreuves pas toujours faciles. Je ne te remercierais jamais assez.

Merci aux participants,

Merci pour le partage de vos expériences et de vos idées.

Après ce long parcours,

Je tiens à remercier mes maîtres de stage qui m'ont fait découvrir la richesse et la diversité de la médecine générale. Merci de m'avoir aidé à prendre un peu plus d'assurance chaque jour. Je remercie en particulier le Dr Franck Bachschmidt et Dr Michel Jung, vous m'avez transmis votre passion. Merci au Dr Oehler, Christine ton sourire communicatif et ton écoute a permis en moi un apaisement, au moment où j'en avais le plus besoin.

Merci à tous les services qui m'ont accueilli, les urgences de Sélestat, la pédopsychiatrie du CHU de Strasbourg, la pédiatrie de Saverne, la médecine d'Obernai et la gynécologie de Colmar. Merci aux médecins et aux équipes de m'avoir accompagné dans mon apprentissage.

Merci à mes co-internes d'avoir partagés toutes ces expériences un peu folles, un vrai enrichissement.

A ma maman, merci pour ton amour, ta confiance, ton soutien moral, tes conseils. Je t'aime. Papa et toi, vous m'avez aidé à avancer et à me construire dans le partage et le respect. Merci pour la vie.

A ma grande sœur Elise, ma référence, mon repère. Merci pour ta patience, ta bienveillance. A la tribu que tu construis avec Aurélien, Martha et petite poussinnette, je vous souhaite que du bonheur.

A mon grand frère Cyril, tantôt proche, tantôt loin. Mais toujours dans mon cœur, n'en doute pas.

A Laura, pour toutes ces années de médecine côte à côte. En souvenir de ces journées passé à la BU, les potins pour décompresser, à nos aventures et à toutes les prochaines !

A Camille et Morgane, pour ces années folles de l'externat !

A Léandra, Lisa, Hélène, que serais-je sans votre soutien ? J'ai grandi avec vous, sous tous les aspects. Merci de m'avoir supporté dans les joies et les peines. Vous m'apportez tant et tous les jours. Un merci particulier à Lé pour l'aide orthographique !!

A Cécile, aux soirées fromages, aux vacances au ski, à travers l'Europe, et à celles qui nous attendent encore. Je te le redis encore une fois, mais probablement pas assez : je t'aime toi. Avec Guigui bien sûr.

Au copains de l'INSA aux fous rires, à la décompression, au partage : merci.

A Eliane et Philippe merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre région, dans vos traditions et dans votre famille.

A Nicolas, tu as suivi mon quotidien d'externe, d'interne, les remplacements, et enfin la thèse. Merci pour ta compréhension, ton aide et ta patience. Merci de ton soutien indéfectible dans chaque épreuve de notre vie. Merci pour ces rires et cet amour que l'on partage et qu'on fait grandir chaque jour, à l'image de notre granule bien au chaud dans mon bidou. Tu me rends heureuse. Je t'aime.

Table des matières

I.	Introduction	20
II.	Matériels et méthodes	23
	A. Type d'étude.....	23
	B. Guide d'entretien	23
	C. Population.....	23
	D. Recueil des données	24
	E. Analyse de données	24
	F. Aspect réglementaire	25
III.	Résultats.....	26
	A. Les données sociodémographiques.....	26
	B. La place des écrans dans les familles.....	27
	1. Les différents supports	28
	2. Les différentes normes intégrées par les parents	31
	C. L'influence des écrans chez les enfants selon les parents	36
	1. L'influence positive des écrans et les différentes fonctions des écrans.....	36
	2. L'influence négative.....	39
	3. Les influences extérieures sur l'utilisation des écrans par les enfants	42
	D. L'accompagnement déjà en place.....	44
	1. La sphère familiale	44
	2. La sphère « éducation nationale ».....	51
	3. La sphère médicale	53
	E. La prévention attendue par les parents	55
	1. Aucune prévention attendue.....	55
	2. Prévention médicale directe	57
	3. Prévention médicale indirecte	61

4.	Les freins de la prévention médicale, détectés par les parents.....	63
IV.	Discussion	65
A.	Validité de l'étude	65
1.	Type d'étude	65
2.	Limites et biais de l'étude	65
B.	Discussions des résultats	67
1.	Résumé des principaux résultats.....	67
2.	Le besoin ressenti de prévention des parents	68
3.	Pistes d'amélioration pour le médecin généraliste.....	71
4.	Les outils de prévention évoqués par les parents pour aider le médecin généraliste 77	
5.	La prévention des écrans, une prévention complexe.....	81
V.	Conclusion	84
VI.	Annexes.....	86
A.	Annexe 1 : Guide d'entretien.....	86
B.	Annexe 2 : Affiche recrutement.....	87
C.	Annexe 3 : Formulaire d'information	88
D.	Annexe 4 : Formulaire de consentement.....	89
E.	Annexe 5 : Accord comité d'éthique.....	90
F.	Annexe 6 : Accord CNIL	91
VII.	Bibliographie.....	92

I. Introduction

En tant qu'adulte, les écrans nous sont indispensables. Avez-vous remarqué l'écran dans votre voiture ? Sur votre dernier robot ménager ? Avez-vous aperçu l'écran à la station essence qui diffuse les publicités ? Ou les panneaux publicitaires dans les transports en commun ? Et pour les démarches administratives, peut-on encore se passer d'avoir une boîte de réception électronique ? Nous, adultes, sommes en contact permanent avec un écran, tout comme les enfants.

Les enfants, eux, sont exposés de plus en plus tôt : l'âge médian de début d'exposition aux écrans se situe autour de 9 mois (1). 67,7% des enfants de moins de 2 ans regardent la télévision tous les jours. Cela a été évalué dans une étude de cohorte de grande envergure qui suit 18 000 enfants depuis 2011 et pour une durée de 20 ans (2).

Très récemment, la crise sanitaire que nous avons traversée, a engendré une hausse de notre consommation des écrans chez les parents et les enfants. La consommation numérique s'est accrue de 44% pour les parents, contre 53% pour les enfants, avec pour ces derniers, une nette hausse des activités vidéo ludiques. Et selon 70% des parents, ces évolutions (au moins une) sont amenées à durer dans le temps (3).

Depuis l'avènement du tout numérique, les neurosciences ont progressé sur les effets délétères de l'exposition précoce et répétée aux écrans chez les enfants. En 2020 le Haut Conseil de Santé Publique France (HCSP) a réalisé une revue de la littérature sur les effets des écrans sur le développement cognitif de l'enfant, ses apprentissages et les troubles de la santé mentale (4). Elle met en avant les effets suivants :

- Des troubles du sommeil. Ils se présentent sous forme d'un délai d'endormissement supérieur à 60 minutes et un déficit en sommeil de plus de deux heures lors d'un visionnage de plus de deux heures de télévision ou quatre heures d'écrans cumulés (4).

- Des troubles du développement psychomoteur. L'exposition à la télévision dans la petite enfance est associée à des comportements inattentifs/hyperactifs, des fonctions exécutives inférieures et un retard de langage à court terme (5).
- Des troubles psychiques. Les consommations excessives d'écrans entraînent également un risque majoré de déclarer des troubles psychiques à l'adolescence comme de l'anxiété ou de la dépression ou encore une diminution du bien-être (6).
- Un sur-risque d'obésité. Il existe une association linéaire entre obésité et exposition aux écrans : une heure de télévision par jour augmente de 13% le risque d'obésité (7).

Pour contrer ces effets, il existe de nombreuses recommandations de bonne pratique concernant l'utilisation des écrans chez les enfants. On peut résumer les différentes recommandations sous deux grands principes :

- La limitation des écrans : en fonction de l'âge (« pas d'écrans avant 3 ans » (4), les balises 3-6-9-12 de Serge Tisseron (8)), en fonction du moment de la journée (pas d'écrans pendant les repas, pas d'écrans avant le coucher (9))
- L'accompagnement à l'utilisation des écrans : les parents doivent guider les enfants notamment sur le choix des contenus et donner l'exemple d'habitudes positives (10).

Malgré les nombreuses recommandations existantes sur l'exposition aux écrans des enfants, les enfants passent plus de temps que recommandé devant les écrans. En effet, le temps d'écran télévisé augmente progressivement de 30 minutes par jour à 12 mois pour atteindre 1 heure par jour pour les enfants de 30 à 35 mois (11). Alors que les recommandations du HCSP sont « pas d'écrans avant 3 ans ».

Le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prévention, pour que les parents soient au courant de ces recommandations et éviter les effets délétères des écrans chez les enfants. Or, nous savons que cette prévention est insuffisante en Alsace, grâce au travail du Dr Spizzo de la faculté de médecine de Strasbourg. En effet 62.3% des parents interrogés déclarent ne

pas avoir eu d'information au sujet des écrans de la part de leur médecin traitant (12). Plus récemment, le Dr Mathis à Strasbourg a effectué un travail sur le point de vue des médecins généralistes du Bas-Rhin quant à leur rôle auprès des parents et leurs ressentis personnels face aux recommandations existantes. Son objectif était de trouver des pistes d'amélioration de la prévention et de l'exposition aux écrans des parents (13). Elle conclue à un sentiment d'illégitimité des médecins et un besoin de formation notamment en ce qui concerne l'aspect pratique du discours médical à avoir lors d'une consultation avec les parents d'un enfant. Justement, un outil de repérage précoce et d'intervention en consultation chez les enfants de 0 à 18 ans a été élaboré dans un travail de thèse pour aider les médecins généralistes (14). L'évaluation de cet outil est en cours dans le travail d'une autre thèse.

Le rôle du médecin généraliste a donc été exploré du point de vue des médecins généralistes. Des formations et des outils leurs sont proposés.

Face aux médecins généralistes, les parents sont les principaux destinataires de la prévention. L'objectif de notre étude est d'explorer les attentes des parents vis-à-vis du rôle du médecin généraliste dans la prévention aux écrans chez les enfants de 0 à 10 ans.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

L'objectif de notre étude est d'explorer les attentes des parents vis-à-vis du rôle du médecin généraliste concernant la prévention des écrans chez les enfants de 0 à 10 ans. Nous avons employé une démarche qualitative afin de collecter l'avis, les ressentis et les expériences personnelles des participants (15). Cette étude qualitative descriptive repose sur l'analyse de discours anonymes recueillis au cours d'entretiens individuels semi-dirigés (16).

L'investigatrice s'est formée à la méthode qualitative lors de la formation proposée par le département de médecine générale de Strasbourg, ainsi que par la lecture de plusieurs ouvrages et notamment le livre de Jean-Pierre Lebeau « Initiation à la recherche qualitative en santé » (15).

B. Guide d'entretien

Nous avons élaboré une grille d'entretien composée de questions ouvertes, non orientées, auxquelles nous avons ajouté des questions de relance également ouvertes. Les entretiens se sont donc déroulés selon un rythme défini tout en laissant libre cours au discours de chaque participant. Cependant, nous nous sommes réservés la possibilité de nous écarter de cette grille fixe pour exploiter des idées et faire émerger des thèmes originaux.

Le guide a été mis à l'épreuve en amont, avec un tiers, afin de perfectionner les questions et relever certaines ambivalences ou répétitions.

C. Population

La population cible de cette étude était les parents d'enfants de moins de dix ans.

Le public visé était large afin de recueillir le maximum de points de vue différents. Le recrutement s'est fait au fur et à mesure, en parallèle avec l'analyse des données (17). Le seul

critère d'inclusion à l'étude était : être parents d'enfants de 0 à 10 ans. Il n'y avait pas de critères d'exclusions sauf les parents non francophones.

Le recrutement s'est fait sur un mode d'échantillonnage raisonné et par effet boule de neige. Des annonces par voie d'affichage sur le thème de la « prévention des écrans chez les enfants » ont été déposées dans des cabinets médicaux, des périscolaires et des écoles maternelles autour de Strasbourg (annexe 2). Les participants intéressés pouvaient contacter l'investigatrice directement par téléphone ou mail et recevaient alors un formulaire d'information (annexe 3). Sur le formulaire d'information, le sujet de l'étude était brièvement présenté ainsi que les modalités de recueil des données.

Les parents donnaient leur accord pour participer à l'étude par écrit en remplissant un formulaire de consentement (annexe 4).

D. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en face à face, par Catherine JACOB, interne en médecine générale. Ils se sont déroulés dans un lieu neutre choisi par le participant. La préférence était donnée à leur domicile, pour avoir un environnement propice à ce type d'entretien, sans source extérieure d'interruption.

Les données des entretiens ont été enregistrées par un dictaphone numérique. À la fin de chaque entretien, les éléments enregistrés ont été retranscrits mot à mot, que ce soit le verbal ou le non verbal, par le chercheur à l'aide du logiciel Word® afin de constituer le verbatim.

Nous avons mené les entretiens jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire que toute donnée nouvelle n'apportait aucun élément nouveau à la compréhension du phénomène à l'étude.

E. Analyse de données

Après chaque entretien, un codage du verbatim a été effectué manuellement dans un fichier Excel®. Puis de ce codage, nous avons identifié des propriétés qui ont permis d'amorcer la

conceptualisation en caractérisant le phénomène. Enfin nous avons procédé à une analyse intégrative afin de construire des catégories (18).

F. Aspect réglementaire

Sur les plans éthiques et réglementaires, notre sujet de recherche n'entrait pas dans le champ d'application de la loi Jardé (19).

L'étude a été approuvée par le Comité Ethique pour la Recherche de l'Unistra (numéro d'enregistrement : Unistra/CER/2022-47) (Annexe 5).

Une déclaration de conformité à la méthodologie MR-004, en accord avec la législation de la Commission Nationale Informatique et liberté (CNIL) a été effectuée auprès de la CNIL (Annexe 6).

III. Résultats

Dans cette partie, dans un premier temps nous aborderons les données sociodémographiques de notre étude. Puis nous décrirons les résultats de l'analyse qualitative. Pour chaque grand thème, une carte mentale résume les résultats qui sont ensuite détaillés et illustrés de verbatim.

A. Les données sociodémographiques

Notre étude porte sur neuf participants dont les âges sont compris entre 28 et 39 ans, avec une moyenne d'âge de 33 ans. Tous les participants ont un ou deux enfants. La moyenne d'âge des enfants est de 4 ans et demi. L'enfant le plus jeune est âgé de 12 mois et le plus âgé de 11 ans. Nous avons interrogé sept parents vivants en couple et deux parents vivants seul et ayant une garde alternée avec l'autre parent.

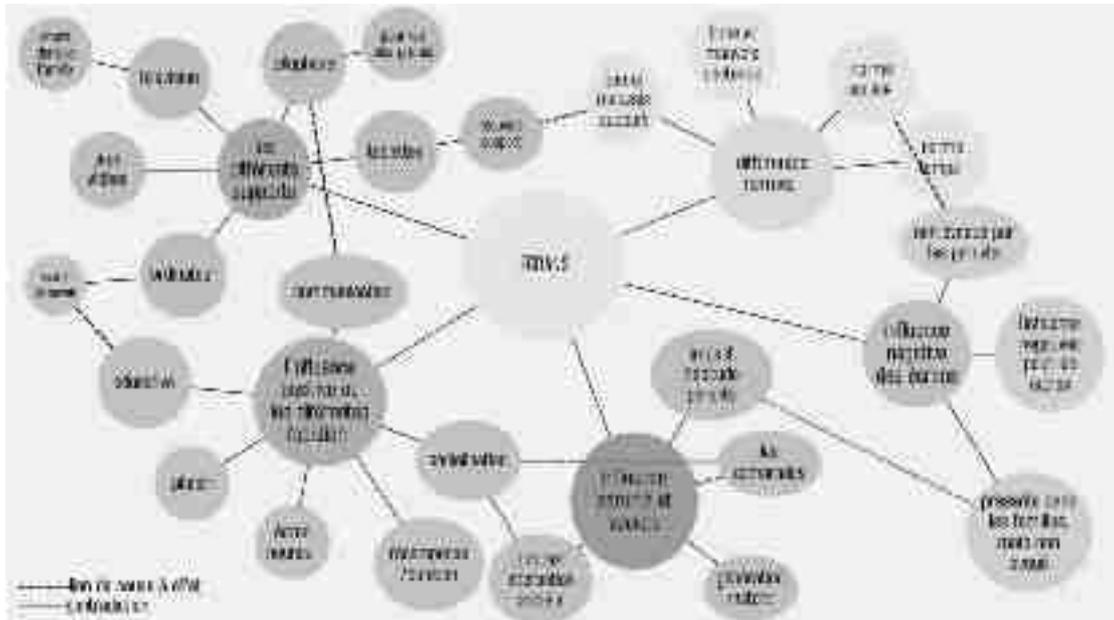
Les origines socio-économiques sont diverses. Nous avons interrogé deux ingénieurs, trois participants du monde médical (ostéopathe, aide-soignante et secrétaire médicale). Le lieu de vie est partagé entre rural et urbain (considéré comme « urbain » toute « zone bâtie peuplée d'au moins 200 habitants, telle qu'aucune construction ne soit distante de la plus proche de plus de 200 mètres », et « rural » toute zone ne correspondant pas à la définition précédente : définition de l'INSEE)

Nous avons effectué huit entretiens. L'entretien (P8) a été mené avec deux parents mariés. La durée moyenne des entretiens est de 42 minutes.

Ci-dessous un récapitulatif des parents recrutés.

	sexe	âge	catégorie socio - professionnelle	lieu de vie	nombre d'enfant	âge des enfants	vie	durée entretien	Lieu de l'entretien
P1	H	35	ingénieur bâtiment	rural	2	3 et 6 ans	famille	38'21	Lieu de travail du participant
P2	F	31	ostéopathe	urbain	2	1 et 3 ans	famille	30'35	Domicile du participant
P3	F	35	secrétaire médicale	urbain	1	7 ans	famille	24'47	Domicile du participant
P4	F	39	directrice péri scolaire	rural	2	8 et 11 ans	garde alternée	52'01	Domicile du participant
P5	H	28	surveillant de nuit	urbain	1	2 ans	garde alternée	01'03'05	Domicile du participant
P6	F	37	cuisinière	rural	2	1 et 8 ans	famille	46'22	Domicile du participant
P7	F	33	ingénieur informatique	rural	2	1 et 4 ans	famille	01'00'18	Domicile du participant
P8	F+H	28	ouvrier usine et aide-soignante	urbain	2	3 et 6 ans	famille	30'50	Domicile du participant

B. La place des écrans dans les familles



Carte mentale 1 : les écrans dans les familles interrogées

1. Les différents supports

a. La télévision

Une habitude parentale ancrée

Le visionnage de la télévision est une habitude ancrée dans les foyers. La télévision est présente dans les foyers depuis l'enfance des parents: « *J'ai toujours eu la télé avec moi* » (P6). Dans certaines familles, la télévision était allumée en continue à la maison dans l'enfance des parents : « *Ah oui ! On se levait, on mettait la télé, et on éteignait quand on allait se coucher.* » (P3).

Elle est considérée comme un élément de loisir pour se détendre, ou comme un refuge : « *Pour décharger de la journée* » (P7).

Le changement d'habitude à la naissance des enfants

L'arrivée de l'enfant dans le foyer est vécue par une famille comme un réel bouleversement dans les habitudes des parents « *On a arrêté la télé... Le jour où on a eu un enfant...* » (P3). Les parents ont pour habitude de regarder leur programme à la télévision sans les enfants. « *En général c'est la télé le soir après le coucher les enfants à partir de 21h30* » (P1).

Certains parents adaptent l'enfant à leurs habitudes. La télévision est ainsi regardée par les parents à côté des enfants de bas âge. Les enfants sont placés loin de l'écran, soit l'écran ne se trouve pas dans leur champ visuel : « *On le mettait là, dos à la télé* » (P3).

Enfants consommateurs des dessins animés, sport, émissions

Dans toutes les familles interrogées, les enfants sont consommateurs de dessins animés, de sport ou de documentaires. Le support de visionnage de ces programmes est l'écran de télévision, sauf dans une famille où le support est une tablette.

Le parent est à l'initiative de mettre les premières fois le dessin animé pour l'enfant. Au fur et à mesure que l'enfant grandit et que les parents proposent des programmes, on remarque que ce sont les enfants qui réclament leurs programmes : « *Ils sont assez demandeurs, par rapport aux dessins animés justement.* » (P8).

Globalement chez les familles interrogées, les dessins animés sont choisis sur des plateformes de streaming comme Netflix® ou YouTube kids®, les documentaires ou sport sont regardés sur les chaînes de télévision conventionnelles.

b. *Le téléphone*

Smartphone omniprésent pour les parents

C'est le moyen de communication par excellence « *Le téléphone je l'utilise vraiment pour communiquer avec les autres* » (P4). Tous les parents interrogés en possèdent un. « *Avec le téléphone ça c'est sûr c'est le réflexe un petit peu d'avoir le téléphone de pouvoir consulter les messages en permanence* » (P1). Certains parents possèdent deux téléphones, un pour le personnel et un pour le travail. Le smartphone est également largement utilisé pour consulter les différents réseaux sociaux et parcourir internet. « *Snap, Facebook, TikTok, je suis beaucoup dessus.* » (P5).

Addiction parentale.

On note que certains parents parlent eux même d'addiction à leur téléphone « *Je suis même un peu accro au téléphone.*» (P3). « *Alors téléphone j'étais et je suis accro aux réseaux sociaux.* » (P2). Un participant a regardé son temps d'écrans sur son téléphone et a été très étonné de voir le temps qu'il passait dessus. « *3h45 aujourd'hui (il est 14h) et 1h20 de moins que hier !* » (P5).

Contradiction parentale :

Les participants évoquent la règle de ne pas utiliser d'écran à table mais se contredisent : « *quand ils n'arrivent pas à manger, je montre quelques photos sur le téléphone* » (P2). « *Une*

fois de temps en temps le vendredi soir on regarde une petite émission ensemble et on mange du coup devant la télé. » (P1).

Téléphone et enfant

Dans les familles interrogées, les enfants de moins de 10 ans ne possèdent pas de téléphone. Par contre plusieurs participants mentionnent l'utilisation de faux téléphone par leurs enfants. Ces faux téléphones sont décrits comme des jouets en plastique ou en carton avec une forte ressemblance aux smartphones.

On remarque, une utilisation occasionnelle du téléphone par les enfants pour regarder les photos ou les vidéos prises par les parents. Ce type d'utilisation est majoritairement accepté par les parents, de même que les visio-conférences avec la famille éloignée géographiquement.

Par contre l'utilisation du téléphone pour regarder des vidéos de dessins animés, des vidéos récréatives, ou pour jouer à des jeux est interdite dans les familles interrogées.

L'âge de l'obtention d'un téléphone par les enfants est une question difficile pour les parents. L'enfant de (P7) est demandeur *« il est au CE1, et il réclame »* (P3), la règle est fixée à partir d'un certain âge : 6^{ème} pour cette famille. Dans une autre famille (P6), l'enfant de 11 ans a un téléphone depuis une année, et des points positifs sont retrouvés. *C'est « un outil de communication utile »* (P6), dans cette famille monoparentale en garde alternée.

c. Les tablettes

En fonction des familles interrogées, les tablettes peuvent être jugées comme des mauvais supports d'écrans *« tablettes je ne veux pas, je vois les enfants de mon frère, ils ont 5 ans, sur leurs tablettes toute la journée »* (P4) ou encore *« on trouvait que les jeux ça l'énervait très vite sur la tablette et du coup on l'a assez vite rangée »* (P1). Ici les participants se basent sur des expériences personnelles pour émettre un avis négatif. Au contraire, dans une des familles la tablette est utilisée comme support pour regarder des dessins animés avec notamment

Netflix® comme plateforme de streaming. Ce moyen est jugé bon du fait de l'absence de publicité.

d. *L'ordinateur*

L'ordinateur est un support majoritairement présent dans les foyers. L'ordinateur est plutôt utilisé par les adultes pour le travail, ou par les enfants de plus de 10 ans pour effectuer des recherches ou des projets scolaires.

Certaines familles n'ont pas mentionné d'ordinateur lors de l'entretien et donc n'ont pas évoqué l'utilisation de l'ordinateur par les enfants.

e. *Jeux vidéo :*

Les parents n'évoquent pas spontanément le sujet des jeux vidéo. Les consoles de jeux sont présentes dans plusieurs foyers interrogés, notamment pour une utilisation parentale. Certains types de consoles sont présents dans plusieurs foyers spécifiquement pour les enfants : la switch® et une DS®. L'accès aux consoles des enfants est contrôlé par les parents. En effet les enfants doivent demander à leurs parents avant de pouvoir jouer. Souvent les parents donnent des conditions aux enfants avant de pouvoir jouer, par exemple finir ses devoirs, ou avoir un bon comportement à la maison. L'écran devient ici un moyen de récompenser l'enfant.

2. Les différentes normes intégrées par les parents

a. *La norme : les écrans pour les enfants c'est « mal »*

On remarque dans l'analyse qu'à chaque entretien nous avons plus de quantité de verbatim liés aux habitudes des parents qu'aux habitudes des enfants. Les parents parlent plus d'eux que des enfants. Pourtant les questions ont bien été posées de la même manière pour les parents ainsi que pour leurs enfants.

On constate que lors de la question « racontez-moi comment votre enfant utilise les écrans ? », les parents ont une réaction d'évitement de la question, on a le sentiment qu'ils ne sont pas à l'aise pour répondre à cette question.

Cela se retrouve dans plusieurs éléments de langage verbal ou corporel des participants :

- Les parents semblent avoir un mouvement de recul dans leur langage corporel.
- Un des parents répond très succinctement « *ah ben nous on est pas du tout écrans* » (P7), alors qu'en approfondissant le discours, en relançant sur certaines remarques du participant, on observe un usage des écrans dans la moyenne pour l'âge de l'enfant.
- Certains parents répondent par une discussion des autres loisirs comme les jeux de société « *Ah bah nous le soir, on va se faire une tisane et des jeux de société. On est très jeu de société, on aime bien* » (P3), mais aussi la médiathèque, les parcs d'attraction, le bricolage, sortir s'amuser dehors.
- D'autres parents me parlent des règles mises en place à leur domicile pour justement éviter la consommation d'écran. Ils évitent ainsi de parler de l'utilisation réelle des écrans de leurs enfants.
- Ces différents types de réponses nous permettent de faire deux hypothèses :
- les parents ont intégré une forme de norme dans l'utilisation des écrans par les enfants. Ici on comprend que les parents pensent que les écrans, dans leur ensemble, ne sont pas « bons » pour les enfants.
- Les parents ont intégré que la réponse socialement acceptable c'est de dire que leur enfant n'utilise pas les écrans.

b. La norme relative aux « bons » contenus proposés à l'enfant

Le contenu des dessins animés que les enfants regardent sur écrans sont également jugés en fonction des familles. On observe une grande diversité des avis sur les contenus.

On a l'exemple de la plateforme Netflix® qui est jugée comme proposant du bon contenu par rapport aux chaînes télévisées conventionnelles. Et parmi les chaînes conventionnelles, on a notamment les émissions d'information qui sont jugées être du mauvais contenu pour les enfants, car les images peuvent être choquantes.

Une autre dichotomie émise par un participant est la plateforme de streaming Netflix® versus les jeux vidéo qui sont du mauvais contenu. La raison évoquée est notamment que les jeux vidéo n'ont pas de fin, les joueurs ont donc du mal à arrêter de jouer.

D'autres parents sont plus précis et jugent certains dessins animés pas assez éducatifs : comme « Pat patrouille® » contrairement à « Heidi® » qui serait du bon contenu. Ou encore un parent juge les vidéos des tracteurs que son fils réclame sur YouTube Kids® être du mauvais contenu car il n'y a rien d'éducatif, alors que les films des studios Disney® sont jugés comme meilleurs que les vidéos de YouTube Kids®.

Ici on remarque les inquiétudes des parents quant au visionnage de contenu qui est jugé inadapté à leur âge. Les parents relèvent une norme relative au « bon » contenu des écrans. Ils semblent avoir une volonté partagée par les participants que le contenu soit éducatif et bienveillant, sans image qui pourrait choquer les enfants.

c. La norme relative aux « mauvais » contenus proposés aux enfants : les programmes des adultes

Les participants interrogés ont également pour habitudes de cacher leur propre consommation d'écrans à leurs enfants. Comme par exemple : « *Mais dès que je les entendais sortir j'arrêtais ma série et je cachais l'écran.* » (P2). Les parents ont pour habitude de regarder leurs propres programmes sans la présence de leur enfant : par exemple quand l'enfant dort, ou bien quand il est en vacances ailleurs.

Les parents interrogés mentionnent le fait qu'ils évitent d'utiliser le téléphone quand les enfants sont présents « *J'évite de l'avoir quand les enfants sont avec moi. Donc c'est le matin quand*

ils sont pas réveillés quand je suis aux toilettes c'est pendant la sieste un quart d'heure avant de lire mon livre. » (P2) ?

Ces différents comportements de dissimulation des écrans des parents rejoignent l'idée qu'ils ont intégrés une norme concernant les écrans et les enfants. Ici la norme intégrée est relative aux contenus proposés à l'enfant. L'idée des parents est que les programmes des adultes ne sont pas « bons » pour les enfants.

La notion de mauvais contenus s'élargit également avec les publicités : « *Si on met maintenant TF1, il va y avoir des pubs, vraiment des choses qui sont pas pour les enfants.* » (P8). Le sujet de la pornographie n'a pas été évoqué explicitement lors des entretiens, mais les parents évoquent des « *dérapages* » (P4), ou bien « *qu'il retrouve des trucs un peu bizarre* » (P3).

Les participants disent vouloir protéger leurs enfants des images de publicité, de violence ou ayant attrait à la sexualité.

d. *La norme relative au temps*

Les participants ont un jugement négatif envers les autres parents qui fonctionnent différemment d'eux. Selon eux, il y aurait un « bon » comportement par rapport aux écrans (souvent le leur) et un mauvais comportement (celui d'autres parents).

Par exemple « *Non mais des parents, ils font quoi ?* » (P7), ou encore « *Ça c'est un truc je comprends pas comment font les parents pour ne pas arriver en retard.* » (P4) (en parlant des écrans le matin avant d'aller à l'école), « *On a jamais été à la coller devant l'écran et elle y restait devant toute la journée* » (P6). Ici le parent sous-entend que les parents qui ont ce type de comportement n'ont pas une bonne méthode d'éducation.

Un parent interrogé trouve que c'est choquant de voir un enfant de moins de trois ans avec un téléphone dans les mains: « *quand je vois un gamin de trois ans dans la poussette avec un téléphone ça m'a choqué* » (P5).

Ces différents exemples nous permettent de relever que les parents ont intégré un autre type de norme dans l'utilisation des écrans des enfants. Ici c'est une norme relative au temps des écrans et aux moments auxquels il est « bon » de proposer un écran à ses enfants. Dans la norme relative aux temps nous intégrons plusieurs notions :

- le temps de l'enfant passé devant l'écran : plus il est long, moins il est considéré comme « bon » comportement.
- le moment de la journée auquel on propose l'écran : les moments considérés comme mauvais sont nombreux : pas à table, pas avant l'école. A noter que le moment de l'endormissement n'est pas cité par les parents.
- Et enfin l'âge auquel on propose l'écran : les parents avancent globalement qu'avant 3 ans, l'écran n'est pas recommandé.

e. *La norme sociale de l'enfant calme*

Certains participants ont également émis un regret par rapport au regard des autres sur leurs enfants et dans le quotidien en général. En effet, ils estiment que l'enfant de nos jours doit être calme et bien se comporter en société. C'est-à-dire qu'il doit être sage, et surtout ne pas faire trop de bruit. « *Le problème c'est que c'est souvent mal vu maintenant de voir les gamins qui rigolent et qui courent.* » (P8). Le parent décrit une ambivalence car il critique également les enfants qui jouent calmement devant les écrans. Il se dégage de cette ambivalence formulée que le « bon » comportement serait d'avoir un enfant calme, mais sans en passer par les écrans.

Ces différentes pensées des parents peuvent être reliées au fait qu'ils ont intégré une norme sociale concernant les enfants, leur comportement dans la société, et leurs habitudes face aux écrans. Ils décrivent les « bons » et les « mauvais » comportements des enfants dans la société.

Un participant rappelle également qu'à son époque c'était bien vu : « *c'est des bons souvenirs quand on courait au resto.* » (P8).

Cette notion d'époque différente est reprise par plusieurs participants. Selon les participants l'époque précédente est soit jugée de meilleure qualité, soit ils n'ont pas d'opinion : « *Alors OK, notre génération ce n'est peut-être pas non plus un exemple super...* » (P7).

C. L'influence des écrans chez les enfants selon les parents

1. L'influence positive des écrans et les différentes fonctions des écrans

Le côté positif des écrans chez les enfants est chronologiquement, le premier point du discours qui ressort quand nous demandons l'influence des écrans sur la vie des enfants.

a. La fonction éducative

Certains parents interrogés rapportent une stimulation de l'imaginaire de l'enfant grâce aux écrans. Cela aurait plus d'impact que les lectures dans une des familles (P7). Selon les parents, les enfants apprennent du vocabulaire lorsqu'ils regardent certains dessins animés. D'autres trouvent que les dessins animés sont un support d'imitation pour les jeux. « *Elle [sa fille] se fait plein d'histoires, elle imite pat'patrouille®* » (P2)

L'aspect éducatif de certains programmes est mis en avant par certains parents « *On essaye de lui mettre des trucs, où il peut y avoir un côté éducatif avec* » (P7). En fonction des âges cela se traduit par certains dessins animés qui sont mis en avant, ou des documentaires. Dans la famille (P4) où un des enfants avait plus de 10 ans, internet est jugé comme éducatif car c'est un moyen de faire des recherches pour les devoirs. Une famille évoque également « *l'apport de culture générale* » (P8) des écrans.

b. *Le plaisir pour les enfants comme pour les parents*

Les écrans pour les enfants sont vus par les parents comme un « *moment de récréation* » (P1), un « *petit complément divertissant* » (P1).

Le moment de plaisir pour les enfants peut également être un moyen de plaisir partagé entre les parents et les enfants. Ce moment de partage permet, selon les participants, de créer un lien parent-enfant. Ce sont des moments où les règles habituelles comme par exemple : « pas d'écrans à table » vont être enfreintes pour un moment de plaisir partagé par les enfants et les parents. « *On a découvert le plaisir de se faire un plateau télé* » (P2). On remarque ici la contradiction qui a lieu chez les parents : ils imposent des règles mais la fonction « plaisir » des écrans prend le dessus sur les règles et s'impose dans des situations qu'ils n'avaient pas envisagées dans leur modèle d'éducation.

Certains parents évoquent les écrans comme moyen de calmer leur enfant. « *Un canaliseur pour qu'il redescende un petit peu* » (P7). Ici le plaisir est vécu d'une manière non directe : c'est le parent qui ressent du plaisir car son enfant se calme avec l'écran.

c. *La fonction récompense*

L'usage des écrans est également un moyen pour les parents de récompenser l'enfant pour un bon comportement : « *ça va être aussi une récompense* » (P6). Les écrans sont vus comme une récompense soit pour un bon comportement, soit pour des devoirs terminés. A l'inverse, l'interdiction des écrans peut aussi être utilisée comme moyen de punition.

Toujours dans l'idée de faire plaisir aux enfants, des consoles de jeux (des switch® ou une DS®) sont offertes à des moments particuliers à l'enfant. Comme à Noël ou pour un anniversaire. Les cadeaux sont effectués soit par les parents, soit par la famille plus éloignée comme les grands parents par exemple.

d. *La fonction communication*

Les parents évoquent positivement la facilité de la communication qu'apporte le numérique. Notamment avec le téléphone portable : « *[elle] peut directement l'appeler lui* » (P4). Dans cette famille monoparentale, grâce au téléphone portable, la participante n'a pas besoin de passer par le coparent pour échanger avec son enfant.

e. *L'écran-nounou*

Dans les familles interrogées les écrans sont régulièrement utilisés pour occuper les enfants à des moments où l'enfant doit patienter. Par exemple « *on emmène la switch® pour éviter qu'il s'ennuie* » (P3) a un repas de famille, au restaurant, lors des voyages en train ou en avion ou en voiture, dans les salles d'attentes « *je l'emmène avec moi, et qu'elle a des rendez-vous et que je sais qu'elle va devoir patienter* » (P6).

Ou encore, dans des tâches plus quotidiennes pour faire le ménage, pour avoir le temps de se doucher. « *Je lui mettais la télé quand je faisais le ménage. Comme ça je peux faire le ménage tranquille.* » (P5).

f. *La fonction socialisation*

Un parent interrogé transmet une peur de la marginalisation si l'écran est complètement interdit chez les enfants. C'est à dire une peur de ne pas être intégré à la société : une peur que l'enfant se retrouve seul car il n'a pas les mêmes sujets de discussion que les enfants du même âge. « *Et on a pas envie non plus qu'il soit totalement à la marge, donc on ne va pas tout restreindre.* » (P4).

Cette inquiétude est émise comme un moyen de justification des écrans, et notamment l'usage du téléphone portable, des jeux vidéo, ou encore le visionnage de certains dessins animés jugés comme « culte ». Il est donc impensable de ne pas le regarder pour les enfants.

Les écrans sont une évidence pour la plupart des parents interrogés, ils ont identifié que l'on vit dans un monde où les écrans sont omniprésents. Ils jugent que l'enfant n'a pas le choix d'être exposé aux écrans. Le choix du terme employé par un participant est intéressant « *il faut vivre avec son temps* » (P6). Cela est donc vécu comme une obligation.

Certains participants ont évoqué la tendance à devoir répondre tout de suite aux messages, à regarder toujours les notifications. Ils parlent de l'instantanéité à laquelle nous oblige la technologie. Ils présentent cette instantanéité comme un aspect négatif des écrans. C'est un aspect qu'ils ne souhaitent pas transmettre à leurs enfants. Mais ils se rendent compte que cela est difficile, car d'après eux, la société actuelle dans laquelle on vit est en plein changement et se dirige vers toujours plus d'instantanéité.

L'idée de marginalisation et de « vivre avec son temps » se rejoignent. Ils donnent une fonction de socialisation aux écrans.

2. L'influence négative

a. *Les parents ne citent pas spontanément de conséquences*

A la question « Selon vous, quelle est l'influence des écrans sur la vie de vos enfants », les participants se limitent à proposer les points positifs qu'ils retrouvent à l'utilisation des écrans. Les points négatifs sont spontanément occultés du discours parental. Les questions de relances sont systématiquement nécessaires pour chercher les points négatifs sur leur propre enfant. Les influences négatives sont alors décrites de manière plutôt générale et non pas pour leur propre enfant.

b. *Généralisation des influences négatives*

Lors des questions de relance, les influences négatives sont évoquées mais de manière plutôt générale. De nombreux exemples sont décrits :

- L'agressivité est décrite par plusieurs participants comme en lien direct avec la consommation d'écran mais elle reste détachée du comportement de leur propre enfant. : P 4 « *la violence ou l'agressivité que ça peut amener chez certains.* ».
- La nervosité est selon les participants directement liée au contenu qui est regardé. Mais il est précisé que ce n'est pas « *le genre de chose* » que son propre enfant regarde (P7).
- Les addictions des enfants sont évoquées par les parents, mais pour les enfants des autres familles. Seul un participant nous explique : « *On voit la façon dont ils deviennent accros très rapidement, peu importe les habitudes qu'on a. Quand on les laisse un petit peu, ils pourraient continuer tout le temps et c'est sans fin.* » (P4). On voit que ce parent utilise un vocabulaire similaire à celui que l'on pourrait employer pour parler d'une drogue ou d'une addiction.
- Concernant les conséquences somatiques des écrans, certains parents mentionnent leurs existences. Comme par exemple les troubles de la vision liés à la lumière bleue. En revanche, ils ne font pas le lien avec leur propre enfant.
- A propos du sommeil, la plupart des parents savent que les écrans ne favorisent pas l'endormissement de l'enfant. Mais le lien n'est pas fait avec leur enfant. Par exemple lors de l'entretien (P8), l'enfant me raconte son cauchemar lié au visionnage d'un film, mais la maman ne me parle à aucun moment de liens entre le trouble du sommeil et les écrans. Un autre parent me rapporte les cauchemars de son neveu lié au visionnage d'une série policière avec la présence d'arme à feu. Ici encore une fois, le parent ne décrit pas le comportement de ses propres enfants, mais juge le comportement des autres familles.

Dans tous ces exemples, les parents évoquent leurs connaissances sur le fait que les écrans sont mauvais. Sauf exception, ils ne mettent pas en relation leurs connaissances et les comportements de leur enfant. Le discours est généralisé avec des pronoms impersonnels.

c. *Décryptage des conséquences négatives dans leurs discours.*

En développant les habitudes d'utilisation des écrans chez les enfants, on retrouve des influences négatives liées à l'utilisation des écrans: l'excitation, la violence ou des cauchemars rapportés en lien avec l'utilisation des écrans. On décrypte ces différents points lors du discours des parents décrivant leurs habitudes familiales. Le lien avec une influence négative n'est pas exprimé par ces parents.

Excitation des enfants :

Les moments d'excitations des enfants après avoir regardé les écrans sont décrits à chaque entretien, voire plusieurs fois par entretien. Le participant (P3) décrit le comportement de son enfant atteint de trouble du spectre de l'autisme après avoir regardé la télévision « *Mais même avec le sport ou quoi que ce soit, t'éteins et après il court partout, il fait le tour de la maison je ne sais pas combien de fois ! Ce n'est pas possible.* ». Quelques temps avant l'entretien, le participant (P5) a eu une formation par une psychologue sur les effets des écrans chez les enfants. Il a donc eu une prise de conscience et a arrêté les écrans pour son enfant, il remarque une différence de comportement « *Là, depuis que j'ai arrêté il fait moins de crises quand même. Avant c'est simple quand j'enlevais la télé il faisait une crise. Une crise aussi quand il y avait la pub.* » (P5).

Violence et agressivité,

Peu de famille rapportent cette agressivité à domicile. Néanmoins, quelques participants ont décrits des comportements agressifs de leurs enfants : « *il nous a déjà lancé deux trois fois la télécommande vers la télé. Donc il aurait pu la casser. Parce que du coup il était énervé* » (P7) et « *il a deux an et demi, et il devient déjà fou* » (P5) en parlant des crises après avoir regardé la télévision ou des publicités.

Nervosité, peur et angoisse des enfants

Un participant explique le lien entre l'anxiété et les écrans dans un contexte particulier, celui du collège. Il décrit le fonctionnement de l'agenda électronique au collège et la peur de son

enfant qu'un professeur ajoute un devoir sur cet agenda électronique qui n'aurait pas été évoqué en cours.

Un enfant présent lors de l'entretien me décrit également son cauchemar lié au contenu d'un film vu avec ses parents.

Pensée itérative à l'écran, addiction

On remarque que certains participants parlent de « demande de l'enfant », par exemple « *Et souvent en ce moment il nous réclame la télé dès 9h le matin.* » (P7). D'autres font le lien entre les demandes de l'enfant et les pensées de celui-ci, en notant que les demandes sont liées aux pensées itératives de l'enfant pour les écrans « *Et même il y a des journées elle pense qu'à ça !* » (P2).

L'écran déresponsabilise l'enfant

Les participants évoquent la déresponsabilisation de l'enfant, liée au numérique. Avec un exemple précis de l'agenda en ligne, pour les collégiens. C'est un agenda où les professeurs notent les devoirs à faire. « *Pour moi ça ne doit pas remplacer le travail de l'enfant* » (P4). Ici l'écran est utilisé comme support pour noter les devoirs, cette participante ressent la peur que l'écran et le professeur remplace le travail de l'élève.

On remarque que, même si le lien n'est pas effectué par les parents, les influences des écrans sont bien présentes dans les familles interrogées.

3. Les influences extérieures sur l'utilisation des écrans par les enfants

a. *L'influence des habitudes des adultes sur les enfants*

Sans que cela soit nécessairement exprimé par les participants, on remarque que dans les familles où les parents utilisent peu les écrans, les enfants tendent vers ce même comportement. Cela dépend de l'ambiance créée par la famille. « *Nous le soir, on va se faire*

une tisane et des jeux de société. On est très jeu de société, on aime bien » (P4). Dans cet exemple, l'écran ne sera même pas discuté, il y a un autre objectif pour la soirée.

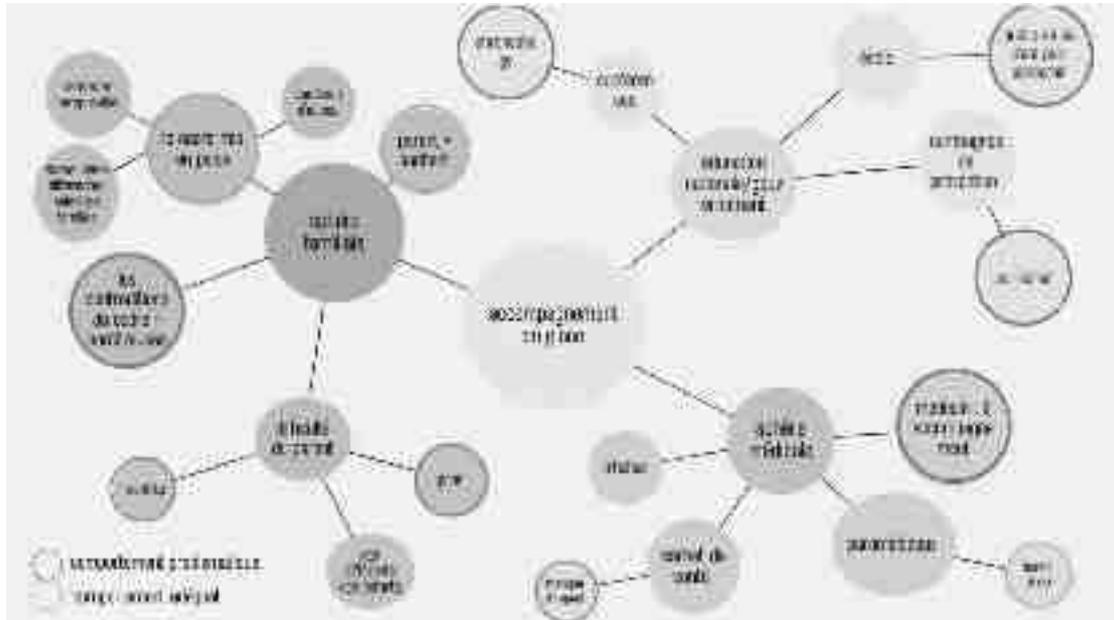
Certains participants font le lien entre leurs habitudes et celles de leurs enfants : « *Sauf que mon ex la première chose qu'elle fait c'est qu'elle allume la télé, et elle le met devant la télé. Du coup chez moi c'est pareil, il prend son bol, il veut aller devant la télé.* » (P5). Ici, le parent ressent que l'habitude de l'enfant est conditionnée par ses habitudes qu'il a chez l'autre parent. De même, une participante observe elle-même l'influence de ses habitudes sur les habitudes de ses enfants. « *Donc forcément les enfants grandissent avec mes habitudes aussi.* » (P4).

b. *L'influence des amis des enfants*

Tout au long de la scolarité, l'enfant va s'ouvrir au monde extra-familial. C'est en général à partir de cet âge-là que l'enfant va créer des liens avec des enfants du même âge. Entre les enfants, les parents remarquent une influence sur le comportement avec les écrans : « *L'influence des copains qui jouent avec eux, c'est pas toujours évident.* » (P4). Les enfants semblent réclamer les mêmes outils que leur camarades, notamment concernant le téléphone portable : « *Je me doutais que ça viendrait à un moment donné, qu'il poserait la question comme les copains en ont, et compagnie.* » (P4).

Dans ces exemples nous remarquons que c'est donc l'influence de la vie en société qui provoque l'achat de certains écrans comme le téléphone portable. Cela rejoint l'idée de norme sociale évoquée plus haut. L'effet de groupe ainsi que la notion de faire plaisir à l'enfant semble prendre le dessus de la norme globale des parents « les écrans ne sont pas bons ».

D. L'accompagnement déjà en place



Carte mentale 2 : l'accompagnement effectué par les familles interrogées

1. La sphère familiale

a. Le savoir des parents

Chaque parent interrogé a cette notion de norme globale “les écrans ce n’est pas bien”. Le degré d’intégration de cette norme est plus ou moins prononcé. Les parents se renseignent et sont sensibilisés à ce sujet.

Les informations viennent de plusieurs supports : du bouche à oreille, de livres d’éducation, du carnet de santé, de campagnes de prévention nationales qui passent à la télévision, des conférences. Un parent interrogé a été sensibilisé par une psychologue qui lui faisait une formation dans le cadre de son travail. Ce moyen d’information a eu un impact relativement important, le parent a radicalement changé l’utilisation des écrans pour son enfant notamment en termes de longueur et de temporalité du contenu proposé.

Un autre parent a évoqué le sujet des écrans comme un sujet de mode, en le comparant à la prise de conscience écologique.

Le savoir des parents accompagne d'une certaine manière les enfants. Les parents ont plus ou moins connaissance des effets délétères des écrans. Ces connaissances ont l'air d'avoir des conséquences sur les règles établies à domicile. Les parents suggèrent ne pas vouloir de ces influences négatives des écrans sur leurs enfants.

b. L'accompagnement des parents : le cadre mis en place par les parents

Chaque famille interrogée met en place des limites pour l'enfant lorsqu'il regarde les écrans. Plusieurs parents appellent cela « cadrer » les écrans.

Ces limites sont multiples et concernent la temporalité du visionnage, le temps de visionnage, les conditions d'accès aux écrans ainsi que le contenu propre qui est également sous surveillance.

Limitation du temps :

On retrouve dans plusieurs familles la notion de sablier ou de minuteur. Le minuteur est mis en place pour que l'enfant sache où il en est de sa consommation d'écrans. A la fin du temps autorisé, il est demandé à l'enfant d'arrêter l'écran de lui-même. Les parents qui utilisent cette méthode en sont très satisfaits, car à l'arrêt de l'écran ils évoquent l'absence de débordement de la part de l'enfant. Cette méthode est notamment utilisée dans la famille (P3) qui a un enfant atteint de trouble du spectre autistique (TSA). C'est une méthode qui leur a été apprise par un professionnel de santé du CAMPS par lequel est suivi leur enfant.

On voit que dans les familles les limites de temps sont différentes en fonction de l'âge des enfants ou de l'évolution de ceux-ci. A l'âge préscolaire les limites sont strictes et respectées par les parents. Puis lorsque les enfants grandissent, les règles de temporalité évoluent avec un temps de visionnage qui augmente que ce soit dans la longueur du contenu et dans la fréquence.

Les conditions d'accès aux écrans

Les familles mettent en place des conditions pour accéder à l'écran. En effet, dans toutes les familles l'enfant de moins de 10 ans n'a pas d'accès direct aux écrans, que ce soit la télévision, la tablette, le téléphone ou la console de jeu. Il est nécessaire que l'enfant obtienne l'autorisation parentale pour regarder l'écran. Soit ce sont les parents qui autorisent directement les enfants à regarder les écrans, soit l'enfant doit d'abord émettre une demande d'utilisation d'écran afin d'obtenir une autorisation. Ce sont deux situations différentes qui peuvent avoir lieu dans les mêmes familles. Car en fonction de l'âge les parents considèrent que l'enfant doit faire une demande. Cet âge a été évalué lors des entretiens autour de trois ans et demi.

La temporalité du visionnage des écrans :

Les horaires de visionnage des écrans paraissent importants pour la plupart des parents interrogés. La limite de : « ne pas utiliser d'écrans avant l'école, le matin » est répandue. En revanche, la raison de cette limite reste floue pour la plupart des parents. Pour certains, la raison évoquée est le risque de troubles visuels, pour d'autres c'est le risque de déconcentration lié à l'excitation due aux écrans. Certaines familles sont plus strictes et interdisent les écrans les jours d'école.

La phase d'endormissement est un moment où les parents ont des habitudes différentes. Certains parents considèrent que ce moment doit être sans écrans. D'autres familles ont pour habitude de laisser les écrans avant le coucher des enfants.

Chaque famille interrogée considère que « l'écran » n'est pas convenable à table. Notamment le téléphone portable, qui est considéré comme une source de dérangement intempestif (les notifications, les appels). « *Pareil à table il n'y a pas de téléphone dans la cuisine, si on est en train de manger ce n'est pas grave la personne on la rappelle après.* » (P4). Dans une famille, la télé est allumée en bruit de fond. Mais la participante précise que les repas se font à table loin de la télévision, qui est installée dans une autre partie de la pièce, le contenu de la télévision ne peut pas être vu de la table où l'on mange. « *Mais on ne l'a pas avec nous à table*

» (P6). Cette précision nous confirme que les repas sont considérés comme un moment important dans les familles, comme un moment de partage. « *Pas pendant qu'on mange, parce que les moments en famille pour manger c'est important.* » (P2).

La surveillance du contenu des programmes destinés aux enfants

Il y a plusieurs types d'accompagnement concernant le choix des programmes. Des parents interrogés choisissent eux même ce que les enfants vont regarder. « *C'est toujours nous qui choisissons les programmes.* » (P1).

Dans d'autres familles le choix des programmes est fait sous surveillance : « *Et ils ont l'habitude de me demander avant, si ça c'est bon ou pas.* » (P4), « *Oui je lui mets sur YouTube® , et il me montre du doigt la vidéo qu'il veut.* » (P5).

Dans l'accompagnement concret de l'enfant les familles se distinguent :

- Ceux qui regardent systématiquement les écrans avec l'enfant.
- Ceux qui ne regardent pas, mais qui sont dans la même pièce.
- Ceux qui ne regardent pas du tout avec l'enfant.

Cela diffère en fonction des habitudes des parents ainsi que de leur confiance dans les programmes choisis.

En effet, certains parents accordent la confiance dans les programmes choisis alors que d'autres pas du tout. Par exemple pour « pat patrouille® » certains parents trouvent que c'est un programme tout à fait adapté aux enfants alors que d'autres vont trouver ce programme pas assez intéressant. En effet, les normes liées aux contenus des programmes pour enfants diffèrent selon les familles et donc l'accompagnement des enfants se fait de manière différente.

c. *Les stratégies des parents pour mettre en place le cadre*

Un parent interrogé me décrit une technique pour éviter que son enfant regarde la télévision. Il dit à son enfant que la télévision est cassée. Ce participant ment à son enfant pour éviter que son enfant regarde du contenu sur écran.

Les participants interrogés ont également pour habitude de cacher leur propre consommation d'écrans à leurs enfants. Par exemple : « *Mais dès que je les entendais sortir j'arrêtais ma série et je cachais l'écran.* » (P2). Les parents ont pour habitude de regarder leurs propres programmes sans la présence de leur enfant : par exemple quand l'enfant dort, ou bien quand il n'est pas au foyer.

Par ces comportements de dissimulations des écrans, les parents élaborent des stratégies pour limiter les écrans et faire appliquer le cadre qu'ils ont en tête.

d. *Les contradictions du cadre mis en place par les parents*

On remarque dans le discours des parents des contradictions avec le cadre évoqué ci-dessus. En effet, certaines règles qui me sont présentées sont contredites à plusieurs reprises.

Par exemple, les repas sont considérés comme des moments à partager en famille sans écrans, mais les familles enfreignent cette « règle ». Une participante utilise son téléphone à table pour comptabiliser des points de nutrition sur une application. Un autre exemple, ce sont les plateaux télé qui sont effectués dans quelques familles comme un moment de partage récréatif pour toute la famille. Ces moments sont jugés exceptionnels selon les participants.

Les limites de temps imposées de base par les parents sont également plus ou moins respectées, lorsque l'enfant demande un épisode supplémentaire celui-ci peut être accepté malgré la limite qui a été discutée en amont du visionnage. Elles sont transgressées de deux manières : soit par une demande de l'enfant et le parent veut lui faire plaisir, soit par une demande de l'enfant, et le parent est encore occupé à faire autre chose.

On remarque que ces contradictions ont lieu car les parents semblent trouver des bénéfices secondaires au visionnage des écrans par leurs enfants. Ces bénéfices secondaires sont notamment les fonctions des écrans évoquées dans la partie des influences positives des écrans : l'écran nounou, l'écran récompense, l'écran socialisation, l'écran plaisir et l'écran éducation.

e. La complexité de la gestion des écrans

Les notions de « bénéfices secondaires » ne sont pas évoquées spontanément par les parents, mais ils sont retrouvés par l'analyse du discours des parents. Ils sont un des critères de la complexité de la gestion des écrans pour les enfants de la part des parents. En effet, les bénéfices secondaires peuvent créer un dilemme pour les parents qui sont tiraillés entre leur savoir des effets délétères qu'ils ne veulent pas transmettre à leur enfant et les bénéfices secondaires qu'ils retrouvent lors du visionnage des écrans par leurs enfants.

Une participante parle d' « *anarchie* » quand nous demandons quel est l'accompagnement des écrans pour ses enfants. Cela met en évidence que pour les familles, les règles concernant les écrans sont confuses. Cette confusion, ce flou, peut amener à un « désordre » dans les familles. On ressent encore une fois que l'accompagnement des enfants est complexe pour les familles.

Les conflits engendrés par les écrans

Les écrans et les enfants sont décrits comme une « *bataille de tous les jours* » par (P4). On ressent également ces difficultés dans plusieurs familles interrogées. L'écran devient un moyen de punition ou, au contraire, de récompense. Le temps de l'écran est alors donné en fonction du comportement de l'enfant (par exemple si l'enfant a bien dormi, il a le droit de regarder les écrans entre midi et deux). La punition peut elle-même découler de la surutilisation des écrans (l'enchaînement des programmes par l'enfant sans autorisation parentale entraîne

une interdiction des écrans pour un moment donné). Les écrans sont donc aussi source de conflits entre les parents et les enfants.

Les conflits ont également lieu entre parents. Ces conflits entre les parents sont liés à des normes intégrées différentes. Par exemple : la maman ne veut pas regarder les écrans devant ses enfants par peur de leur transmettre une mauvaise habitude, mais le papa le fait. Cela est valable pour des parents en situation marital, mais également pour les parents séparés interrogés.

Peur des parents

On décèle chez les parents interrogés des peurs concernant la visualisation de mauvais contenus, de contenus non sollicités, notamment les publicités ou les informations. « *Si on met maintenant TF1, il va y avoir des pubs, vraiment des choses qui sont pas pour les enfants.* » (P8). Le sujet de la pornographie n'a pas été évoqué lors des entretiens, mais les parents évoquent des peurs de « *dérapiage* » (P4), ou bien « *qu'il retrouve des trucs un peu bizarre* » (P3).

Ces peurs évoquées par les parents complexifient l'accompagnement de leur enfant. En effet, on remarque que pour éviter ces peurs, les parents nous expliquent qu'ils discutent avec leurs enfants du contenu visionné. Les parents expliquent régulièrement à leurs enfants qu'ils doivent discuter de ce qu'ils voient sur les écrans.

La gestion d'enfants d'âge différents dans une fratrie

On remarque aussi des difficultés parentales dans la gestion de deux enfants d'âge différents. En effet, les parents veulent imposer une limite plus stricte pour l'enfant plus jeune, mais sont d'accord pour que le plus grand regarde les écrans. Cela donne des situations où le cadre mis en place pour l'enfant plus jeune a du mal à être respecté. Les parents font donc des « *concessions* » sur le cadre mis en place. Par exemple, avec un enfant dans un coin du salon dos à l'écran et l'autre qui regarde la télévision.

f. *Montrer l'exemple*

Montrer l'exemple pour ses enfants est un point qui revient plusieurs fois lors des entretiens. Parfois avec des moyens assez originaux, comme cacher les écrans « *Mais dès que je les entendais sortir j'arrêtais ma série et je cachais l'écran* » (P2). Pour d'autres, comme dans un contexte de garde alterné (P4), les règles sont clairement notées sur papier chez les deux parents, et la participante tient à cœur de montrer l'exemple des règles mises en place pour ses enfants: « *Et pareil ne serait-ce que pour l'exemple, si moi j'ai mon téléphone dans la chambre, c'est pas l'idéal. Le mien aussi reste au salon le soir.* ».

Ce comportement exemplaire des parents semble découler de la notion que les habitudes des parents influent sur les comportements des enfants. On a discuté de ce résultat déjà un peu plus en amont. Les parents sont conscients de cette influence à différents degrés. Cette prise de conscience forte dans certaines familles entraîne le comportement de « montrer l'exemple ».

2. La sphère « éducation nationale »

a. *L'école dans la prévention des écrans*

Le sujet des écrans est évoqué dans des réunions de rentrée auxquelles les familles sont conviées, organisées par les établissements scolaires. Néanmoins, l'impact de ces dernières semble être moindre. En effet, aucun participant ne cite ces moments de préventions de lui-même, nous le demandons dans des questions de relance. Une participante évoque le fait que lors des réunions de rentrée les informations sont très nombreuses. Elle sous-entend ainsi que la prévention des écrans est noyée dans un trop grand flux d'informations. Par ailleurs, certains parents ne peuvent pas assister à ces réunions.

Dans une des écoles dans laquelle un enfant d'un parent interrogé est inscrit, une semaine sans écrans est organisée. Et donc le sujet de la prévention des écrans est discuté pendant

cette semaine-là dans le cadre scolaire. La participante évoque cette semaine sans écrans avec satisfaction. Pour elle c'est un rendez-vous dans l'année pour faire le point sur les écrans chez les enfants.

L'impact de l'école semble donc être mitigé pour la prévention des écrans. La prévention semble se faire seulement lors des rentrées scolaires et tous les parents ne sont pas présents à ces réunions. Une semaine complète de prévention à l'école semble être plus efficace pour marquer la conscience des parents pour la prévention des écrans.

b. Les campagnes de prévention nationale

Les campagnes de prévention nationales sont évoquées par les participants à notre étude. Une des participantes évoque notamment une campagne qui passe à la télévision pendant les publicités. Ce qui peut paraître être un paradoxe pour une prévention contre les écrans : la prévention de l'usage des écrans est réalisée en utilisant les écrans comme support de communication. La participante note cette contradiction par un élément de *langage* « *Que ça [la prévention] soit finalement les écrans eux même.* » (P6).

c. Les conférences

Des participants ont mentionné l'existence de conférences organisées par le département et l'aide à l'enfance ou encore par les médiathèques. Ces conférences sont évoquées comme des compléments d'accompagnement à la prévention des écrans.

Un des participants a participé à plusieurs conférences. Ce parent regrette le fait que ce sont des parents déjà sensibilisés qui participent à ces conférences. Il évoque un biais de sélection propre à ces événements. Un autre participant se rend compte qu'il a manqué la conférence lors de l'entretien, il paraît être déçu d'avoir manqué la conférence. Cet acte manqué nous fait remarquer le manque de temps des parents. Les conférences sont jugées comme très intéressantes mais chronophage.

3. La sphère médicale

a. *Les médecins*

Aucun participant interrogé n'a mentionné directement le corps médical dans l'accompagnement de l'enfant. Lors des questions de relance, les participants ayant des enfants suivis au CAMPS pour un TSA et un TDAH me confient qu'ils ont eu une sensibilisation aux écrans au détour de la consultation spécialisée, soit par le pédopsychiatre soit par un neuropsychologue spécialisé dans la pédiatrie et dans le cadre de ces pathologies susmentionnées. Les autres participants disent ne pas avoir le souvenir d'une intervention par leur médecin généraliste ou leur pédiatre.

b. *Les paramédicaux.*

Les participants évoquent les paramédicaux comme des acteurs de prévention pour la lutte contre les écrans chez les enfants. Nous retrouvons différents corps de métiers évoqués :

- Sage-femme : lors d'une consultation concernant des problématiques de sommeil de l'enfant, une participante pense avoir eu une brève intervention sur le thème des écrans. Cela n'a pas été marquant selon la participante, car elle s'en souvient que très peu. Elle mentionne le manque de sommeil à ce moment-là qui lui provoquait des troubles de la mémoire comme justification.
- Psychologue : une formation qu'il a eue dans le cadre de son travail.
- Ostéopathe : une participante, qui exerce le métier d'ostéopathe spécialisé pour les enfants, indique qu'elle fait elle-même de la prévention des écrans auprès des parents. Par sa formation, cette participante semble connaître les conséquences des écrans, elle trouve que cela fait partie de son rôle d'ostéopathe.

On remarque que les paramédicaux sont de réels acteurs de prévention : leurs interventions semblent soutenir les parents dans leur accompagnement de leur enfant. Les parents

semblent se laisser porter par ces interventions. Nous pouvons également noter que du point de vue même des paramédicaux, ils se sentent concernés par cette action de prévention. *« Alors plutôt à l'inverse c'est moi qui le fait passer à mes patients. Quand je vois certains patients j'essaye de caler le sujet de télé. Parce que je pense que c'est pas bon. »* (P2). L'investissement professionnel de cette participante semble important. Une idée d'association entre le corps médical et les paramédicaux émerge : *« Donc est-ce qu'il ne faudrait pas se mettre en relation avec tout le corps médical, pour que l'information passe, et que nous, comme on a le temps on le diffuse. »* (P2).

c. Les affiches

Les affiches de prévention ont été citées par les participants comme étant un « bon » système de prévention. Les participants trouvent que les affiches et surtout leurs slogans, leurs messages sont facilement assimilés. Ces affiches ont été aperçues dans différentes salles d'attente : celles des médecins, des dentistes ou des sage-femmes. Un des participants retrouve de mémoire un slogan d'affiche « 3-6-9-12 ». Ce participant nous permet de mettre en lumière le fait que ce moyen de prévention est apprécié par les familles, on peut deviner qu'il y a un impact de ces affiches car le parent a retenu le slogan et les « règles » qui vont avec. En effet, quand on observe le comportement de cette famille, la règle de pas d'écran avant trois ans est respectée ainsi que la limitation du temps d'écran à moins d'une heure par jour entre trois et six ans.

d. Carnets de santé

Le carnet de santé est reçu par les parents comme une aide éducative : *« le carnet de santé, c'est quelque chose qui suit l'enfant, donc on est censé l'avoir lu un minimum »* (P8). Seul un participant évoque le carnet de santé comme un moyen d'accompagnement des enfants. Pour autant le participant ne sait pas m'expliquer ce qu'il a retrouvé sur ces pages du carnet de

depuis plus longtemps que la prévention des écrans, et pourtant il n'observe pas de changement suite à cette prévention. « *Tu fais la prévention pour l'alcool, ça n'empêche pas qu'il y a plein d'alcooliques à l'hôpital* » (P8).

Dans ces réponses, nous remarquons que les parents semblent estimer que leurs habitudes avec les écrans sont bonnes et que ce n'est pas la place du médecin de faire la prévention de l'exposition aux écrans mais de la responsabilité des parents.

Paradoxalement, à la question suivante de la grille d'entretien : « quelle est la place d'une conversation sur les écrans avec le médecin généraliste », la place de la conversation est trouvée légitime et même essentielle pour certains. Les parents se sentent valorisés dans ce type de conversation avec le médecin : « *Ça permet une prise en charge plus globale de son patient, et on se sent reconnu et entendu. Ça peut être pas mal.* » (P4).

Nous supposons que le terme médical « prévention » est problématique dans notre discours avec les parents. Car en abordant le thème des écrans par une simple conversation et non pas en terme médical le dialogue s'ouvre et des idées de différentes conversations sur les écrans naissent.

Lorsque nous approfondissons la question de la conversation sur les écrans lors des consultations en médecine générale, des participants évoquent le fait que celle-ci doit être courte : « *juste poser la question* » (P6), « *succinctement* » (P7). Cela repose la question du « rôle » du médecin généraliste dans la prévention. Les parents semblent suggérer que ce discours ne doit pas prendre le pas lors de la consultation de suivi sur les attentes des parents qui sont plus du domaine médical, et notamment ce qui touche au développement de l'enfant comme « *la taille le poids* » (P2), ou de la « *progression du développement* » de l'enfant (P1). Exceptionnellement, un parent estime qu'une conversation sur les écrans n'a pas sa place en consultation de médecine générale.

Lors de l'approfondissement du discours des parents, nous remarquons dans le verbatim des parents interrogés des phrases succinctes, des réponses courtes. Dans les discours non

verbaux, les silences et les signes d'hésitations sont nombreux. Des questions de relance sont nécessaires pour préciser les réponses et pour trouver de nouvelles idées. Finalement, le verbatim des parents reste très peu fourni sur leur attente sur la prévention. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse d'un besoin de prévention limité chez les parents des enfants de zéro à dix ans.

2. Prévention médicale directe

Ce que nous nommons prévention médicale directe, c'est la prévention faite lors de la consultation avec le médecin.

Lorsque nous questionnons les parents concernant une conversation sur les écrans en cabinet de médecine générale, nous remarquons que le dialogue s'ouvre. La conversation sur les écrans est donc envisagée et acceptée par les parents interrogés. Dans la suite des résultats nous avons essayé de définir avec les participants quel type de conversation ils voudraient avoir avec le médecin. Nous avons discuté de la fréquence et du contenu de la discussion. Nous avons pu remarquer des avis différents selon les familles.

a. *Systématique, dès la naissance*

Des parents interrogés envisagent une discussion sur les écrans régulière pour tous les parents sans distinction. La prévention serait alors effectuée directement par le médecin lors des consultations de suivi, tout au long de l'évolution de l'enfant. Un parent utilise l'expression : « *piqûre de rappel* » (P7), pour parler de la prévention des écrans. Cette expression est assez singulière car elle rappelle un élément régulier, qui peut être vécu négativement (les vaccins). Nous pouvons faire l'hypothèse que la prévention semble être associée à un moment qui serait mal vécu par les parents et par l'enfant.

L'âge du début de la prévention est divers selon les familles : certains évoquent qu'elle devrait avoir lieu dès la naissance, d'autres n'évoquent pas d'âge de début particulièrement.

La fréquence proposée par les parents semble être environ une fois par an, en espaçant avec les enfants qui grandissent : « à chaque bilan » (P6), aux « examens obligatoires, 6 ans, 8 ans » (P3), « des un an, des 2 ans, des 3 ans » (P8).

b. *Impact de la prévention faite par le médecin*

Selon les participants, l'impact de la prévention directe par le médecin semblerait supérieur à la prévention qu'ils ont déjà pu recevoir, comme les campagnes de prévention de l'état ou la prévention faite à l'école. « Du coup comme c'est un médecin ça aura plus d'impact » (P7). Comme le suggère une participante, en discuter permettrait de « libér[er] un espace de parole » (P2). Cela ouvre en effet la conversation avec le parent et permet à celui-ci de se sentir écouté et libre de parler de tous les sujets.

Les parents ont aussi relevé que le fait de discuter d'autres sujets qu'ils considèrent moins « médical » permet de les mettre en confiance chez le médecin. Ces discussions semblent faire évoluer la prise en charge vers une prise en charge plus globale, et les participants s'en rendent compte : « permet une prise en charge plus globale on se sent reconnu et entendu » (P4).

c. *Prévention en fonction des patients :*

Certains participants préféreraient une prévention sur demande des patients. « Je vois pas l'intérêt finalement que ça soit en systématique » (P6).

Une autre forme de prévention est donc proposée par ces parents. Une prévention uniquement à la demande du patient. Dans ce cas de figure, la prévention serait ciblée en fonction des patients. Le médecin introduirait le sujet seulement s'il détecte un trouble chez l'enfant ou si la question est posée directement par le patient.

On note que les participants qui émettent cette proposition ont une relation de confiance totale avec le médecin généraliste qui suit leurs enfants. « *Nous on a un médecin assez exceptionnel* » (P6).

d. *Contenu de la prévention*

Règles de temps

Les parents aimeraient connaître de la part du médecin un « *temps maximal d'utilisation* » (P1), « *un temps entre guillemet pas mauvais pour les enfants* » (P1). « *Le temps d'écrans consacré par âge* » (P7). Plusieurs parents insistent sur ce temps « maximum ». A travers ce verbatim, les parents évoquent la limitation du temps d'écran pour les enfants comme un moyen de réduire les influences négatives.

La temporalité de l'utilisation de l'écran est aussi évoquée par les participants, ils donnent des exemples d'interdiction comme le moment des repas ou avant l'école. Le moment de l'endormissement n'est pas évoqué par les parents.

Types d'écrans

Comme nous l'avons vu précédemment, certains écrans comme les tablettes ou les téléphones portables sont mal vus par les parents. Pourtant lors de la mise en relation avec le rôle du médecin généraliste, aucune fois le type d'écran n'est évoqué, à la question « qu'est-ce que vous aimeriez que le médecin généraliste vous dise ». Ce thème de « type d'écrans » n'est pas ressorti dans le discours des parents.

Contenu écrans

Le contenu de ce que les enfants regardent paraît une notion importante pour les personnes interrogées, « *Le style de programme* » (P7). Les participants évoquent à ce moment de l'entretien une peur de l'influence de la part des compagnons de leurs enfants, notamment à l'école : « *des mauvaises influences venant des petits copains* » (P4). Cette peur de l'influence

des camarades fait évoquer le contenu des écrans, des parents aimeraient que cette notion de contenus soit vue par le médecin avec les parents de manière systématique.

La notion de publicité revient également à ce moment-là de l'entretien. Les participants parlent ici du rôle du médecin d'alerter sur le fait que le contenu doit être approprié à l'âge de l'enfant. Ils évoquent également la responsabilité des plateformes de streaming et des chaînes de télévision conventionnelles sur les publicités comme sur le contenu proposé aux enfants.

Les parents ont cette demande que plus aucune publicité ne soit diffusée lors de programmes dédiés aux enfants dans les chaînes conventionnelles notamment.

Conséquences exposition

Les participants évoquent le sujet des conséquences de l'exposition aux écrans sur le développement du cerveau. Ils trouvent évident que cela devrait être abordé par le médecin généraliste.

Exemple concret des conséquences

Certains participants évoquent des conseils qu'ils auraient aimé avoir de la part du médecin généraliste et qu'ils ont appris « sur le tas ».

Comme « *l'anticipation* » (P2) : avec la mise en place d'un minuteur. Pour anticiper l'arrêt et « *l'hyper excitabilité* » (P3).

Une participante est plus vague « *des trucs pratiques* » (P6), mais ne développe pas plus les conseils qu'elle aimerait avoir de la part du médecin.

Une participante propose également que le médecin donne des exemples concrets de surexposition comme « *un enfant a pris un livre en essayant d'agrandir l'image avec ses doigts* » (P2). Ce genre de phrase pourrait selon elle avoir un effet choc sur quelques parents.

Cette notion d'exemple concret est répandue chez les parents et nous fait évoquer l'envie des parents que le discours médical soit calqué sur le réel, sur l'aspect pratique. Les notions

théoriques ne passent pas pour autant en second plan, car ils sont avides de connaître les différentes conséquences de la surexposition aux écrans.

e. Parler à l'enfant

Le fait que le médecin parle directement avec l'enfant a également été suggéré par les parents. Les parents suggèrent que l'impact serait différent que si cela restait uniquement dans la sphère familiale. « *Le fait d'entendre ce genre de choses de la part d'un médecin, ça peut être perçu différemment que quand c'est papa et maman qu'il le dise* » (P4). Le fait de parler directement à l'enfant devrait être fait selon les parents quel que soit l'âge de l'enfant.

f. Se faire aider par un logiciel

Une participante propose une aide par logiciel médical pour aider le médecin. Elle présente une idée de logiciel médical qui soit programmable et qui pourrait émettre une sorte d'alerte au médecin pour qu'il pense à aborder le thème de la prévention des écrans. Comme lors des consultations de suivi.

Donc cela reviendrait à se faire aider par les écrans pour la prévention des écrans chez les enfants. Un paradoxe !

3. Prévention médicale indirecte

a. Les affiches

Les affiches sont suggérées par les parents comme un accessoire de prévention très utile. Un participant a notamment insisté sur l'utilité de ces affiches. Un des participants mentionne des slogans qui « *marque[nt] plus* » (P8), en comparaison avec la prévention faite directement par le médecin généraliste. Les slogans des affiches sont donc connus par les parents pour

marquer les esprits « *il y en a peut-être quelqu'un qui va tilter : ah tiens il y a écrit ça ?* » (P3). Les parents pensent que cela pourrait être mis en place facilement dans la plupart des cabinets médicaux. La plupart des participants évoquent les affiches comme un bon moyen de prévention pour les autres parents. Quelques participants évoquent l'utilité de ces affiches pour eux-même.

b. Les jeux dans la salle d'attente.

La présence de jeux dans la salle d'attente des médecins a été évoqué par deux participants : mettre des activités pour les enfants que ce soient des livres ou des jouets. Selon une participante cela permettrait de réduire la présence des écrans dans la salle d'attente du médecin et donc faire partie intégrante de la prévention des écrans chez les enfants. Un participant à l'étude a observé une recrudescence d'enfants devant des vidéos dans les salles d'attente lors de la période du covid car les jeux ont été globalement retirés des salles d'attente.

c. Les carnets de santé

Le carnet de santé n'est pas évoqué spontanément comme outil de prévention lorsque la question de la prévention en médecine générale est posée. Mais une participante suggère une amélioration du contenu du carnet de santé au moment de l'entretien où la question de l'accompagnement déjà en place pour les enfants est demandée. « *Parce que dans le carnet de santé c'est pas forcément...* » (P7), cette participante ne finit pas sa phrase mais son expression faciale évoque que les informations présentes dans le carnet de santé ne sont pas suffisantes.

4. Les freins de la prévention médicale, détectés par les parents.

a. Prévention « rébarbative » pour les parents

On note que les parents utilisent le pronom « on », un pronom impersonnel. Ils dépersonnalisent la prévention. Cela suggère le fait qu'ils ne se sentent pas spécialement concernés par ce besoin de prévention. Alors qu'en ayant interrogé chacun d'eux sur leurs habitudes et celles de leurs enfants, on remarque que les recommandations ne sont pas suivies pour la plupart des familles. Beaucoup de parents ont une vision très positive de leurs enfants et leurs habitudes avec les écrans.

Une participante utilise le mot rébarbatif : « *Je vois pas l'intérêt finalement que ça soit en systématique, à part que ce soit finalement peut-être un peu rébarbatif...* » (P7). Elle introduit donc ici une notion d'ennui du patient par rapport à la prévention des écrans.

Un autre participant dit en parlant de la prévention : « *c'est le genre de truc qui rentre par la (en montrant une oreille) et qui ressort de l'autre côté* » (P8).

Au travers de ces différentes affirmations des participants, on peut suggérer que la prévention leur semblerait inutile.

b. Manque de temps médical

Les parents se rendent compte que la consultation médicale est courte : « *déjà que la consultation, c'est qu'un quart d'heure... Si on parle encore de la télé.* » (P8). Ils remarquent que le temps médical est dédié plus aux problèmes aigus qu'à la prévention « *le médecin généraliste, il est là pour quand on est malade* » (P8). Les délais pour prendre rdv avec leur médecin est également de plus en plus long. « *C'est rajouter encore des trucs en plus au médecin* » (P8)

Une autre participante rapporte le fait « *qu'en tant que médecin, vous avez autre chose à penser aussi* » (P7).

Dans ces affirmations on remarque que les patients sont conscients des difficultés du terrain des médecins généralistes, ils en sont d'ailleurs les premiers impactés, notamment sur la prise de rendez-vous et les consultations de plus en plus rapides. Ils font eux même le lien avec la prévention des écrans qu'ils mettent au second plan par rapport aux consultations somatiques pour l'enfant.

c. Manque d'impact sur les familles concernées

Les participants évoquent les difficultés à sensibiliser les familles concernées. Les participants interrogés estiment que la prévention touche seulement les personnes déjà sensibilisées au sujet. Ces idées ressortent particulièrement chez les participants qui s'estiment être acteurs de prévention des écrans. Pour illustrer : « *Moi je le vois au périscolaire quand on essaye de faire un peu de prévention, les parents qui devraient être concernés, ça ne les intéresse pas, ils ne vont pas venir et ils ne vont pas écouter...* » (P4).

Les participants se demandent comment les médecins pourraient effectuer la prévention, mais ils sont conscients qu'il n'y a pas de solution miracle à proposer.

IV. Discussion

A. Validité de l'étude

1. Type d'étude

L'étude qualitative nous paraissait être la méthode la plus adaptée pour notre investigation, car elle permet de cerner les représentations individuelles. Dans cette optique, nous avons procédé à des entretiens semi-dirigés, qui ont permis aux participants d'exprimer leurs opinions autour de questions les plus ouvertes possible. Les questions ouvertes ont été choisies pour favoriser l'émergence de nouvelles idées et éviter la tentation de l'investigateur d'orienter la conversation.

Cette méthode nous paraissait plus pertinente par rapport au recueil de données via un questionnaire prédéfini. L'usage d'un questionnaire aurait grandement limité la qualité et le développement des réponses de nos participants. De même, nous avons choisi des entretiens individuels plutôt qu'un groupe d'échange, pour garantir une conversation libre et sans réserve.

Lors du recrutement, le sujet « écrans et enfant » mis en avant était volontairement évasif afin de préserver la spontanéité du discours et éviter aux personnes interrogées de faire des recherches sur le sujet en amont de l'entretien.

Concernant l'échantillon de participants, il s'agit d'une population qui n'a pas pour vocation d'être représentative de la population générale. Les participants sont originaires de milieux hétérogènes afin d'obtenir des réponses les plus larges et diversifiées possible.

2. Limites et biais de l'étude

a. *Biais d'investigation*

Ce travail est le fruit d'une première expérience dans la recherche qualitative pour l'investigatrice. Ainsi celle-ci était peu habituée à la conduite d'entretiens semi dirigés. Le premier entretien était très dirigé, la chercheuse ayant eu du mal à ouvrir le sujet et relancer sur d'autres problématiques. Les réponses de ce premier entretien ont été analysées, car il s'agissait d'un entretien exploratoire. Progressivement, lors des entretiens, la chercheuse a trouvé de l'assurance dans cet exercice et a ainsi mieux respecté les silences des participants, leurs moments de réflexion. De nouvelles idées ont pu émerger, et l'investigatrice a pu mieux analyser le langage corporel des participants. Cela a fait gagner en valeur d'analyse.

Au maximum, la chercheuse a essayé de ne pas dévoiler sa profession de médecin généraliste, mais cela n'a pas été respecté sauf pour un entretien. Les participants ont donc pu être influencé dans leur réponse pour la prévention médicale pour le côté supposé « pro prévention » du médecin. Ils auraient peut-être davantage exprimé d'opposition à la prévention par les médecins généralistes s'ils n'avaient pas eu connaissance du métier de l'investigatrice.

b. *Biais de recrutement*

Les participants ont été majoritairement recrutés sur un mode de bouche à oreille, ce sont les praticiens que nous connaissions qui ont permis le recrutement de certains de leurs patients ou de leurs connaissances. Le but n'était pas d'avoir des patients de tel ou tel médecin en particulier. Le recrutement par effet boule de neige a également été utilisé à deux reprises.

Le mode de recrutement par affichage d'annonce et de flyers n'a pas permis d'augmenter le nombre ni la diversité des participants. Nous n'avons recruté aucun participant par ce moyen.

Il s'agit là d'un biais de volontariat, car les personnes qui ne seraient pas intéressées par le sujet, ou les personnes ayant des difficultés à gérer les écrans dans leurs foyers n'auraient pas répondu favorablement, par peur du jugement ou par désintéressement.

En outre, plusieurs participants sont issus du domaine de l'éducation et du domaine de la santé. C'est-à-dire qu'ils ont pu recevoir des informations liées à leur profession, et plus précisément à propos des écrans, par rapport à une population générale, ce qui peut influencer sur les résultats.

c. Biais de recueil

Les entretiens ont été réalisés majoritairement au domicile des parents, un entretien a été réalisé sur son lieu de travail et donc le participant pouvait avoir des stimuli extérieurs plus nombreux. Les entretiens se passant à domicile, les enfants étaient souvent présents. Lors d'un entretien, les deux parents étaient présents, ce qui a compliqué l'observation de la communication non verbale.

Les deux premiers entretiens ont été effectués avec le masque, ce qui a compliqué l'observation des émotions et de la communication non verbale du visage des participants.

B. Discussions des résultats

1. Résumé des principaux résultats

Nous avons pu voir lors de notre investigation que les écrans sont présents dans tous les foyers des participants, et que tous les enfants y ont accès. On remarque que les ambivalences des parents sont nombreuses concernant les écrans et les enfants.

Les risques semblent connus par les parents mais dissociés de leur propre enfant. Les risques des écrans sont existants, les parents verbalisent l'existence du risque mais ne parlent pas pour leur enfant. Ainsi, ils donnent des exemples avec des enfants qui ne sont pas les leurs.

Les parents tirent des avantages des écrans comme : l'écran nounou, l'écran récompense, l'écran socialisation, l'écran plaisir, l'écran éducation.

Les ambivalences sont liées aux différents bénéfices des écrans mais pas seulement. Les parents semblent s'imposer une norme sociale. Cette norme semble édictée par la société et non par les parents. Les parents semblent s'y soumettre malgré eux. En effet cette norme peut être écrite de la manière suivante : si l'enfant n'a pas accès aux écrans, il se retrouvera à la marge de la société.

On remarque également que les parents sont les principaux accompagnateurs des enfants à l'usage des écrans. Ils sont les principaux acteurs du cadre mis en place pour leur enfant, et les stratégies pour mettre en place ce cadre sont nombreuses.

Les parents évoquent différents accompagnements dans la prévention des écrans, comme le carnet de santé, les affiches, les rendez-vous chez les paramédicaux, ou les réunions à l'école. Mais ils estiment que ces outils ne touchent pas tous les parents. Ces différents éléments sont déjà présents dans leur quotidien mais il semble qu'une utilisation différente pourrait être bénéfique.

On note que les parents n'attendent pas de prévention de la part des médecins, ils l'expriment verbalement ainsi que dans les signes non verbaux. Ils se sentent responsables face à leur enfant et les écrans. Le jargon médical et l'attitude moralisatrice des médecins et des campagnes de prévention ne semblent pas appréciés des parents.

2. Le besoin ressenti de prévention des parents

a. *L'accompagnement parental déjà bien en place*

Dans notre étude, nous remarquons que les parents semblent avoir une représentation des recommandations concernant l'utilisation des écrans par les enfants globalement conforme à la littérature. Nous avons aussi constaté qu'ils mettent en œuvre de nombreux moyens pour accompagner leur enfant dans l'utilisation des écrans. Ils semblent être les principaux acteurs de cet accompagnement. Dans son étude, Capucine Bonnet quantifie les ressentis que nous avons eus dans notre analyse : les parents ont connaissances des recommandations de

limitations des écrans, ils ont connaissance des règles (20). Mais les questions abordant les impacts négatifs ont un taux de bonne réponse globalement plus faible que l'ensemble des autres questions posées dans ce questionnaire. Le savoir des parents concernant l'impact négatif des écrans chez les enfants semble donc plus flou d'après l'étude de Capucine Bonnet. L'analyse comparative du niveau de connaissances selon les caractéristiques de la population est également significative : les parents avec un niveau de diplôme élevé ont une meilleure connaissance sur les impacts négatifs et sur ce qu'il est recommandé de faire pour limiter cet impact (20).

Ces deux résultats confirment quantitativement nos ressentis lors de notre étude qualitative. Cependant, dans notre étude il y a des recommandations et des impacts négatifs des écrans qui n'ont pas été évoqués lors des entretiens, car ce n'était pas l'objectif de notre étude.

b. La minimisation des parents et l'attitude des médecins à adopter.

Nous remarquons qu'il y a une discordance entre les recommandations de bonnes pratiques et le temps/les moments passés devant les écrans par les enfants. Nous avons pu relever dans notre étude que les risques de l'exposition aux écrans des enfants semblent être connus des parents, bien qu'ils semblent aussi les minimiser.

Cette discordance nous amène à l'hypothèse qu'il existerait une certaine forme de déni du risque chez les parents. Le déni peut être défini en psychanalyse par « un mécanisme de défense qui consiste à nier une perception traumatisante de la réalité extérieure » (21).

Dans notre étude, la « perception traumatisante » n'est pas évoquée par les participants. Ce n'est donc pas seulement du déni : les parents présentent des difficultés à faire appliquer les recommandations qu'ils ont intégrées, les bénéfices des écrans sont parfois supérieurs aux risques dans leur quotidien.

Nous avons adapté une suggestion de pistes pratiques pour le médecin afin de faire face à un déni en soins palliatifs, à notre situation de minimisation d'un parent face aux risques des écrans (22):

- Se rappeler que nul n'est à la place du parent
- Respecter l'évolution et le rythme d'acceptation du parent
- Vérifier le niveau de compréhension du parent (*y a-t-il des éléments que vous souhaiteriez clarifier ?*)
- Accepter que le parent ait le droit de ne pas connaître les risques de l'exposition aux écrans mais proposer de répondre à ses questions plus tard s'il le désire.

Ces différentes suggestions pourraient être une piste pour améliorer la posture du médecin généraliste dans les actes de prévention concernant les écrans chez les enfants.

c. Le besoin ressenti de prévention faible

L'accompagnement des enfants devant les écrans est donc un rôle largement occupé par les parents (20). L'accompagnement des enfants dans le numérique fait finalement partie intégrante de la parentalité. Et les écrans s'intègrent complètement à cette définition de la parentalité : « La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte-enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant. » (21).

Les écrans et tout le numérique intègrent la fonction culturelle mais aussi sociale comme le prouve notre étude. Cet accompagnement parental prédominant ainsi que le discours et la communication non verbale des parents (hésitations, silence) lors de notre investigation, nous permettent d'émettre l'hypothèse que le besoin ressenti de prévention est faible. En effet, certains parents sont clairs : « *C'est à nous de faire, ils peuvent rien faire* » (P8), en parlant des médecins généralistes.

La minimisation des parents semble aussi impliquée dans le faible besoin de prévention qu'ils expriment. La minimisation des parents face aux risques des écrans est claire, mais est-ce qu'elle a lieu également face au besoin de prévention ? C'est un enjeu difficile à juger car l'investigatrice était connue comme médecin dans tous les entretiens à l'exception d'un. Ainsi, cela fait partie du biais d'investigation de cette étude.

En revanche, nous avons observé que les parents sont ouverts à une conversation avec le médecin généraliste. C'est un résultat qui est similaire à celui de la thèse de Gaillard Céline, où les médecins généralistes sont alors les interlocuteurs privilégiés pour aborder la prévention au numérique (23).

3. Pistes d'amélioration pour le médecin généraliste

L'exploration des besoins des parents nous a donc menés à la conclusion que le besoin de prévention ressenti par les parents était faible. Néanmoins, ils sont ouverts à une conversation sur le sujet. Nous avons donc poursuivi l'exploration de leurs ressentis qui nous a mené à nous intéresser à différentes postures du médecin généraliste ainsi qu'à des outils de consultation : un outil de dépistage ainsi que l'entretien motivationnel.

a. *Une relation de confiance avec le médecin généraliste*

Les bénéfices de la relation de confiance, éviction des injonctions

Nous avons pu remarquer au long de l'analyse des résultats que les participants se sentaient inconfortables face à nos questions sur les écrans. Les non réponses aux questions ou alors

le langage corporel traduisaient cette sensation d'inconfort. Nous pouvons traduire ces différents comportements comme un mécanisme de défense des parents et faire l'hypothèse qu'ils auraient conscience que leurs enfants utiliseraient mal les écrans.

Un des rôles du médecin généraliste dans la prévention sera donc de rassurer le parent. Instaurer une relation de confiance avec le parent semble être primordial pour pouvoir évoquer le sujet des écrans en toute sincérité. Cela permettra de limiter les tabous et créer un espace de parole serein, que ce soit avec les parents ou avec les enfants (24). De plus, nous avons pu voir dans nos résultats que les parents pensent qu'il est important que le médecin généraliste s'adresse directement aux enfants.

Pour créer un espace de parole serein, il nous semble nécessaire que le médecin évite les injonctions au maximum. En effets, les médecins de terrains remarquent que les stratégies simplistes, fondées sur les interdits fonctionnent mal (25).

Au final, l'éviction des injonctions et la relation de confiance aura un impact positif sur la communication mais aussi sur la satisfaction des patients (24).

Un besoin de faire approuver leurs habitudes par le médecin

Nous avons pu également voir au cours de cette analyse que certains parents avaient besoin de faire approuver leurs pratiques par le médecin généraliste. Ce besoin de réassurance des parents naît du fait que les écrans sont une source de préoccupation pour eux. Cela peut même devenir un sujet anxigène, comme cela a été décrit dans la thèse de Dr Nunez Regueiro et Dr Tollenaere (26).

Face à cette anxiété, le médecin généraliste doit adapter sa posture. L'écoute attentive et empathique nous paraît être une solution. En effet l'empathie clinique a de nombreux bénéfices pour les patients (27). Face à un médecin empathique, les patients rapportent davantage leurs préoccupations (28). Cette attitude sera donc bénéfique pour dépister les préoccupations des parents. Une fois dépisté, nous pourrons adapter le discours pour les encourager dans leur démarche de réduction des écrans.

Pour finir, rassurer les parents avec une attitude empathique et une écoute attentive tout en sortant des injonctions permet d'améliorer la relation de confiance et de créer du lien avec les familles.

b. Un outil de dépistage : une solution face au besoin des parents ?

Nos résultats plaident pour une posture du médecin généraliste à l'écoute, empathique ainsi que sans injonction. Dans nos résultats, nous retrouvons une demande des parents d'un discours médical court sur la prévention des écrans. Cela nécessite donc un dépistage individuel de l'exposition aux écrans, centré sur chaque famille.

Nous pouvons citer l'outil de prévention et de dépistage concernant la surexposition aux écrans qui a été créé dans une thèse strasbourgeoise (14). Cet outil contient tout d'abord un repérage précoce constitué de 3 questions visant l'ouverture du dialogue :

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 dictée des règles relatives à l'utilisation des écrans ?

Suite à ces questions, le médecin peut repérer différents signes d'alertes devant amener à une consultation dédiée.

Cet outil peut être utilisé en quelques minutes au cabinet, car cela prend peu de temps de poser ces trois questions. Il est actuellement en cours de validation dans un second travail de thèse.

c. Les ambivalences des parents marquent la nécessité de proposer un temps dédié aux écrans en consultation

Les bénéfices de l'utilisation des écrans et ses ambivalences

La mise en place des recommandations officielles reste difficile, probablement en raison des bénéfices accordés aux écrans par les parents. En effet, au cours des entretiens, nous remarquons que les parents trouvent de nombreux bénéfices à l'utilisation des écrans par les enfants.

« L'écran nounou » est démocratisé dans la plupart des familles. C'est-à-dire que l'écran va pouvoir occuper l'enfant pendant que les parents effectuent d'autres tâches, ou lorsque l'enfant doit attendre dans une salle d'attente ou lors de voyage.

En plus de ce bénéfice d'occupation des enfants, les enfants sont calmes lorsqu'ils regardent les écrans. Cela offre ainsi une fenêtre de répit aux parents. Autre avantage de « l'écran nounou », non des moindres aux regards des parents : cela fait plaisir à l'enfant, c'est un moyen « facile » de récompenser l'enfant, car l'écran est accessible dans chaque foyer.

« L'écran nounou » crée une ambivalence entre les différents bénéfices que le parent trouve à l'utilisation des écrans et la norme des « écrans c'est mal » dont on discute dans nos résultats. Ces différents bénéfices des parents et leur ambivalences que l'on retrouve sont confirmés par la psychologue Sabine Duflo, dans son livre « Quand les écrans deviennent neurotoxiques : protégeons le cerveau de nos enfants » (9).

Les normes sociales intégrées des parents et ses conflits

La fonction sociale des écrans est très importante car les usages de la télévision comme du smartphone sont devenus une norme sociale (29). En d'autres termes, les parents pensent que les écrans sont indispensables à la socialisation de leurs enfants. Nous avons pu trouver certaines études abondant dans ce sens : des programmes éducatifs adaptées à l'âge de l'enfant pourraient avoir un puissant pouvoir « prosocial » et aider ceux-ci à apprendre la

tolérance, le respect et l'empathie et à adopter des attitudes condamnant la violence (30,31).

Cela prouve que les écrans pourraient aider à la socialisation.

En revanche, dans notre étude, selon les parents, le fait de priver les enfants des écrans entraînerait une perte de chance pour eux. Ils seraient considérés comme marginalisés, et donc mis à part de la société. C'est un phénomène que l'on n'a pas retrouvé dans la littérature. Nous avons retrouvé une source évoquant qu'une forte utilisation des écrans chez les enfants accroît les comportements d'internalisation (32), mais la marginalisation n'est pas discuté.

Nous remarquons que ces deux idées se confrontent et créent un conflit de norme pour les parents. Nous pouvons illustrer ce conflit par les propos d'un participant à notre étude : un parent qui fait le lien entre la passivité de son enfant devant les écrans et la limitation des interactions sociales que les écrans causent. L'enfant reste dans sa bulle de passivité « *il n'apprend pas à parler avec les gens qui sont autour de lui* » (P8).

La norme sociale qu'ils ont intégrée est que les enfants doivent regarder les écrans pour ne pas être à la marge de la société. Mais cela rentre en conflit avec une autre norme globale « les écrans ce n'est pas bien ». Si les enfants les regardent trop cela limitera les interactions sociales et ils seront également à la marge de la société. Les parents se retrouvent donc entre ces deux normes et doivent trouver un juste milieu.

Proposer un temps dédié en consultation

Nous constatons que les parents sont face à des ambivalences. Que ce soit concernant les bénéfices des écrans ou les différentes normes intégrées par les parents. Une ambivalence est défini dans le Larousse par : « *Caractère de ce qui peut avoir deux sens, recevoir deux interprétations. Caractère de quelqu'un qui présente ou manifeste des comportements, des goûts contradictoires ou opposés. Tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet* » (33). Nous pouvons aisément comprendre que ces ambivalences nécessitent d'être exprimées et explorées, notamment par le médecin généraliste. Un temps dédié en consultation semble donc opportun, pour pouvoir les mettre

en lumière avec les parents, ainsi que de les prendre en compte à hauteur individuelle dans notre discours sur la prévention des écrans chez les enfants. Cette notion de temps dédié à la prévention des écrans en consultation est également envisagée dans une thèse strasbourgeoise évaluée en ce moment (14).

d. *L'entretien motivationnel*

Nous avons pu voir qu'à travers les besoins exprimés ou non par les parents, la posture du médecin est essentielle. Les parents ressentent le besoin d'avoir une relation de confiance avec leur médecin, un médecin empathique avec une écoute attentive. L'écoute attentive doit inclure la prise en compte des différentes ambivalences des parents face aux enfants et aux écrans et donc elle nécessite un temps dédié en consultation.

Nous remarquons que ces constats sont en fait les bases de l'entretien motivationnel, développé dans les années 1980 William R. Miller et Stephen Rollnick (34).

L'entretien motivationnel est un outil de consultation se basant principalement sur des questions ouvertes. Il peut se décliner en 6 étapes (34) :

- Demander l'accord du patient et définir le comportement à discuter en priorité
- Evaluer : repérer ses connaissances et expériences antérieurs
- Donner des informations médicales personnalisées reliées aux préoccupations propres du patient. Respecter l'autonomie.
- Se mettre d'accord sur les objectifs et les méthodes de changement en se basant sur une décision partagée.
- Aider en soutenant et en encourageant. Renseigner sur les différentes ressources disponibles. Identifier les barrières.
- Organiser une évaluation et des soutiens réguliers.

Les bénéfices de l'entretien motivationnel sont multiples. Il augmente le respect, l'adhésion à la prise en charge, et la motivation perçus par les soignants (35).

4. Les outils de prévention évoqués par les parents pour aider le médecin généraliste

Nous venons donc d'explorer les ressentis des parents qui nous ont mené à des pistes d'amélioration de la prévention des écrans par les médecins généralistes : la relation de confiance, l'écoute empathique et attentive, l'outil de dépistage et l'entretien motivationnel. Les parents ont évoqué eux même certains outils que ce soit dans la prévention directe ou indirecte, ainsi que l'importance du travail multidisciplinaire dans la prévention des écrans. Nous en discutons dans cette partie.

a. *Les conseils concrets*

Le besoin de conseils concrets est revenu chez les participants à plusieurs reprises. Ils ont même donné des idées de conseils qui, d'après eux devraient être données à tous les parents, comme des exemples chocs concernant les risques liés à la surexposition aux écrans.

En règle générale, il semble important d'insister sur la nécessité, pour le médecin, de faire préciser aux parents leurs besoins en termes de conseils. Une question ouverte du type : « sur quel aspect de la consommation des écrans je peux vous aider ? » peut être recommandée (36).

Lors de nos recherches nous avons découvert un programme édité par MPedia constitué de défi : « les écrans un temps pour tout » (37), qui proposent des conseils pour les parents, afin de mieux gérer le temps d'écran des enfants. Cet outil propose pendant 10 jours, lors de 10 situations du quotidien, 10 défis pour diminuer la consommation d'écrans.

Voici un exemple de défi tiré du programme :

Dans une situation du quotidien, par exemple lors d'un long trajet en voiture, l'enfant joue avec un écran. Le programme propose d'essayer une autre activité comme un jeu dans la voiture en donnant un exemple : « le premier qui voit une voiture jaune gagne ! ». Enfin, un repère est

donné : « Le saviez-vous ? Tout comme le sommeil et une bonne nutrition, le jeu est important pour la construction psycho-intellectuelle d'un enfant. Il peut être solitaire et imaginaire ou collectif avec ses frères et sœurs, amis, mais aussi parents : c'est alors un bel échange qui crée du lien et apprend le respect des règles. »

Ici, nous remarquons qu'apporter les ressources nécessaires, comme par exemple le nom d'un site web ou des livres pourraient être une partie des réponses pour les parents en attente de conseils concrets. Les parents demandeurs de conseils auront donc été dépistés au préalable par l'évaluation effectuée lors de l'entretien motivationnel. Cette ressource sera proposée si le parent en fait la demande.

b. *Les carnets de santé*

On remarque dans notre étude que le carnet de santé est identifié comme outil de prévention, mais peut-être pas à sa juste valeur. En effet, les participants le citent en tant que support de prévention, mais aucun d'eux ne parle du contenu précis de celui-ci.

Voici le paragraphe du carnet de santé concernant l'exposition aux écrans mis à jour le 01/02/2018 :

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

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

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

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

La majorité des parents ont une vision du carnet de santé comme un carnet de vaccination et non pas comme un élément de prévention où l'on va chercher des informations (38). D'après une étude sur l'utilisation du carnet de santé par les parents, les conseils donnés après la

naissance (alimentation, bain, sécurité, sommeil, pleurs, rythme de vie) avaient été lus par la majorité des parents. En revanche, le repérage sur les troubles de l'enfant (audition, vision, langage, troubles relationnels) était nettement moins lus (39). Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude du carnet de santé suite à sa révision de 2018, car l'étude susmentionnée a été réalisée avant cette révision.

Selon les familles et leur niveau d'éducation, le médecin pourrait lire le carnet de santé avec la famille, ou proposer aux parents de lire pour la prochaine fois les pages correspondantes pour pouvoir en discuter lors de la prochaine consultation. Accompagner la découverte de ces pages de prévention aurait probablement un effet bénéfique sur leur lecture par les parents.

c. Les affiches

Dans notre étude, les affiches ont été décrites comme un véritable support de prévention. En effet, avec leur visuel impactant, elles peuvent être intéressantes selon les parents.

Les affiches sont connues comme un vecteur de prévention efficace de l'éducation sanitaire notamment dans les hôpitaux, les salles d'attentes et les services d'urgences (40). Son impact a, par exemple, été mesuré de manière significative dans la prévention du cancer du col de l'utérus par l'usage d'affiches et de dépliants (41).

En France, les médecins généralistes sont libres d'exposer les affiches de leurs choix. Leur utilisation, pour faire passer des messages de prévention, est d'ailleurs recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (42). L'affiche est décrite comme un outil pour l'apprentissage de compétences par le patient. Mais nous voulons quand même discuter plusieurs points qui nous paraissent importants :

- Elles ne sont pas accessibles à tous les parents (handicap visuel, analphabètes, allophones)

- Cela reste un outil parmi d'autres cité par la HAS comme les techniques de communication centrées sur le patient et les techniques pédagogiques (exposé interactif, table-ronde, atelier...)
- Elles peuvent faire partie du « décor » sans que les patients ne les voient.

Sur ce dernier point, nous pouvons nous appuyer sur les affiches publicitaires qui sont très régulièrement changées pour que notre œil soit toujours attiré vers le panneau publicitaire et sa nouvelle affiche. Pour pallier à ce point, l'idée serait de les changer régulièrement pour que le message visuel soit toujours impactant.

De plus, il existe un biais de sélection des affiches par les médecins eux-mêmes. Les affiches sont choisies directement par le médecin et donc l'affichage mis en place est fonction des thèmes jugés intéressants par le médecin (43).

d. Les paramédicaux

Le rôle des paramédicaux dans la prévention a été identifié comme important dans cette étude. Ce résultat est en partie biaisé par le fait qu'une des participantes était elle-même ostéopathe.

Leur rôle dans le domaine de la prévention est énuméré par les ordres des sages-femmes (44) et des kinésithérapeutes (45). Nous pouvons également évoquer les infirmières qui pratiquent des consultations de prévention (par exemple les infirmières Asalée (46)).

Le rôle de la prévention des écrans pourrait donc être partagé entre tous les paramédicaux et médicaux afin d'avoir un plus grand impact. La prévention serait de plus grande ampleur, touchant ainsi plus de monde.

e. L'école

Dans notre étude, nous avons retrouvé dans le discours des parents de brèves interventions concernant la prévention des écrans, lors des réunions de rentrées scolaires. Mais ces

réunions étaient tellement denses que le sujet des écrans était un peu « noyé » dans les multiples informations, selon les familles.

L'impact de la semaine sans écrans était en revanche bien plus positif dans la famille qui l'a expérimentée. Ces évènements collectifs pourraient prendre de l'envergure par l'effet de groupe que cela donne. Les enfants sont acteurs de leur semaine sans écrans. Cela est discuté en classe. Ces semaines sont organisées pour la plupart en école primaire, ou au collège. Ces semaines de prévention sont donc organisées pour des enfants en âge de comprendre par eux même les risques des écrans.

Or nous savons que l'impact des écrans peut être délétère avant six ans. Ces semaines pourraient donc être proposées à plus large échelle et médiatisées afin de toucher un plus large public. Les campagnes pourraient avoir lieu chez les assistantes maternelles, dans les crèches et les écoles maternelles, afin d'atteindre les parents des plus jeunes enfants.

5. La prévention des écrans, une prévention complexe.

Nous avons pu voir dans le verbatim et dans le discours non verbal que les parents supposaient des difficultés pour le médecin généraliste à effectuer la prévention des écrans chez les enfants de 0 à 10 ans. Nous suggérons dans cette partie des facteurs qui pourraient l'expliquer.

a. *Les représentations des médecins vis-à-vis des écrans.*

La consommation des écrans en France atteints des niveaux inédits sur toute la population (47). Nous pouvons supposer que les médecins sont tout aussi touchés que le reste de la population. Dans la continuité de cette thèse, il serait intéressant de mener des recherches autour de cette hypothèse et l'impact que cela pourrait avoir sur les consultations : Quelles sont les représentations des médecins vis-à-vis des écrans et quelles en sont les conséquences dans la prévention des écrans pour nos patients ?

Il a été démontré que les médecins ayant une consommation problématique d'alcool ou de tabac étaient moins rigoureux concernant ces activités de promotion de la santé (48,49). Mais est-ce que cela est extrapolable à la surexposition aux écrans ?

b. La prévention des écrans : les conséquences multifactorielle

Les conséquences d'une surexposition aux écrans sont multiples et souvent multifactorielles. Nous pouvons prendre l'exemple de l'obésité ou encore des troubles du développement du langage. Effectivement, l'écran est un des points qui peut entraîner ces conséquences, mais d'autres facteurs sont également mis en cause par la communauté scientifique.

Le lien entre l'exposition aux écrans et ses conséquences est donc difficile à visualiser par les parents. En effet, un des participants cite la prévention des caries comme étant plus « simple » que celle des écrans. Car pour lui les caries sont simplement liées à un excès de sucre. Alors que pour les écrans les conséquences sont plus larges.

Les effets secondaires sont difficilement appréhendables par les parents mais également par les professionnels de santé. Nous prenons l'exemple des troubles visuels : il ne peut pas être établie que ce soit l'exposition aux écrans qui soit responsable de la myopie (50). Cela montre que la prévention des écrans est une prévention complexe pour les différents acteurs.

c. Une relation triangulaire dans la prévention des écrans et des enfants

Nous notons également que la prévention des écrans pour les enfants est faite de manière triangulaire. La consultation de pédiatrie de 0 à 10 ans est une consultation à trois pôles : l'enfant, le parent ainsi que le médecin. Elle représente 13% des actes en médecine générale (51). La présence d'un tiers dans la consultation permet de rassurer l'enfant, elle est contributive à l'efficacité de soins (52,53). Lorsque les enfants grandissent, les consultations tripartites sont plus complexes à gérer car la présence d'un accompagnant peut diminuer l'autonomie du patient et la confidentialité de la relation avec le médecin (52,53). La

consultation triangulaire nécessite l'instauration d'une relation avec l'accompagnant mais également avec le patient.

La gestion de cette relation à trois parties peut être complexe et donc impacter la prévention des écrans.

d. La place de la prévention en consultation de médecine générale

Nous avons retrouvé plusieurs parents détectant d'eux même des freins organisationnels pour la prévention. Ce sont des résultats qui sont plutôt inattendus, car non demandés dans les questions ouvertes de notre grille. Pourtant plusieurs familles nous ont décrits les freins venant du fait que la consultation médicale est estimée trop courte et que le médecin « n'a pas le temps » de faire la prévention.

La démographie médicale est en baisse depuis plus de 10 ans, et va continuer à baisser jusqu'en 2025 (54,55). La médecine générale est d'ailleurs particulièrement touchée (55). En parallèle, la population française augmente en nombre, en âge, ainsi que la prévalence des maladies chroniques (56,57). La conséquence directe est un allongement du délai d'accès aux soins (58). Dans ce contexte, le positionnement de la prévention lors de la consultation médicale semble précaire. En effet, les actes de prévention sont la plupart du temps proposés par le médecin, en plus du ou des motifs de consultation avancés par le patient (59). Des décisions politiques semblent indispensables pour revaloriser, au sein du système de soins, la prévention en général, dont celle de la surexposition aux écrans.

V. Conclusion

La surexposition des écrans par les enfants constitue un véritable fléau pour leur bon développement : cela provoque des troubles du sommeil, des troubles du développement psychomoteur ainsi que des troubles psychiques (4–6). Les spécialistes de la petite enfance ainsi que le monde médical en sont les premiers spectateurs.

Notre étude qualitative a permis d'approfondir les attentes des parents sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention des écrans chez les enfants de 0 à 10 ans.

Les parents expriment de nombreuses ambivalences lorsque nous les questionnons sur les écrans et leurs habitudes familiales. Les risques des écrans semblent connus par les parents mais bien souvent dissociés de leur propre enfant. Ils y retrouvent aussi des bénéfices comme l'écran nounou, l'écran récompense, l'écran socialisation, l'écran plaisir et l'écran éducation. L'écran est également devenu une norme sociale : les parents semblent penser que si l'enfant n'a pas d'accès aux écrans, il se retrouvera à la marge de la société.

Notre étude montre que les parents ont finalement peu d'attente concernant le rôle du médecin généraliste dans la prévention des écrans. Ce regard négatif des parents sur le rôle du médecin est particulièrement présent s'il utilise du jargon médical ou s'il adopte une attitude moralisatrice. Mais les parents restent ouverts à une conversation sur les écrans avec le médecin. Leurs attentes sont marquées par un besoin de réassurance de leurs propres pratiques.

Nous avons pu observer que, selon les parents, l'un des principaux freins de la prévention des écrans chez les enfants de 0 à 10 ans, réalisée par le médecin généraliste, est le manque de temps lors des consultations médicales.

De ces différents constats, nous faisons les propositions suivantes aux médecins généralistes :

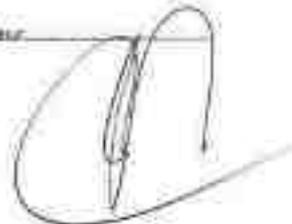
- Rassurer les parents en adoptant une posture d'écoute attentive ainsi qu'une posture empathique, en évitant les injonctions.
- Dépister la surexposition aux écrans de manière individuelle grâce à l'outil de repérage précoce visant à ouvrir le dialogue avec les parents, en cours de validation (14).
- Prendre en compte les discordances dans le discours des parents en proposant un temps dédié à la prévention des écrans lors de consultations de suivi des enfants de 0 à 10 ans.
- Utiliser la technique de l'entretien motivationnel pour soutenir les parents dans leur quotidien de principal acteur de la prévention des écrans chez les enfants. En cas de demande des parents, s'appuyer sur des ressources complémentaires et délivrer des conseils.
- S'appuyer sur le travail pluridisciplinaire, en coordination avec notamment les paramédicaux ou les acteurs de l'éducation nationale, pour multiplier l'offre de prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants. Cela pourrait permettre de pallier le manque de temps médical mais aussi de proposer différentes ressources, différentes écoutes, différentes approches.

Pour conclure, nous pensons qu'un approfondissement de l'approche multidisciplinaire serait nécessaire pour développer les propositions précédentes, en s'appuyant sur les attentes des parents retrouvées dans ce travail.

VU et approuvé
Strasbourg, le 06 DEC. 2023
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Médecine et Sciences de la Santé
Professeur Jean SERRA

VU
Strasbourg, le 28/11/2023
Le président du jury de thèse

Professeur



Professeur Carmen M. SCHROEDER
PhD, MPH
Hôpital de Strasbourg (10000 Strasbourg)
Bâtiment de Pédiatrie 21 - 10000 Strasbourg
Tel. 03 88 21 02 15 - Fax 03 88 21 04 36
E-mail: c.schroeder@unistra.fr

VI. Annexes

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Dans une consultation idéale pour votre enfant par votre médecin traitant, quels sont les thèmes que vous aimeriez voir aborder par votre médecin traitant ?
2. Parlez-moi de votre rapport aux écrans ? (quels d'écrans, quel type d'utilisation)
3. Racontez moi votre/ vos enfants utilise les écrans ? (combien d'écrans, quel type d'utilisation)
4. -> Selon vous, quelle est l'influence des écrans sur la vie de vos enfants ?
- 4b. Comment avez-vous connaissance de ces effets ?
5. Comment décririez- vous l'accompagnement de votre enfant avec les écrans ? Quelles sont les personnes qui y participent selon vous ?
6. De retour dans notre consultation idéale avec votre médecin généraliste : quelle est la place d'une conversation sur les écrans ?
7. Qu'est-ce que vous aimeriez que le médecin dise sur les écrans ?

Question de fin d'entretien : pour mieux se connaître :

- Age
- Sexe
- Lieu de vie
- Profession des parents
- Situation familiale
- Nombre d'enfants, âges
- Suivi médical : pédiatre, généraliste, PMI ?

B. Annexe 2 : Affiche recrutement

Vous êtes parents d'un ou plusieurs enfants entre 0 et 10 ans ? Vos enfants passent du temps devant les écrans ?

La recherche vous intéresse ?

PARTICIPEZ !

A un projet de recherche concernant les enfants et leur rapport aux écrans.

Entretien retranscrit de manière anonyme

Lieu qui vous convient
Durée entre 30 et 60 min



Catherine Jacob

06 43 42 27 52
catherine.jacob@univ-corse.fr

C. Annexe 3 : Formulaire d'information

FORMULAIRE D'INFORMATION THESE DE CATHERINE JACOB

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche et ses procédures. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Ce projet s'intéresse à l'exposition aux écrans des enfants.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre enfant et son rapport aux écrans*.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par *Catherine Jacob* suivant vos disponibilités, dans le lieu que vous souhaitez.

Il durera de 15 à 60 minutes et sera enregistré avec un dictaphone.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée sur le serveur MEGA.

L'analyse des données sera réalisée par Catherine Jacob avec sa directrice de thèse Camille Lépine. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et pourront éventuellement être publiés tout en préservant votre anonymat.

D. Annexe 4 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT THESE CATHERINE JACOB

Merci de noter cocher chaque case, si vous êtes en accord :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment, je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigatrice) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

Fait en double exemplaire.

E. Annexe 5 : Accord comité d'éthique



Dr Camille LEPINE
 Médecin généraliste/Chef de clinique des universités de
 médecine générale
 Département de médecine générale
 4 rue Kirschleger
 67058 Strasbourg CEDEX

Eric FLAVIER
 Président du comité d'éthique
 pour la recherche

Strasbourg, le 02/11/2022
 Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
 Référence dossier : 2022-47

Madame Lepine, Chère collègue,

Affaire suivie par
Philippe RUHLMANN
 Chargé d'appui au Comité
 d'éthique pour la recherche
 Direction de la recherche et de la
 valorisation
 p.ruhlmann@unistra.fr
 +33 (0)3 68 86 66 19

Vous avez déposé le projet intitulé « Exploration des attentes des parents vis-à-vis du rôle du médecin généraliste concernant la prévention de l'exposition aux écrans des enfants de 0 à 10 ans », pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2022-47

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



ERIC FLAVIER

Université de Strasbourg
 4 rue Blaise Pascal
 CS 90002
 F-67081 STRASBOURG cedex
 Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
 www.unistra.fr

F. Annexe 6 : Accord CNIL



Référence CNIL

2226948 v 0

Déclaration de conformité

ou référentiel de méthodologie de conformité MR-004

version 12 juillet 2022

Madame Catherine JACOB

20 RUE DU MARAIS
67300 SCHILTIGHEIM

ORGANISME DÉCLARANT

Nom :	Madame JACOB Catherine	N° SIREN/SIRET :	
Service :		Code NAF ou APE :	
Adresse :	20 RUE DU MARAIS	Tel. :	0669922052
CP :	67300	Fax. :	
Ville :	SCHILTIGHEIM		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un visiteur sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 13 juillet 2022

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

1 Place de France, TSA 80719 - 95834 NANTY CEDEX 02 - 01 55 79 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles relatives à l'identification des membres de la CNIL sont conservées et utilisées dans des fins strictement liées à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification et d'effacement en s'adressant à la présidente des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <http://www.cnil.fr/fr/actualites/actualites>

VII. Bibliographie

1. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mai 2007;161(5):473-9.
2. Gassama M, Bernard J, Dargent-Molina P, Charles MA. Activités physiques et usage des écrans à l'âge de 2 ans chez les enfants de la cohorte Elfe. déc 2018;24.
3. IPSOS. Parents, enfants & numérique [Internet]. OPEN, UNAF, GOOGLE; 2021 juill [cité 19 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.open-asso.org/analyse/etude-parents-enfants-et-numerique/>
4. Haut Conseil de la santé publique. Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans [Internet]. Paris; 2020 janv [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
5. Kostyrka-Allchorne K, Cooper N, Simpson A. The relationship between television exposure and children's cognition and behaviour: A systematic review. *Dev Rev.* 16 janv 2017;44.
6. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Prev Med Rep.* déc 2018;12:271-83.
7. Zhang G, Wu L, Zhou L, Lu W, Mao C. Television watching and risk of childhood obesity: a meta-analysis. *Eur J Public Health.* févr 2016;26(1):13-8.
8. Serge Tisseron. Les balises 3-6-9-12+ - 3-6-9-12+ [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.3-6-9-12.org/les-balises-3-6-9-12/>
9. Duflo S. Quand les écrans deviennent neurotoxiques: Protégeons le cerveau de nos enfants! Vanves: Marabout; 2018. 288 p.

10. Ponti M, Société canadienne de Pédiatrie. Le temps d'écran et les enfants d'âge préscolaire : la promotion de la santé et du développement dans un monde numérique. *Paediatr Child Health*. 1 juin 2023;28(3):193-202.
11. Le Heuzey MF, Turberg-Romain C. Nutri-bébé 2013 Study Part 3. Nutri-Bébé Survey 2013:3/Behaviour of mothers and young children during feeding. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. oct 2015;22(10 Suppl 1):10S20-29.
12. Spizzo J. L'utilisation des écrans par les enfants: évaluation du point de vue parental [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 9 juin 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_SPIZZO_Julie.pdf
13. Mathis J, Bronner C, Schröder C. Point de vue des médecins généralistes du Bas-Rhin concernant leur rôle de conseil parental dans le cadre de la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants, une étude qualitative: Thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en médecine : Diplôme d'État, mention médecine générale [Internet]. France; 2023 [cité 9 juin 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_MATHIS_Julie.pdf
14. Chevriaux A, Berthou A, Chambe J, Rossignol J. 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 [Internet]. France; 2023 [cité 9 juin 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_CHEVRIAUX_Amandine.pdf
15. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
16. Scribbr [Internet]. 2019 [cité 16 mai 2022]. L'entretien semi-directif: définition, caractéristiques et étapes. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

17. Paillé P. La méthodologie qualitative: postures de recherche et travail de terrain. Paris: A. Colin; 2006. (Collection U).
18. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014. (Méthodes en sciences humaines).
19. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
20. Bonnet C. Évaluation des connaissances des parents concernant l'impact des écrans sur les enfants et les comportements à adopter pour limiter cet impact en Isère et en Savoie [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-....., France]: Université Grenoble Alpes; 2021 [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231262/document>
21. Larousse É. Définition du déni [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9ni/12429>
22. N. Long, Dresse D. ANwar, Dr A. Camprubi. Les formes de déni en soins palliatifs. nov 2007;(4):1-3.
23. Gaillard C, Gilli Y, Leruste S. Enfants et écrans : qu'en savent les parents ? Rev Exerc. nov 2022;(187):388-94.
24. Baptiste Beaulieu. France Inter. 2022 [cité 21 sept 2023]. La confiance du patient en son médecin. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/alors-voila/alors-voila-de-baptiste-beaulieu-du-lundi-25-avril-2022-6679756>
25. Gravillon I. Un pan complexe de la parentalité. Lécole Parents. 2018;628(3):34-40.
26. Nunez Regueiro D, Tollenaere P. Exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans: représentations, difficultés et alternatives des parents [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université; 2021 [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03467858>

27. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2 mars 2005;293(9):1100-6.
28. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 2013;63(606):e76-84.
29. L'équipement audiovisuel des foyers aux 3e et 4e trimestres 2020 pour la télévision et de l'année 2020 pour la radio - Le CSA et l'Hadopi deviennent l'Arcom [Internet]. [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Collections-du-CSA/Panorama-Toutes-les-etudes-liees-a-l-ecosysteme-audiovisuel/Les-observatoires-de-l-equipement-audiovisuel/L-equipement-audiovisuel-des-foyers-aux-3e-et-4e-trimestres-2020-pour-la-television-et-de-l-annee-2020-pour-la-radio>
30. Thakkar RR, Garrison MM, Christakis DA. A systematic review for the effects of television viewing by infants and preschoolers. *Pediatrics*. nov 2006;118(5):2025-31.
31. Kirkorian HL, Wartella EA, Anderson DR. Media and young children's learning. *Future Child*. 2008;18(1):39-61.
32. Neville RD, McArthur BA, Eirich R, Lakes KD, Madigan S. Bidirectional associations between screen time and children's externalizing and internalizing behaviors. *J Child Psychol Psychiatry*. déc 2021;62(12):1475-84.
33. Larousse É. Définitions : ambivalence [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ambivalence/2729>
34. Miller WR, Rollnick S, Michaud P, Lécallier D. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement. Paris: InterÉditions; 2013.
35. L'entretien motivationnel expliqué par le programme ELIPS à Genève aux HUG - HUG [Internet]. [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>
36. Jonathan Silverman, Suzann Kurtz, Juliet Draper. *Skills for Communicating with Patients*. 2013.

37. Mpedia.fr [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Découvrez les écrans, un temps pour tout. Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-les-ecrans-temps-pour-tout/>
38. Camille Garneau-Senequier. Regard des familles sur le carnet de santé de l'enfant : du papier au numérique. [Faculté de médecine de Nice]; 2020.
39. Anne DUBURCQ, Laurène COUROUVE, Nathalie VANHAVERB. Evaluation auprès des parents du carnet de santé n°CERFA 12593*01 (modèle en vigueur depuis le 1er janvier 2006). DGS, CEMKA EVAL; 2012 avr. Report No.: 2011-092.
40. Ward K, Hawthorne K. Est-ce que les patients lisent des affiches de promotion de la santé dans la salle d'attente ? Une étude dans une pratique générale. 1994;(44):583-5.
41. Cegedim Strategic Data. Corrélation entre la campagne de prévention du cancer du col de l'utérus en salle d'attente et le nombre de patientes vaccinées. 2009.
42. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. 2007 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
43. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale : enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois. 27 janv 2017;63.
44. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Les compétences des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
45. Les kinésithérapeutes, acteurs majeurs de la prévention [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2022 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/les-kinesitherapeutes-acteurs-majeurs-de-la-prevention/>
46. Asalée [Internet]. [cité 4 nov 2023]. Disponible sur: <http://asalee.org/>

47. l'Arcep, le CGE, l'Arcom et l'ANCT. BAROMÈTRE DU NUMÉRIQUE édition 2022 Enquête sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française [Internet]. 2023 janv [cité 21 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/cge/barometre-numerique-2022>
48. Lenoir AI, Giet D. La consommation d'alcool dans le milieu médical. *Rev Med Liege*. 2019;(74):253-7.
49. Bakhshi S, While AE. Health Professionals' Alcohol-Related Professional Practices and the Relationship between Their Personal Alcohol Attitudes and Behavior and Professional Practices: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2014;11(1):218-48.
50. ANSES. Effets sur la santé humaine et sur l'environnement (faune et flore) des diodes électroluminescentes (LED). 2019 avr.
51. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-des-enfants-en-medecine-generale-une-0>
52. Bruno Fantino, Jean-Pierre Wainstein, Martine Bungener, Hugues Joublin, Catherine Brun-Strang. Représentation par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. 2007;19:241-52.
53. Dendaletche L. Consultation de suivi, prévention, dépistage, de la population pédiatrique en cabinet de médecine générale dans l'ex-région du Languedoc-Roussillon. 3 juin 2021;101.
54. Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 nov 2023]. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/la-demographie-medicale-lhorizon-2030-de>

55. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de démographie médicale en France [Internet]. 2020 [cité 4 nov 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
56. Insee. Évolution de la population – Tableaux de l'économie française [Internet]. [cité 4 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291>
57. Insee. Consommation de soins et de biens médicaux [Internet]. [cité 4 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340#graphique-figure1>
58. Stéphane Long. 61 jours pour un spécialiste, 8 pour un généraliste : les délais d'attente se sont aggravés depuis 2012. Quotid Médecin [Internet]. 23 mars 2017 [cité 4 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/61-jours-pour-un-specialiste-8-pour-un-generaliste-les-delais-dattente-se-sont-aggraves-depuis-2012>
59. Estimation de la durée des procédures de prévention chez les enfants en médecine générale. 2018. 1 p.

DÉCLARATION 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 : JACOB Prénom : Catherine

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 1901 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 avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

"J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète"

Signature originale :

A. Schiltgen, le 28/11/2025

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.