

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

2019 TOU3 1143

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE**

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Lucie HEDRICH née DARCOT

Le 29 octobre 2019

**EVALUATION DES CONNAISSANCES DES
PARENTS D'ENFANTS DE 0 A 12 ANS
CONCERNANT LA SUREXPOSITION AUX ECRANS
EN HAUTE-GARONNE**

Directeur de thèse : Docteur Michel Bismuth

Jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Madame le Docteur Motoko IRI-DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame le Docteur Nathalie BOURCIER

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUBEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRACON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biochimie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biochimie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sebastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odilia
Dr LATROUS Leila

Remerciements

Remerciements au Jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE :

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Madame le Docteur Motoko IRI-DELAHAYE :

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de juger mon travail ainsi que pour l'enseignement dispensé au sein du DUMG de Toulouse.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH :

Vous avez accepté de m'accompagner dans ce travail. Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse, vos conseils ont été précieux. J'espère que ce travail vous fera honneur

Madame le Docteur Nathalie BOURCIER :

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Votre intérêt pour mon sujet lors de notre rencontre m'a beaucoup touchée. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Remerciements à mes rencontres professionnelles

Merci à tous les médecins généralistes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler depuis le début de mes remplacements ; vos conseils et votre dévouement envers vos patients font honneur à notre métier.

Merci aux Docteurs Delga Benoît et Marie-Elisabeth, pour votre confiance lors de mon premier stage en médecine générale. Vous avez conforté mon choix pour la médecine générale.

Merci aux Docteurs Freyens, Baudoux, Blet et Viatge pour votre disponibilité et votre écoute tout au long de mon SASPAS.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de distribuer mon questionnaire de thèse.

Remerciements personnels

A Thomas, mon mari. Tu m'as supporté tout au long de ces longues études et tu as toujours été là même dans les moments de doutes. Merci pour ton soutien, pour le café salvateur du matin et pour notre merveilleux fils. Je t'aime.

A Charlie. Merci de faire chaque jour de moi la plus heureuse des mamans. Je t'aime.

A ma mère. Tu es mon roc depuis toujours. Merci de m'avoir soutenu et de m'avoir inculqué la curiosité scientifique qui est la tienne. Merci également pour ton travail de relecture. Bien que je sois partie loin, tu es toujours avec moi. Je t'aime.

A mon père parti trop tôt. Tu n'es certainement pas étranger à mon goût pour la médecine. Tu me manques.

A ma famille. Merci pour votre soutien, même si vous êtes loin, je vous aime tous très fort.

A mes beaux-parents, Jean-Paul et Denise. Merci de m'avoir accueilli dans votre famille.

A Vérenne. Merci pour vos nombreux encouragements et votre intérêt pour mon travail.

A Clémentine. Merci pour les fous-rires à la zumba et pour partager mon amour du café.

A Thomas P.. Merci pour les soirées jeux qui m'ont aidé à m'évader.

A Julie, Céline et Adrien. Bien que je sois loin de vous aujourd'hui, nos années à Boboche resteront gravées dans ma mémoire. Merci pour tout ces bons moments partagés.

A Adeline, mon amie d'enfance. On se voit bientôt en Bretagne !

Aux parisiens dispersés : Julien, Julie, Nadège, Cédric, Johann, Charles, Cécile. A bientôt à Nantes pour déguster l'hydromel de la Maisnie Sanitas !

A Tanguy. Courage à toi c'est bientôt fini. On se voit à Montréal pour fêter nos thèses.

A Antonio et Annie. Merci pour avoir été toujours là.

Aux toulousains : Jérôme, Joël, Sylvie, Nathan, Bertille.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
I. LES ENFANTS ET LES ÉCRANS : UNE RELATION EN CONSTANTE ÉVOLUTION.....	2
II. LES ÉCRANS : UNE OUVERTURE AU MONDE À LIMITER CHEZ LES PLUS JEUNES.....	3
III. QUELS LEVIERS D'INTERVENTION ?.....	4
IV. LES RECOMMANDATIONS EXISTANTES.....	4
V. LE RÔLE DES PARENTS : L'ÉDUCATION AUX ÉCRANS.....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	7
I. TYPE D'ÉTUDE.....	7
II. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	7
III. POPULATION ÉTUDIÉE.....	7
IV. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON NÉCESSAIRE.....	8
V. QUESTIONNAIRE.....	9
VI. ANALYSE STATISTIQUE.....	11
RÉSULTATS.....	13
I. ANALYSE DESCRIPTIVE.....	13
II. ANALYSE BIVARIÉE.....	25
DISCUSSION.....	32
I. RÉSULTATS.....	32
II. BIAIS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	38
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	46
ANNEXE 1. DÉPLIANT « UTILISER LES ÉCRANS, ÇA S'APPREND » PAR LE CSA.....	46
ANNEXE 2. INFORMATIONS SUR LES ÉCRANS DU NOUVEAU CARNET DE SANTÉ 2018.....	47
ANNEXE 3. CAMPAGNE D'AFFICHAGE SUR LA RÈGLE DES « 3 – 6 – 9 - 12 » DE SERGE TISSERON.....	48
ANNEXE 4. CARACTÉRISTIQUES DES CABINETS AYANT DISTRIBUÉ LES QUESTIONNAIRES....	49
ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE.....	50
ANNEXE 6. DÉTAILS DU SCORE DE CONNAISSANCE GLOBAL.....	54
ANNEXE 7. DÉTAILS DE L'ATTRIBUTION DES NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ PARENTALE.....	56
ANNEXE 8. RÉSULTATS DE L'ANALYSE BIVARIÉE.....	57
ANNEXE 9. CAMPAGNE D'AFFICHAGE « 4 PAS SANS ÉCRAN ».....	68
TABLE DES FIGURES.....	69
TABLE DES TABLEAUX.....	70

Liste des abréviations

AAP : American Academy of Pediatrics

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

GPG : Groupe de Pédiatrie Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PCS 2003 : Professions et Catégories Socio-professionnelles 2003

SCG : score de connaissance global

SFP : Société Française de Pédiatrie

Introduction

I. Les enfants et les écrans : une relation en constante évolution

Depuis l'arrivée de la télévision au sein de nos foyers dans les années 1950, le paysage médiatique a fortement évolué. Les avancées technologiques ont ainsi permis à de nouveaux écrans de s'intégrer dans notre quotidien et celui de nos enfants : ordinateurs, consoles de jeux, smartphones et tablettes. Alors que seuls 10% des foyers étaient équipés d'un téléviseur à la fin des années 50 et 62% en 1968 (1), ils étaient 93,4% en 2018 et l'on comptait alors en moyenne 5,5 écrans par foyer, tous types confondus (2).

Les écrans sont devenus omniprésents dans notre quotidien et les enfants y sont exposés plus fréquemment et plus précocement. L'âge de début d'utilisation de la télévision est ainsi passé en moyenne de 4 ans dans les années 1970 à 4 mois en 2016 (3).

Bien que l'on retrouve une diminution du temps passé devant la télévision chez les enfants d'âge préscolaire (2-5 ans) et d'âge scolaire (6-11 ans), une grande majorité y passe plus de 2 heures par jour (4). Parallèlement à cela, l'utilisation d'écrans mobiles augmente chez les enfants de 0 à 8 ans. Selon une étude américaine, 22% avaient déjà utilisé un téléphone mobile ou une tablette tactile en 2011 contre 65% en 2013 et la durée quotidienne d'utilisation dans cette tranche d'âge passait de 5 à 15 minutes en moyenne (5).

Cette augmentation du temps passé devant les écrans chez l'enfant serait liée en partie à l'augmentation globale de ces derniers dans notre société mais aussi à l'explosion du marketing des médias numériques à destination des jeunes enfants (3).

Concernant la France, une étude de 2016 retrouvait que 70.5% des enfants de moins de 3 ans regardent quotidiennement la télévision avec une médiane de 1h15 par semaine et

que 46.7% d'entre eux jouaient avec des écrans tactiles avec une médiane de 30 minutes par semaine (6). Chez les 4-14 ans, la consommation quotidienne de télévision a diminué depuis quelques années mais reste de 1h46 chaque jour en moyenne (7). La télévision reste malgré tout le premier média audiovisuel chez les 6-14 ans (96% d'utilisateurs dans cette tranche d'âge) devant les tablettes tactiles (57%) et les smartphones (54%) (8).

L'utilisation d'internet, quel que soit son support, est en rapide augmentation. Les 1-6 ans y consacrent en moyenne 4h37 par semaine (45 minutes de plus qu'en 2015) et les 7-12 ans 6h10 (55 min vs 2015) (9). Le smartphone est l'appareil le plus plébiscité pour cet usage (10) et la consommation de vidéos, principalement via la plateforme Youtube, est la principale activité en ligne (9).

L'utilisation des écrans par les enfants en France semble moins importante que dans d'autres pays, notamment les Etats-Unis, mais ces chiffres n'étant que des moyennes, un certain nombre d'enfants passe un temps plus conséquent face aux écrans. Ainsi, 95,8% des médecins généralistes de Midi-Pyrénées interrogés lors d'une étude en 2018 constataient à leur cabinet une utilisation importante des écrans chez les enfants, traduisant la fréquence de cette exposition (11).

II. Les écrans : une ouverture au monde à limiter chez les plus jeunes

Les écrans peuvent avoir des effets bénéfiques chez l'enfant d'âge scolaire et plus tard dans la vie (12,13) :

- Acquisition de nouvelles connaissances et apprentissage précoce
- Ouverture sur le monde et aux nouvelles idées
- Socialisation et maintien des liens familiaux (réseaux sociaux, Skype, etc.)

Un usage raisonné des écrans peut donc avoir un rôle important dans la socialisation et l'apprentissage de l'enfant et sa stigmatisation pourrait être aussi négative que son idéalisation.

A contrario, ils peuvent aussi avoir des effets négatifs en particulier selon l'âge des enfants.

Chez les enfants de 0 à 5 ans on retrouve des risques :

- De troubles du développement du langage (14 – 18)
- De troubles du développement des fonctions exécutives (attention, concentration, créativité et régulation des émotions) (3, 13, 14, 19, 20, 21)

- De troubles du développement moteur (22 - 24)
- De troubles du développement social et émotionnel (25 – 29)
- De difficultés scolaires ultérieures (3, 27)

Chez les enfants d'âge scolaire (6 à 12 ans) on retrouve des risques :

- Emotionnels : baisse de l'estime de soi, comportements agressifs, dépression (17, 31, 32)
- D'isolement social (12)
- De déscolarisation (33)
- De consommation de substances toxiques (13)
- De comportements sexuels à risques (13)
- De myopie (34-35)

D'autres conséquences sont retrouvées à chaque âge :

- Surpoids et obésité (17, 28, 30, 36)
- Troubles du sommeil (37-39)

Ces effets négatifs semblent toutefois rapidement réversibles si une intervention est réalisée dès les premiers signes d'alerte. Dans le cas contraire, les effets peuvent se poursuivre jusqu'à l'âge de 10 ans voire plus (12). Il est donc nécessaire de connaître les signes afin qu'une prévention ou une intervention précoce puisse être mise en place.

III. Quels leviers d'intervention ?

L'exposition précoce ou trop importante aux écrans peut donc avoir des répercussions sur la santé des enfants. Il est donc important de connaître les facteurs influençant ce temps d'écran afin de trouver les leviers d'intervention pour le réduire.

La littérature retrouve une association entre des temps élevés d'écrans et :

- L'âge des enfants (augmentation progressive avec l'âge) (40, 41)
- Un temps d'écran élevé chez les parents (40 - 42)
- La présence d'écran dans la chambre des enfants (40, 41, 43)
- La présence d'une fratrie plus âgée (41)
- Un grand nombre d'écrans accessibles dans la maison (41, 43)

IV. Les recommandations existantes

Les premières recommandations françaises, rédigées par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) datent de 2014 et se basent sur la règle des 3-6-9-12 de

Serge Tisseron psychiatre et psychanalyste français spécialisé dans les relations jeunes-médias-images (44). Elle propose :

- Pas d'écran avant l'âge de 3 ans
- Pas de console de jeu personnelle avant l'âge de 6 ans
- Utilisation possible d'internet, accompagné à partir de 9 ans
- Utilisation possible d'internet seul et des réseaux sociaux à partir de 12 ans

En 2019, un collectif composé de l'Académie des Sciences, l'Académie Nationale de Médecine et l'Académie des technologies a publié de nouvelles recommandations (45) :

- Avant 3 ans :
 - Privilégier l'absence d'écran
 - S'ils doivent être utilisés cela doit être uniquement accompagné afin de rendre ces temps interactifs
- De 3 à 10 ans :
 - Partager les écrans
 - Créer des temps ritualisés dédiés à leur utilisation
 - Communiquer avec l'enfant sur ce qu'il voit ou fait sur les écrans
- A partir de 10 ans :
 - Maintenir un dialogue positif sur les écrans
 - Rester attentif aux signes d'utilisation abusive (troubles du sommeil et isolement social notamment)
- Montrer l'exemple aux enfants : les parents doivent aussi avoir une utilisation raisonnée des écrans

Enfin, la Société Française de Pédiatrie (SFP) s'est également penchée sur le sujet en 2018. Contrairement aux autres recommandations, elle ne fait état d'aucun âge préférentiel concernant l'utilisation des écrans, mais donne 5 messages simples pour l'accompagner. La raison serait d'éviter la dispersion d'un message trop négatif, pouvant être contre-productif, dans une société où les écrans font partie du quotidien (46). Les 5 messages sont les suivants :

- Comprendre le développement des écrans sans les diaboliser
- Garder les écrans dans les espaces de vie commune et pas dans la chambre des enfants
- Garder des temps sans écrans (matin, repas, sommeil, école, activités sportives, jeux collectifs) pour les enfants mais aussi pour les parents
- Oser et accompagner la parentalité pour les écrans

- Veiller à prévenir l'isolement social

Seules les recommandations américaines de l'AAP (American Academy of Pediatrics) font état des durées maximales d'utilisation pour chaque âge : moins de 1 heure par jour entre 2 et 5 ans et moins de 2 heures par jour entre 6 et 12 ans (47, 48).

V. Le rôle des parents : l'éducation aux écrans

La surexposition aux écrans chez l'enfant, au vu de sa fréquence, du grand nombre d'enfants concernés et des risques qu'elle peut engendrer sur leur santé constitue un véritable enjeu de santé publique. Les parents y ont un grand rôle à jouer : éduquer les enfants dans leur utilisation des écrans afin qu'ils ne bénéficient que de leurs effets positifs. C'est pourquoi depuis plusieurs années les médias, les pouvoirs publics et les sociétés savantes (AFPA, Académie des Sciences notamment) multiplient les campagnes d'information à destination des parents.

Le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) a ainsi mis en place un Comité d'experts Jeune public et un observatoire "Education et média" afin de réfléchir à cette problématique. Depuis 2008, la campagne "Enfants et écrans" permet la diffusion de spots et de reportages rappelant aux parents les risques des écrans avant 3 ans (49). A l'occasion des 10 ans de la campagne un dépliant intitulé "Utiliser les écrans ça s'apprend" a été rédigé (Annexe 1).

La prévention de l'exposition aux écrans a aussi fait son apparition dans le carnet de santé en avril 2018 (Annexe 2) et l'AFPA a lancé en 2014, suite à ces recommandations, une campagne d'affichage à destination des parents reprenant la règle des "3-6-9-12" (Annexe 3).

Tout cela nous a conduit à nous poser la question suivante : les parents ont-ils une bonne connaissance de ces recommandations ? A notre connaissance, aucune étude dans ce sens n'a été réalisée. En effet, notre recherche nous a seulement permis de retrouver des études portant sur les connaissances des médecins généralistes (11) et sur les représentations des parents vis-à-vis de la consommation d'écrans de leurs enfants (50, 51).

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'état des connaissances des parents concernant la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 12 ans.

Les connaissances évaluées comportaient :

- Les risques liés à cette surexposition en termes de santé pour l'enfant
- Les âges auxquels les enfants peuvent être exposés aux différents écrans
- Les durées d'exposition maximales recommandées

Les objectifs secondaires étaient de connaître :

- Leurs moyens d'information (médecins, moyens personnels, personnels éducatifs liés à la petite enfance, école, etc.)
- Les moyens de prévention privilégiés par les parents

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive via l'utilisation d'un questionnaire.

II. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a nécessité une connexion internet et la collecte des sources a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

Le but de cette recherche était d'avoir une vue d'ensemble des conséquences liées à la surexposition aux écrans et de faire le point sur les recommandations existantes afin d'élaborer notre questionnaire.

La recherche bibliographique a été réalisée sur différents moteurs de recherche : PubMed, Banque de Données en Santé Publique (BDSP). Le SUDOC a aussi été interrogé.

Les termes utilisés étaient :

- Pour PubMed : (((((((CHILD[Title] OR CHILDREN[Title]) OR INFANT[Title] OR BABY[Title]) AND TELEVISION[Title]) OR SCREEN[Title]) OR DIGITAL MEDIAS[Title])
- Pour la BDSP et le SUDOC : écrans, enfants

La littérature grise et les sites internet de différentes institutions ont également été interrogés : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA), Groupe de Pédiatrie Générale (GPG), Société Française de Pédiatrie (SFP), Académie des Sciences, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), Médiamétrie, American Academy of Paediatrics (AAP).

Cette recherche s'est déroulée entre décembre 2018 et février 2019 avec une veille documentaire jusqu'en août 2019.

III. Population étudiée

La population cible de l'étude était constituée des parents d'enfants de 0 à 12 ans résidant dans le département de la Haute - Garonne.

Les critères d'inclusions étaient donc :

- Être parent d'au moins un enfant ayant entre 0 et 12 ans
- Résider dans le département de la Haute – Garonne
- Lire et écrire le français
- Venir en consultation dans un des cabinets médicaux participants à l'étude, que celle-ci soit destinée ou non à l'enfant

Les critères d'exclusion étaient donc :

- Être parent uniquement d'un ou plusieurs enfants de plus de 12 ans
- Être résidant de tout autre département français
- Illettrisme ou personne d'origine étrangère ne lisant et n'écrivant pas le français

IV. Taille de l'échantillon nécessaire

L'estimation de la taille de l'échantillon a été évalué à l'aide des données démographiques 2016 de l'Insee concernant les familles (52). Il n'existe aucune donnée concernant les familles ayant au moins un enfant de moins de 12 ans, l'estimation a donc été réalisée à partir des données portant sur les familles ayant des enfants de moins de 25 ans en Haute-Garonne.

Ainsi, parmi les 360 743 familles recensées en Haute-Garonne en 2016 on retrouvait (annexe 3) :

- 169 793 familles sans enfant de moins de 25 ans
- 87 860 familles avec 1 enfant de moins de 25 ans
- 76 318 familles avec 2 enfants de moins de 25 ans
- 26 772 familles avec au moins 3 enfants de moins de 25 ans

La population étudiée était alors estimée à un total de 200 950 familles. Il s'agit bien évidemment d'une approximation, notre étude s'intéressant aux familles ayant un ou plusieurs enfants de moins de 12 ans.

La taille de l'échantillon nécessaire a donc été évaluée à 384 sujets avec un indice de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%.

V. Questionnaire

a. Elaboration du questionnaire

A l'aide de la recherche bibliographique, nous avons élaboré un questionnaire.

Afin de faciliter l'adhésion des parents à sa réalisation et le traitement des données, le questionnaire est principalement composé de questions fermées (17 au total). Deux des questions ouvertes traitaient de l'âge du parent et des enfants et sont donc facilement analysables sur le plan statistique. La dernière vise à explorer les raisons pour lesquelles les parents ne respectent pas les durées maximales d'utilisation qu'ils jugent optimales. Les différentes réponses ont été catégorisées en plusieurs sous catégories (exemple : facilité, influence de la fratrie, etc.) afin de permettre une analyse plus simple.

Des modalités "autres" ont été mise à disposition des questionnés afin d'identifier des réponses non anticipées lors de la réalisation de notre questionnaire.

Pour la question 6, concernant la catégorie socio-professionnelle du parent, nous avons utilisé la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelle de 2003 (PCS 2003) de l'INSEE (53). Afin de prendre en compte le statut de parent au foyer, la catégorie "sans activité professionnelle" a été divisé en deux : "père ou mère au foyer" et "en recherche d'emploi". La catégorie "retraité" a été écartée au vu de la population cible.

La question 7 porte sur le milieu de vie du parent : zone urbaine, rurale ou semi-rurale. Les définitions de ces différentes zones sont complexes reposant soit sur la densité de population, la continuité du bâti, le nombre d'habitants ou encore le taux d'actifs dans la population (54).

Nous avons donc choisi de simplifier ces zones en fonction de leur nombre d'habitants, à savoir :

- Zone rurale : moins de 2000 habitants

- Zone semi-rurale : entre 2000 et 20 000 habitants
- Zone urbaine : plus de 20 000 habitants

Pour les questions 16 à 19, portant sur l'âge minimal d'utilisation des différents types d'écrans, nous avons préféré utiliser des notions de "tranches d'âge" plutôt que des âges afin de limiter le nombre d'items et d'éviter l'effet de liste. De plus, nous avons décidé d'ajouter un item 'je ne sais pas' pour limiter le biais de désirabilité sociale.

Le même traitement a été réalisé pour les questions 13a à 13c concernant la durée maximale d'utilisation des écrans selon l'âge de l'enfant.

Le questionnaire a été testé sur une trentaine de parents (n=34) entre le 1er et le 10 mars 2019. Les données de ces questionnaires n'ont pas été incluses dans l'étude.

b. Description du questionnaire

Au final, le questionnaire (annexe 5) est composé de 4 pages recto verso et contient 20 questions. L'objectif de la thèse et le caractère anonyme sont précisés en introduction.

Le questionnaire est composé de 4 parties.

La première partie (questions 1 à 8) permet le recueil :

- Des données socio-démographiques des parents : âge, sexe, milieu de vie (urbain, semi-rural, rural), catégorie socio-professionnelle, situation familiale
- Des données socio-démographiques de l'enfant : âge, fratrie, suivi médical

La deuxième partie (questions 9 à 11) permet d'explorer les moyens par lesquels les parents sont informés sur la surexposition aux écrans

La troisième partie (questions 12 à 19) permet l'exploration des connaissances des parents sur la surexposition aux écrans en termes :

- De risque sanitaire et développemental
- D'âge minimal pour l'utilisation des différents types d'écrans (télévision, téléphone, tablette, ordinateur)
- De durée maximale quotidienne d'utilisation

Enfin, la quatrième partie (question 20) explore les moyens de prévention d'une éventuelle surexposition aux écrans.

c. Distribution du questionnaire

Il a été distribué dans 12 cabinets de médecine générale situés dans le département de la Haute-Garonne. Pour des raisons pratiques, les cabinets recrutés étaient des cabinets de groupe ou des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) possédant de préférence un secrétariat physique à temps plein ou partiel.

Les cabinets ont été contactés par e-mail ou par téléphone afin d'obtenir leur accord. Les questionnaires ont été distribués en mains propres aux secrétaires ou au médecin référent.

Ces cabinets étaient répartis sur les différents types de territoires de la Haute-Garonne de la manière suivante :

- 7 en milieu urbain
- 4 en milieu semi-rural
- 1 en milieu rural

Les caractéristiques des différents cabinets sont disponibles en annexe (Annexe 4).

Le questionnaire a été distribué aux parents, accompagné ou non de leur(s) enfant(s).

Le recueil a eu lieu entre le 1er juillet et le 2 septembre 2019.

Le questionnaire a été distribué par les secrétaires aux parents remplissant les critères d'inclusion lors d'un passage en consultation au cabinet, qu'ils soient ou non accompagné de leur(s) enfant(s). Seul un cabinet a laissé les questionnaires à disposition des parents en salle d'attente puisqu'il ne disposait pas de secrétariat physique.

Il a été rempli par les parents dans la salle d'attente, en l'absence de toute influence extérieure, y compris médicale. Il était précisé aux parents que les réponses données étaient anonymes et que seuls les questionnaires complets seraient pris en compte pour l'interprétation des données.

Les questionnaires ont ensuite été récupérés directement dans les cabinets pour l'analyse.

VI. Analyse statistique

a. Analyse descriptive

Après recueil, les données ont été transcrites sur un tableur Excel, permettant une analyse descriptive des données.

Un score de connaissance global (SCG) a été attribué à chaque questionnaire afin de faciliter l'analyse statistique et d'avoir une idée globale des connaissances des parents.

Score de connaissance global

Ce score est composé de plusieurs sous-échelles :

- Score de connaissance en termes de durée d'utilisation maximale (13a, 13b et 13 c)
- Score de connaissance en termes d'âge d'utilisation des différents types d'écrans (questions 16 à 19)
- Score de connaissance des effets des écrans (question 12)

Pour chacune des sous-échelles, des points ont été attribués selon les réponses des parents aux différentes questions. Les points ont été attribués aux items d'après les recommandations françaises et américaines et est disponible dans l'Annexe 6.

Au final, plusieurs niveaux de connaissance ont été attribués selon le résultat du SCG :

- Niveau bas : de 1 à 4 points
- Niveau moyen : de 5 à 8 points
- Niveau élevé : de 9 à 11 points

Des niveaux de "sévérité" ont aussi été appliqués aux sous-échelles de durée et d'âge d'utilisation pour identifier si des scores faibles étaient liés à une plus grande sévérité parentale vis-à-vis des écrans ou au contraire à une plus grande souplesse. Un tableau résumant l'attribution du niveau de sévérité est disponible en annexe (Annexe 7).

b. Analyse bivariée

Nous avons réalisé une analyse bivariée afin de rechercher des liens entre les scores de connaissances des parents, les niveaux de sévérité parentale et :

- Les données socio-démographiques des parents
- Les données socio-démographiques des enfants
- Le sentiment d'information des parents vis-à-vis des écrans
- Les moyens d'information des parents

Ensuite, des liens ont été recherchés entre le sentiment d'information des parents et leurs données socio-démographiques.

Enfin, une analyse a été réalisée afin de déterminer si l'application par les parents des temps d'écrans était liée :

- Aux scores de connaissances
- A leurs caractéristiques socio-démographiques
- Aux caractéristiques des enfants

Ces analyses ont été réalisées à l'aide du test d'hypothèse du χ^2 de Pearsons ou du test exact de Fisher pour les effectifs plus réduits.

Résultats

I. Analyse descriptive

Le questionnaire a été distribué dans 12 cabinets médicaux et au total 415 ont été remplis. Parmi les questionnaires récupérés 13 étaient incomplets et n'ont donc pas pu être inclus dans l'étude. L'analyse des données a ainsi été réalisée avec 402 questionnaires complets.

a. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

1. Caractéristiques des parents

Le détail des caractéristiques socio-démographiques des parents est disponible dans le tableau 1. La majorité des répondants sont des femmes (76,62%), ont entre 30 et 39 ans (60,20%), ont 2 enfants (53,23%), sont mariés (47,26%) et résident en zone urbaine (46,52%). La répartition des différentes catégories socio-professionnelles est disponible dans la figure 1. On observe qu'un tiers des parents questionnés sont employés et que 36% font partie des cadres et assimilés.

Figure 1. Répartition des catégories socio-professionnelles des parents

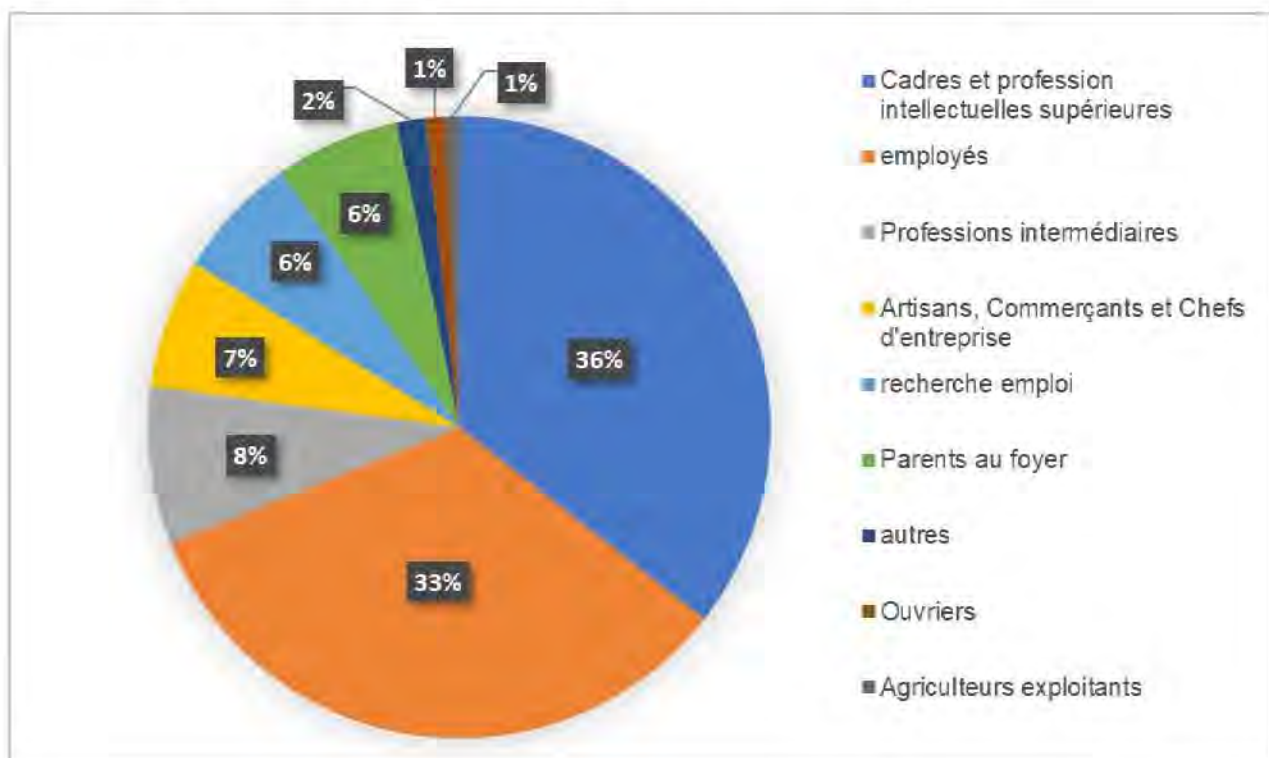


Tableau 1. Caractéristiques des parents

Caractéristiques	Effectif (n = 402)	Pourcentage
Age des parents en années (min = 25, Max = 55, Moy = 37,48)		
Moins de 30	30	7,46%
Entre 30 et 39	242	60,20%
40 ou plus	130	32,34%
Sexe des parents		
Hommes	94	23,38%
Femmes	308	76,62%
Nombre d'enfants		
1 enfant	118	29,35%
2 enfants	214	53,23%
3 enfants ou plus	70	17,41%
Situation familiale		
Marié(e)	190	47,26%
En couple	169	42,04%
Divorcé(e)	20	4,98%
Célibataire	23	5,72%
Zone d'habitation (nombre d'habitants)		

Rurale (< 2000)	89	22,14%
Semi-urbaine (2000 à 20 000)	126	31,34%
Urbaine (> 20 000)	187	46,52%

2. Caractéristiques des enfants

Le détail des caractéristiques des enfants est présenté dans le tableau 2. La majorité des enfants ont entre 6 et 12 ans (44,23%) et leur suivi médical est réalisé par le médecin généraliste.

Tableau 2. Caractéristiques des enfants

Caractéristique	Effectif	Pourcentage
Age des enfants (n = 762)		
Moins de 3 ans	143	18,77%
3 à 5 ans	200	26,25%
6 à 12 ans	337	44,23%
13 ans ou plus	82	10,76%
Suivi médical des enfants (n = 437)		
Médecin généraliste	342	78,26%
Pédiatre	84	19,22%
Médecin de PMI	11	2,52%

3. Composition des familles

La composition des familles est disponible dans les figures 2 et 3. Les parents ayant 1 enfant sont globalement plus jeunes et les enfants de moins de 3 ans y représentent plus de la moitié des enfants. Inversement, les parents de familles nombreuses sont plus âgés et les enfants de 13 ans ou plus y représentent 25% des enfants.

Figure 2. Composition des familles : nombre d'enfant selon l'âge des parents

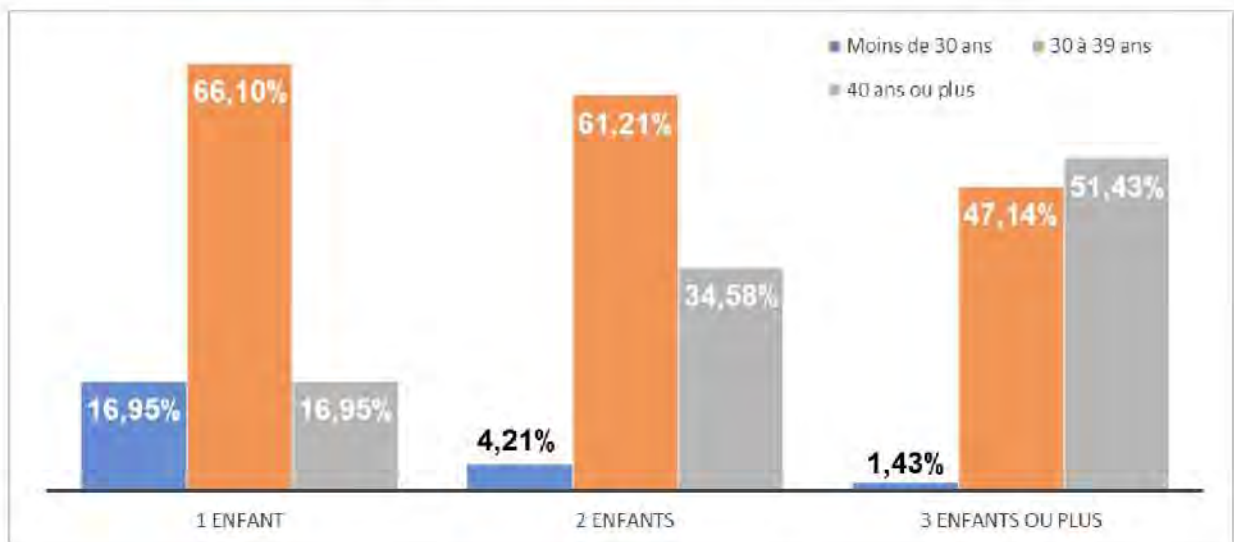
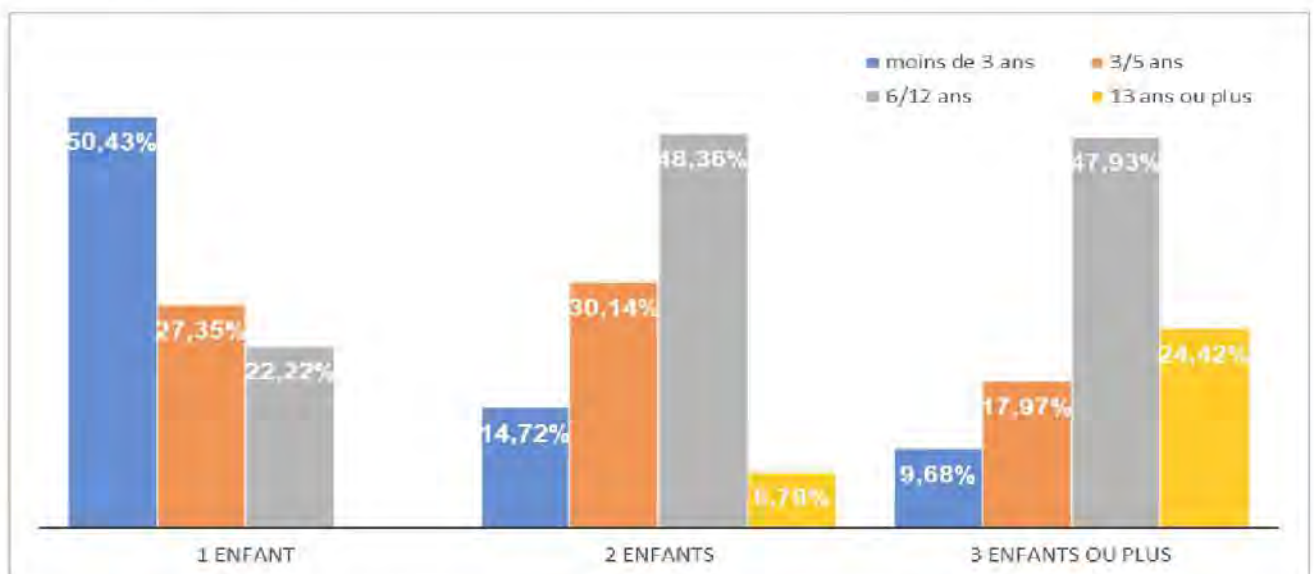


Figure 3. Composition des familles : nombre d'enfants selon l'âge des enfants



b. Exploration des moyens d'information

La grande majorité des parents interrogés a déjà entendu parler des risques liés à une surexposition aux écrans chez l'enfant, soit 97,01% (n = 390), quand seulement 2,99% (n = 12) déclarent ne jamais avoir été informés. Les caractéristiques des parents n'ayant jamais été informés sont disponibles dans le tableau 3.

Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques des parents n'ayant jamais entendu parler des risques d'une surexposition aux écrans chez l'enfant

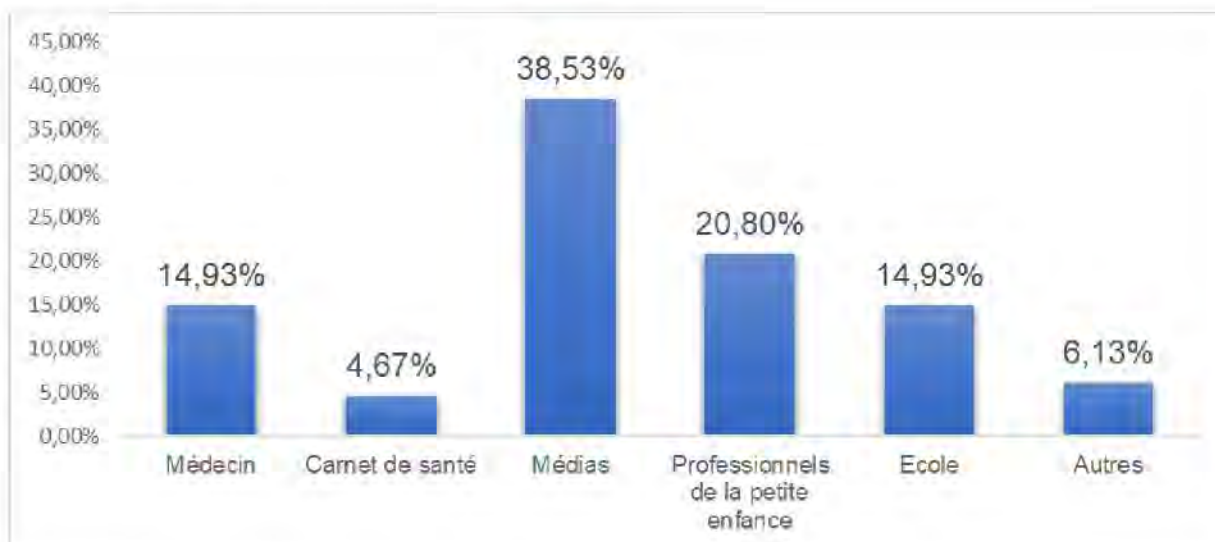
Caractéristiques - % (effectif total n=12)			
Age des parents (années)		Nombre d'enfant	
Moins de 30	8,33% (n=1)	1	00,00% (n=0)
30 à 39	50,00% (n=6)	2	83,33% (n=10)
40 ou plus	41,67% (n=5)	3 ou plus	16,67% (n=2)
CSP		Zone d'habitation	
Recherche d'emploi	25,00% (n=3)	Rurale	41,67% (n=5)
Cadres	41,67% (n=5)	Semi-rurale	8,33% (n=1)
Employé	33,33% (n=4)	Urbaine	50,00% (n=6)
Age des enfants		Situation Familiale	
moins de 3	30,51% (n=5)	Marié	66,67% (n=8)
3 à 5	16,67% (n=2)	En couple	16,67% (n=2)
6 à 12	41,67% (n=5)	Divorcé	0,00% (n=0)
13 ou plus	0,00% (n=0)	Célibataire	16,67% (n=2)
Sexe des parents			
Hommes	75,00% (n=9)		
Femmes	25,00% (n=3)		

Parmi les parents ayant été informés, ils estiment l'être :

- Totalemment pour 23,09% (n = 90)
- Suffisamment pour 57,95% (n = 226)
- Insuffisamment pour 17,95% (n = 70)
- Pas du tout pour 1,03% (n = 4)

Les médias sont le principal moyen d'information des parents devant les professionnels de la petite enfance. Le médecin est le troisième moyen d'information avec l'école pour 14,93% des parents interrogés (figure 4). Les autres moyens d'information identifiés par les parents sont les conférences, la famille et les amis, la formation professionnelle, les autres professionnels de santé (orthophoniste, psychomotricien) et les associations de parents d'élèves.

Figure 4. Moyens d'informations des parents



c. Exploration des connaissances

1. Durée d'utilisation des écrans

Le taux de bonne réponse pour les durées maximales d'utilisation des écrans en fonction de l'âge de l'enfant diminue progressivement avec l'âge des enfants :

- 81,34% de bonnes réponses pour les moins de 3 ans (figure 5)
- 79,85% pour les 3 à 5 ans (figure 6)
- 55,97% pour les 6 à 12 ans (figure 7)

Figure 5. Durée maximale d'utilisation des écrans pour les moins de 3 ans



Figure 6. Durée maximale d'utilisation des écrans pour les 3 à 6 ans



Figure 7. Durée maximale d'utilisation des écrans pour les 6 à 12 ans



2. Application des temps d'exposition

Plus de la moitié des parents interrogés estiment ne pas appliquer les temps d'écrans qu'ils jugent recommandés à leurs propres enfants :

- 47,76% (n = 192) « pas toujours »
- 7,21% (n =29) « jamais »

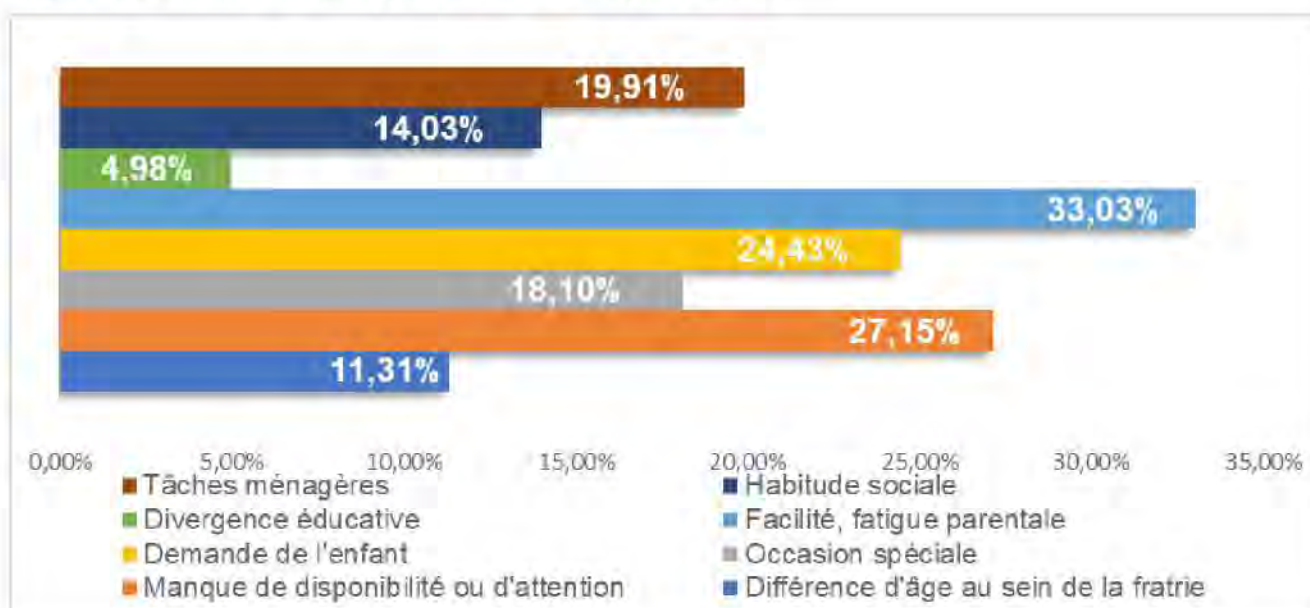
Par ailleurs, 45,02% (n = 181) estiment appliquer ces temps d'écran à leurs propres enfants.

Les causes données par les parents pour expliquer leur absence d'application des temps d'écrans ont été divisés en plusieurs grandes catégories (figure 8) :

- Tâches ménagères : les enfants sont mis devant les écrans afin de dégager du temps pour la préparation du repas ou réaliser d'autres tâches ménagères
- Habitude sociale : utilisation par les parents des écrans par habitude exposant l'enfant à son tour (télévision de fond, utilisation du téléphone à de nombreuses reprises au sein d'une journée, etc.)

- Divergence éducative : difficulté liée à une divergence entre le parent et d'autres intervenants dans l'éducation de l'enfant vis-à-vis des écrans (conjoint, nounou, grands-parents)
- Facilité, fatigue parentale : besoin de « souffler » de la part du parent, d'avoir un temps calme
- Demande de l'enfant : l'enfant aime les écrans et les parents cherchent à lui faire plaisir ou à éviter une « crise »
- Occasion spéciale : vacances, cinéma, soirée film en famille, pendant un repas chez des amis, mauvaise météo, pour donner les médicaments, etc.
- Manque de disponibilité ou d'attention : manque de disponibilité pour proposer d'autres activités ou pour surveiller les temps d'écrans
- Différence d'âge au sein de la fratrie

Figure 8. Causes de non-application des temps d'écran



3. Âge d'utilisation des écrans

Les taux de bonnes réponses pour les âges de début d'utilisation des différents types d'écrans sont :

- Pour la télévision : 66,67% (figure 9)
- Pour la tablette : 29,35% (figure 10)
- Pour le téléphone portable : 20,90% (figure 11)
- Pour l'ordinateur : 45,02% (figure 12)

Les écrans pour lesquels ces proportions sont basses sont aussi associés à une plus grande proportion d'âges de début plus tardif :

- 51,24% « entre 6 et 11 ans » pour la tablette
- 66,67% « à partir de 12 ans » pour le téléphone portable

Figure 9. Âge de début d'utilisation de la télévision

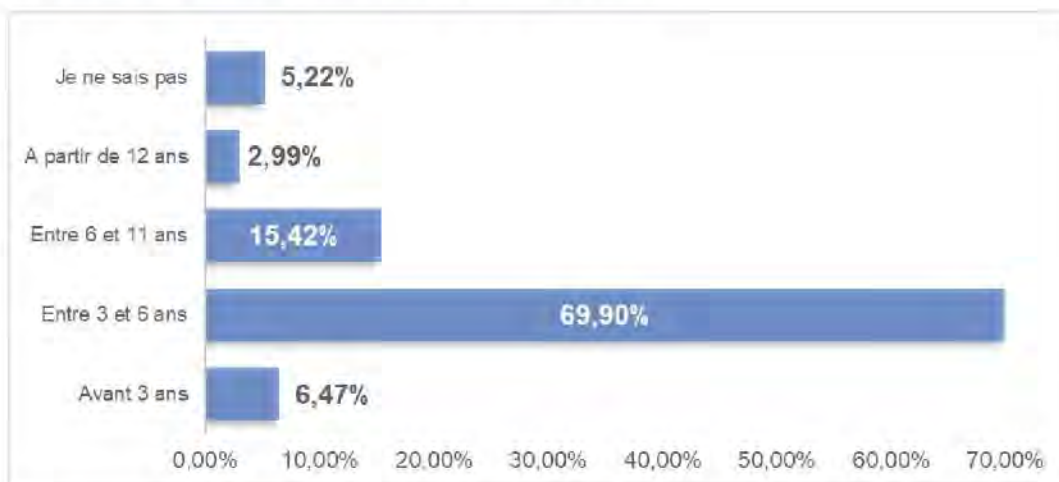


Figure 10. Âge de début d'utilisation d'une tablette numérique



Figure 11. Âge de début d'utilisation du téléphone portable

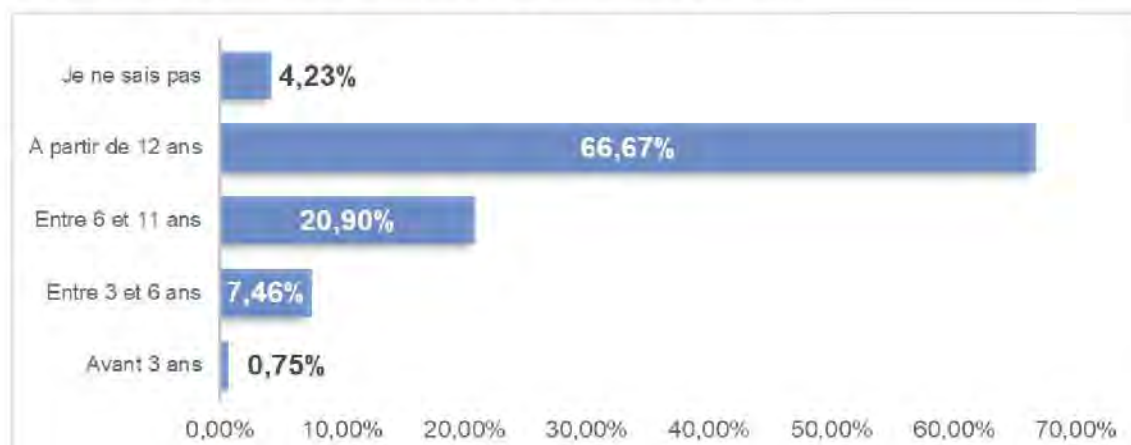
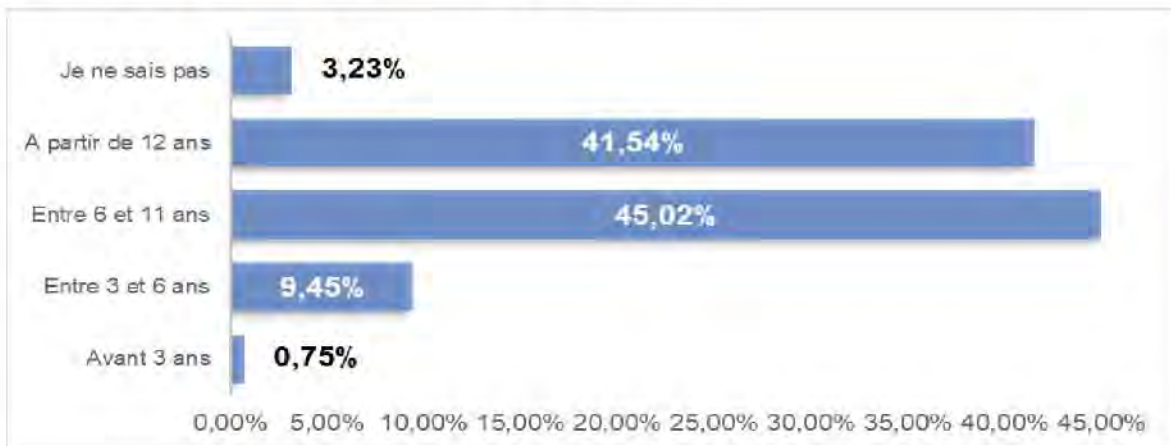


Figure 12. Âge de début d'utilisation d'un ordinateur



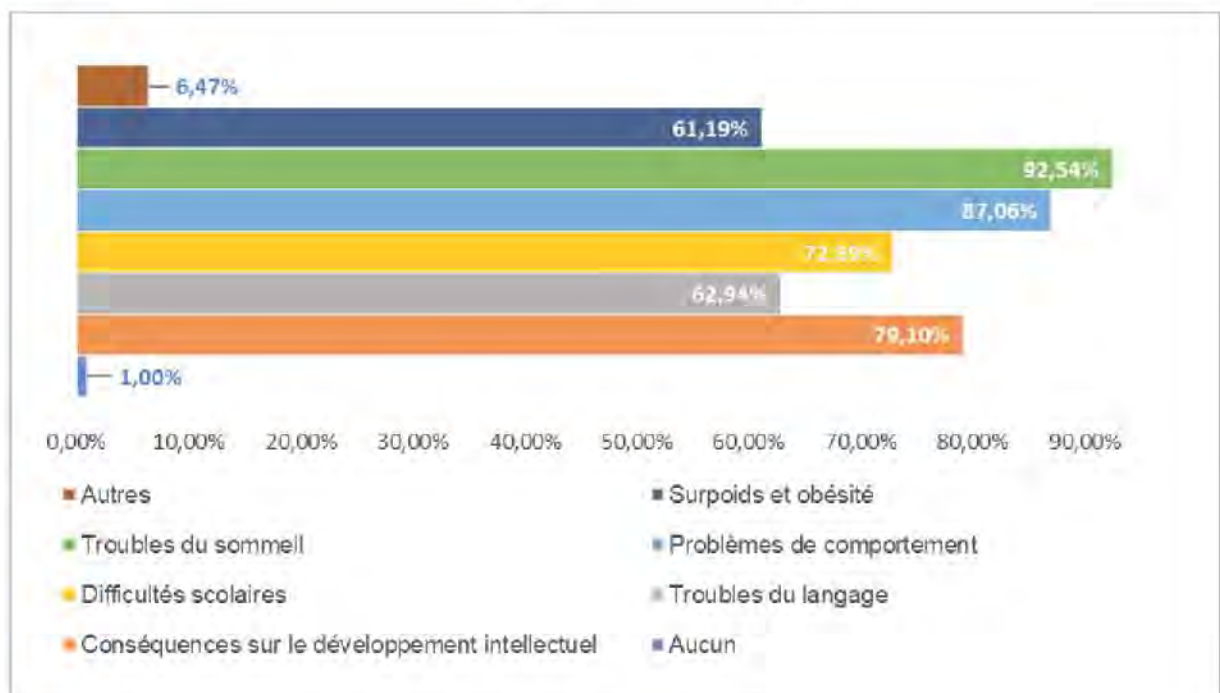
4. Effets des écrans

Les troubles du sommeil sont les risques d'une surexposition aux écrans les mieux connus par les parents (92,54%). Le risque de surpoids et d'obésité est le moins connu (61,19%) (figure 13).

Parmi les autres risques identifiés par 6,47% (n = 26) des parents on retrouve :

- Des problèmes de dépendance
- Des problèmes de vue (myopie)
- Des problèmes d'attention et d'hyperactivité
- Des troubles des interactions sociales
- Des troubles du développement moteur

Figure 13. Estimation des effets négatifs de la surexposition aux écrans



5. Score de connaissance global

Les résultats détaillés du SCG et de ses sous échelles sont présentés dans le tableau 4 et les figures 14, 15 et 16.

Le taux de scores élevés est :

- Pour le SCG : 15,67%
- Pour la sous-échelle de durée d'utilisation : 45%
- Pour la sous-échelle d'âge d'utilisation : 5,72%
- Pour la sous-échelle des effets de la surexposition : 38,56%

Tableau 4. Résultats détaillés du Score de Connaissance Global

Score de Connaissance Global	Effectif (n = 402)	Pourcentage
Niveau de connaissances faible	51	12,69%
1 point	5	1,24%
2 points	6	1,49%
3 points	11	2,74%
4 points	29	7,21%
Niveau de connaissances moyen	288	71,64%
5 points	44	10,95%
6 points	79	19,65%
7 points	91	22,64%
8 points	74	18,41%
Niveau de connaissances élevé	63	15,67%
9 points	37	9,20%
10 points	17	4,23%
11 points	9	2,24%

Figure 14. Sous-échelle de durée d'utilisation des écrans (max. 3 points)

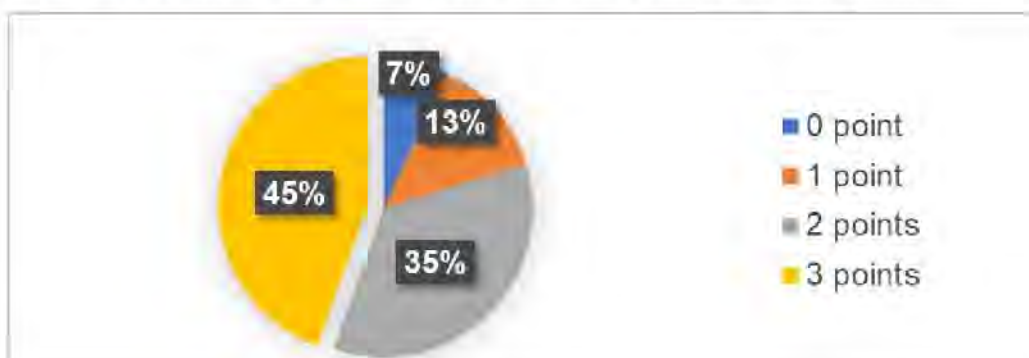


Figure 15. Sous-échelle d'âge d'utilisation des écrans (max. 4 points)

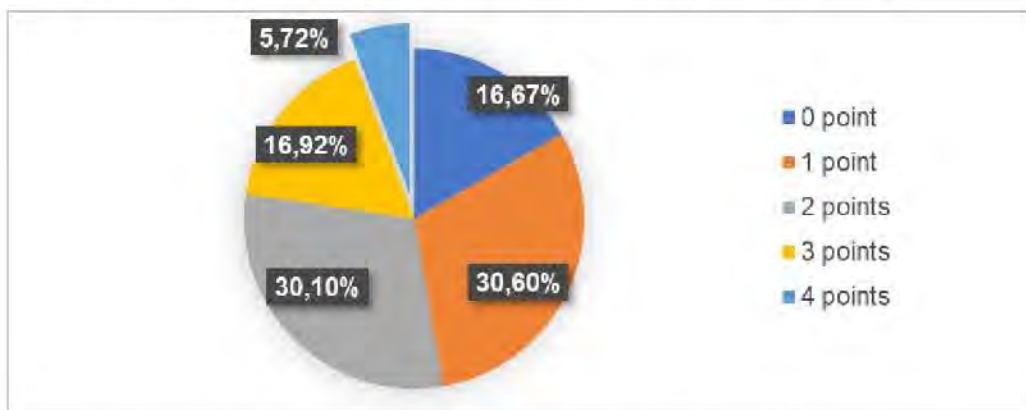
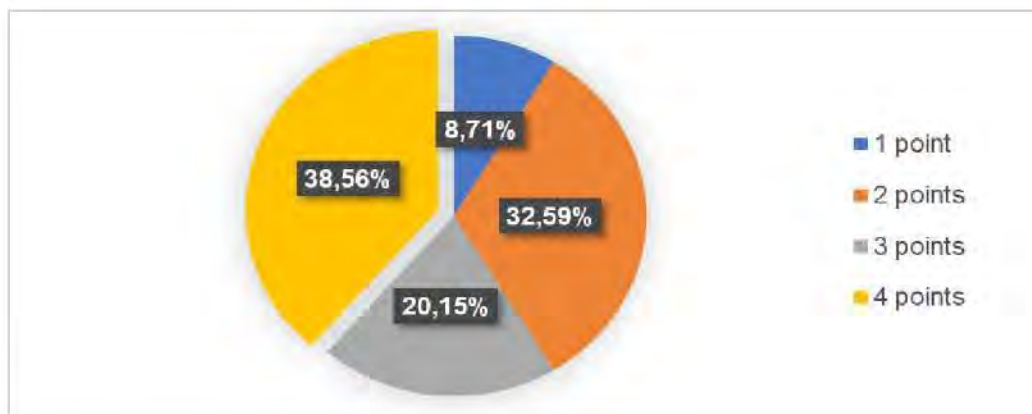


Figure 16. Sous-échelle des effets de la surexposition (max. 4 points)



6. Niveaux de sévérité parentale

L'évaluation des niveaux de sévérité, présentée dans les figures 17 et 18, montre un plus grand taux de la catégorie « sévère » pour les âges d'utilisation que pour les temps d'écrans : 76,78% contre 58%.

Figure 17. Niveaux de sévérité parentale des parents ayant des scores inférieurs à 3 points pour la sous-échelle de durée d'utilisation

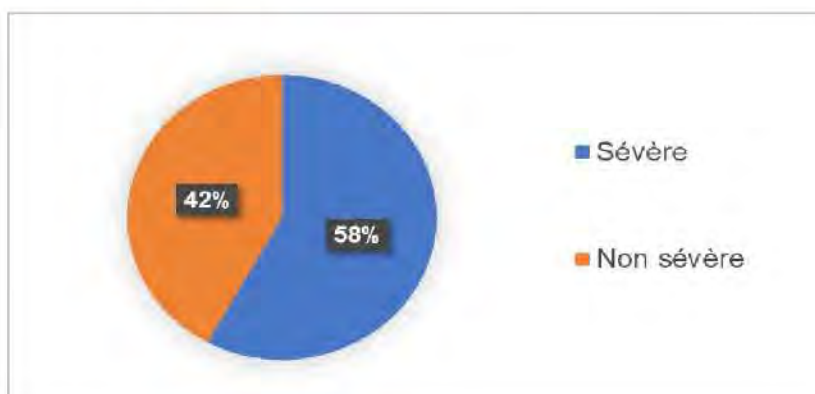
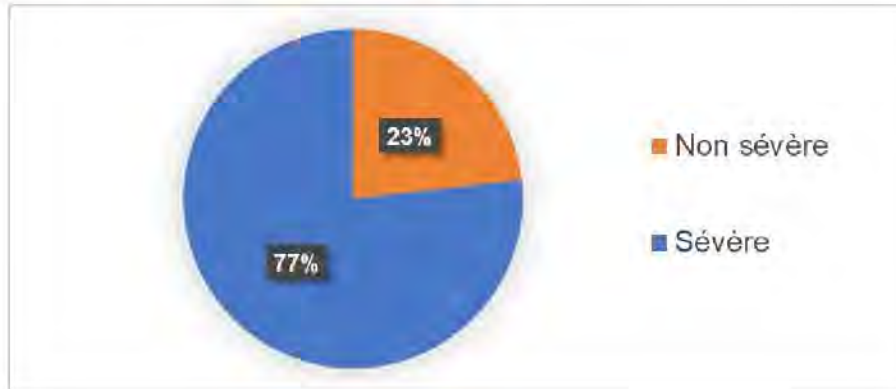


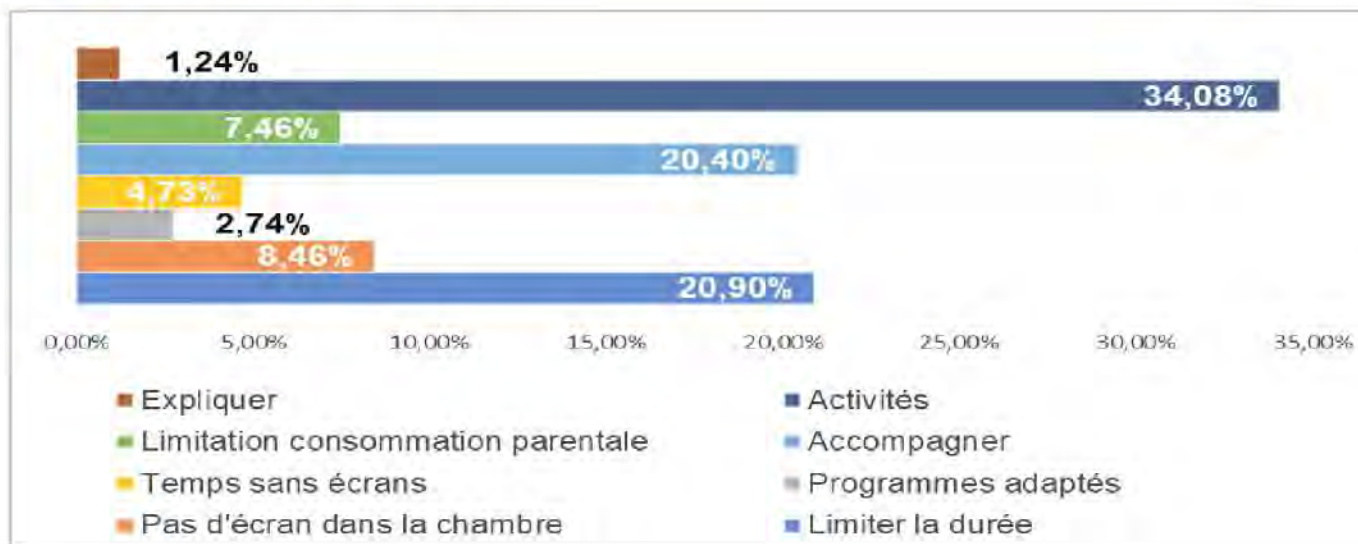
Figure 18. Niveaux de sévérité parentale des parents ayant des scores inférieurs à 4 points pour la sous-échelle d'âge d'utilisation



d. Exploration des moyens de prévention

Le moyen de prévention privilégié par les parents est de proposer d'autres activités aux enfants (34,08%) suivi de la limitation des durées (20,90%) et de l'accompagnement de l'enfant (20,40%). La limitation de la consommation parentale n'est privilégiée que par 7,46% des parents interrogés. (figure 19)

Figure 19. Moyens de prévention



II. Analyse bivariée

a. Score de connaissances global

Un lien statistique a pu être établi entre le SCG et :

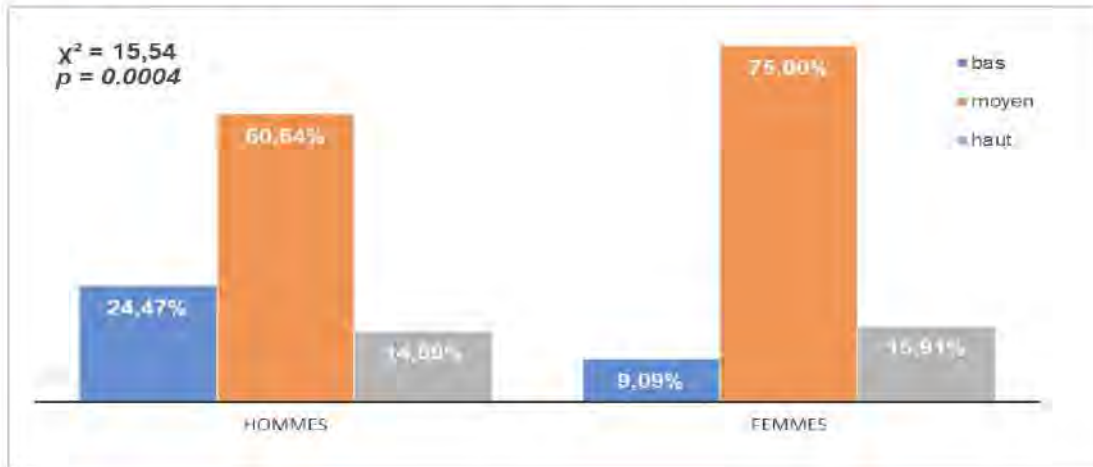
- deux données socio-démographiques parentales : leur sexe et leur zone d'habitation

- le sentiment d'information des parents

Sexe des parents

La fréquence des niveaux bas de SCG est significativement plus importante dans la population masculine (figure 21).

Figure 20. Niveaux de SCG en fonction du sexe des parents



Les résultats de l'analyse bivariée entre le sexe des parents et chaque sous-échelle du SCG sont disponibles dans le tableau 5.

On observe une augmentation statistiquement significative de la proportion de scores bas chez les pères pour :

- la sous-échelle d'âge d'utilisation : 13,83% versus 4,87% ($p=0.016$)
- la sous-échelle des effets : 18,09% contre 5,84% ($p<0.0002$)

Le taux de score élevés des pères est aussi significativement inférieur pour la sous-échelle des effets : 25,53% versus 42,53% ($p<0.0002$).

Tableau 5. Sous-échelles du SCG selon le sexe des parents

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Sexe des parents	Pourcentage (effectif total n=402)					
	0 point	1 point	2 points	3 points		
Hommes	13,83% (n=13)	9,57% (n=9)	30,85% (n=29)	45,74% (n=43)	10,248	0.016
Femmes	4,87% (n=15)	14,29% (n=44)	36,69% (n=113)	44,16% (n=136)		

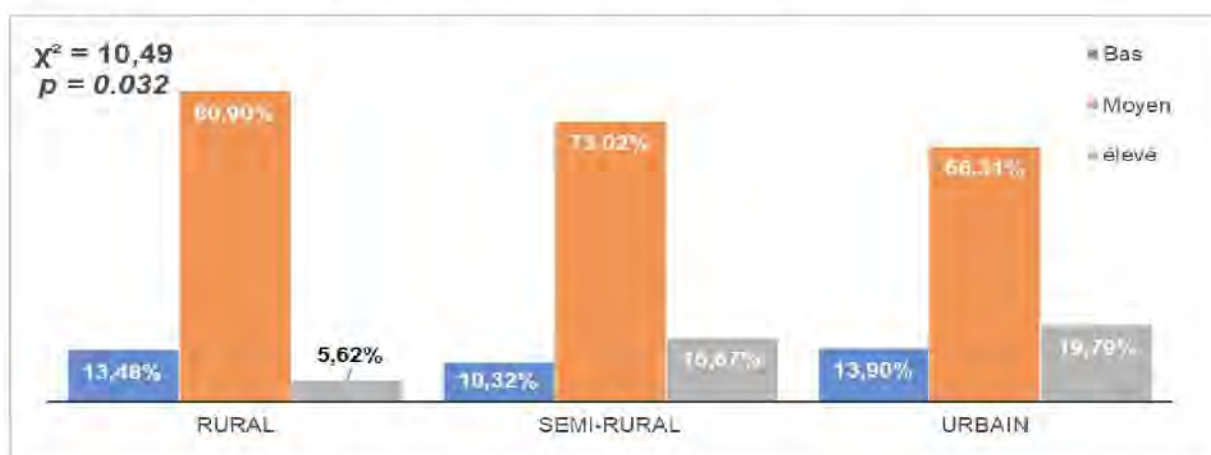
Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans						χ^2	p-value
Sexe des parents	Pourcentage (effectif total n=402)						
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Hommes	14,89% (n=14)	26,60% (n=25)	29,79% (n=28)	21,28% (n=20)	7,45% (n=7)	2,895	0.575
Femmes	17,21% (n=53)	31,82% (n=98)	30,19% (n=93)	15,58% (n=48)	5,19% (n=16)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans					χ^2	p-value
Sexe des parents	Pourcentage (effectif total n=402)					
	1 point	2 points	3 points	4 points		
Hommes	18,09% (n=17)	39,36% (n=37)	17,02% (n=16)	25,53% (n=24)	20,117	<0.0002
Femmes	5,84% (n=18)	30,52% (n=94)	21,10% (n=65)	42,53% (n=131)		

Zone d'habitation

On retrouve une diminution significative de la fréquence des niveaux élevés de SCG chez les parents vivant en zone rurale (figure 21).

Figure 21. Niveaux de SCG selon la zone d'habitation des parents



Aucun lien n'a pu être mis en évidence concernant les sous-échelles du SCG (tableau 6).

Tableau 6. Sous-échelles du SCG selon la zone d'habitation des parents

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Zone	Pourcentage (effectif total n=402)					
d'habitation	0 point	1 point	2 points	3 points		
Rurale	8,99% (n=8)	13,48% (n=12)	30,34% (n=27)	47,19% (n=42)	3,739	0.712
Semi-rurale	7,94% (n=10)	10,32% (n=13)	38,10% (n=48)	43,65% (n=55)		
Urbaine	5,35% (n=10)	14,97% (n=28)	35,83% (n=67)	43,85% (n=82)		

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans

Zone	Pourcentage (effectif total n=402)					χ^2	p-value
d'habitation	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Rurale	22,47% (n=20)	30,34% (n=27)	35,96% (n=32)	6,74% (n=6)	4,49% (n=4)	12,035	0.149
Semi-rurale	14,29% (n=18)	28,57% (n=36)	28,57% (n=36)	21,43% (n=27)	7,14% (n=9)		
Urbaine	15,51% (n=29)	32,09% (n=60)	28,34% (n=53)	18,72% (n=35)	5,35% (n=10)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans

Zone	Pourcentage (effectif total n=402)				χ^2	p-value
d'habitation	1 point	2 points	3 points	4 points		
Rurale	8,99% (n=8)	34,83% (n=31)	21,35% (n=19)	34,83% (n=31)	1,74	0.942
Semi-rurale	10,32% (n=13)	31,75% (n=40)	20,63% (n=26)	37,30% (n=47)		
Urbaine	7,49% (n=14)	32,09% (n=60)	19,25% (n=36)	41,18% (n=77)		

Sentiment d'information

Les parents « totalement » informés présentent (figure 22) :

- Une proportion plus faible de scores bas (3,33%) par rapport aux parents « insuffisamment » informés (18,92%) (p=0.009)
- Une proportion plus importante de scores élevés (17,78%) comparativement aux parents insuffisamment informés (8,11%) (p=0.009)

Les parents « suffisamment » informés présentent un taux de scores élevés similaire à celui des parents qui le sont « totalement » (11,06%) mais aussi un taux de scores bas plus important (18,14%) (p=0.009).

Figure 22. Niveaux de SCG selon le sentiment d'information des parents



Concernant la sous-échelle des effets des écrans, on retrouve une augmentation significative des scores bas chez les parents « insuffisamment » informés : 14,86% contre 5,56% pour les parents « totalement » informés (tableau 7).

Tableau 7. Sous-échelles du SCG selon le sentiment d'information des parents

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Sentiment	Pourcentage (effectif total n=390)					
d'information	0 point	1 point	2 points	3 points		
Totalement	3,33% (n=3)	10,00% (n=9)	36,67% (n=33)	50,00% (n=45)	NR*	NR*
Suffisamment	3,54% (n=8)	12,39% (n=28)	36,28% (n=82)	47,79% (n=108)		
Insuffisamment	13,51% (n=10)	18,92% (n=14)	33,78% (n=25)	33,78% (n=25)		

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans						χ^2	p-value
Sentiment	Pourcentage (effectif total n=390)						
d'information	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Totalement	13,33% (n=12)	25,56% (n=23)	40,00% (n=36)	15,56% (n=14)	5,56% (n=5)	NR*	NR*
Suffisamment	17,26% (n=39)	30,53% (n=69)	28,76% (n=65)	17,26% (n=39)	6,19% (n=14)		
Insuffisamment	12,16% (n=9)	37,84% (n=28)	24,32% (n=18)	20,27% (n=15)	5,41% (n=4)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans					χ^2	p-value
Sentiment	Pourcentage (effectif total n=390)					
d'information	1 point	2 points	3 points	4 points		
Totalement	5,56% (n=5)	24,44% (n=22)	21,11% (n=19)	48,89% (n=44)	15,103	0.0019
Suffisamment	5,31% (n=12)	33,63% (n=76)	21,24% (n=48)	39,82% (n=90)		
Insuffisamment	14,86% (n=11)	39,19% (n=29)	17,57% (n=13)	28,38% (n=21)		

NR* = Non réalisable

b. Niveaux de sévérité parentale

Un lien statistique a pu être établi entre le niveau de sévérité parentale :

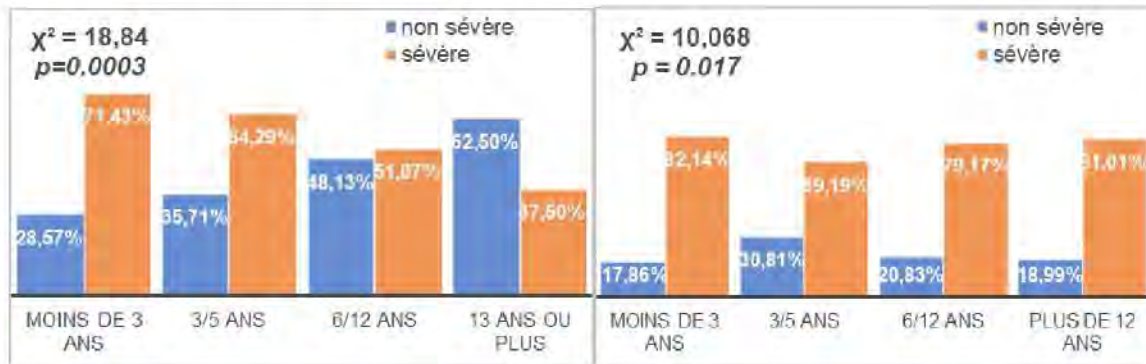
- deux données socio-démographiques des enfants : leur âge et leur suivi médical
- le sentiment d'information des parents

Âges des enfants

On observe une diminution progressive du taux du niveau « sévère », en parallèle de l'avancée en âge des enfants pour le score de durée d'utilisation (figure 23). Il passe de 71,43% avant 3 ans à 37,50% pour les 13 ans et plus ($p=0.0003$).

Par ailleurs, on remarque une augmentation significative de la proportion du niveau « non sévère » dans la tranche des 3/5 ans : 30,81% versus 17,86% chez les moins de 3 ans ($p=0.017$).

Figure 23. Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon l'âge des enfants



Suivi médical de l'enfant

On observe une augmentation significative du taux de niveau « sévère » concernant la durée d'utilisation des écrans chez les parents dont les enfants sont suivis par le pédiatre : 76,67% contre 55,68% pour le médecin généraliste ($p=0.031$). Inversement, les parents dont les enfants sont suivis en PMI présentent un plus faible taux de niveau « sévère » (25%) (figure 24).

Concernant les âges d'utilisation, les résultats sont semblables entre suivi par le médecin généraliste et pédiatre autour de 75% de niveau « sévère » alors que le suivi en PMI présente une proportion plus faible (40%) ($p=0.141$) (figure 26).

Figure 24. Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon le suivi médical de l'enfant

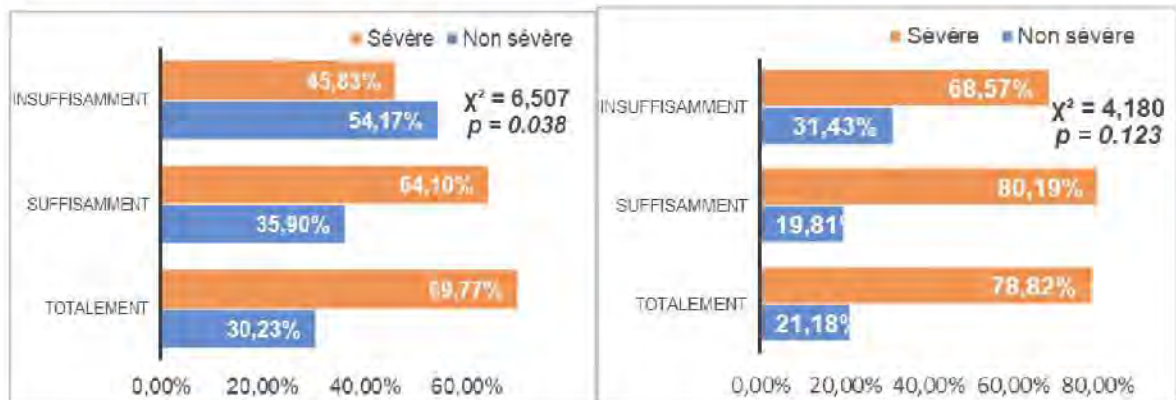


c. Application des connaissances de temps d'écran

Sentiment d'information

On remarque une augmentation du taux de niveau « sévère » concernant la durée d'utilisation chez les parents « totalement » informés : 69,77% contre 45,83% pour les parents « insuffisamment » informés (figure 25).

Figure 25. Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon le sentiment d'information des parents



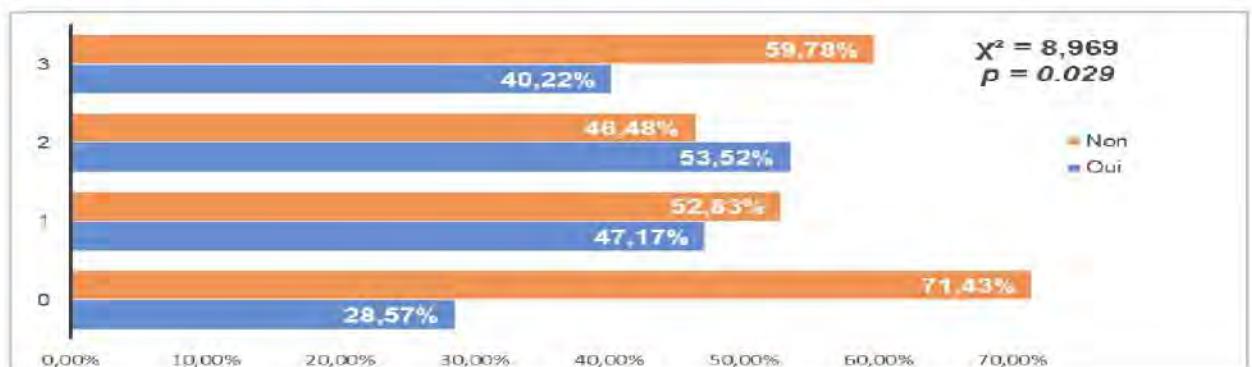
Un lien statistique a été retrouvé entre l'application des connaissances des temps d'écrans et :

- Les scores obtenus pour la sous-échelle de durée d'utilisation des écrans
- Le sentiment d'information des parents
- L'âge des parents
- L'âge des enfants

Score de connaissance global

Il existe une augmentation significative du taux de non-application des temps d'écrans chez les parents ayant obtenus des scores minimums pour la sous-échelle de durée d'utilisation : 71,43% contre 28,57% (figure 26).

Figure 26. Application des temps d'écrans selon le score de la sous-échelle de durée d'utilisation du SCG

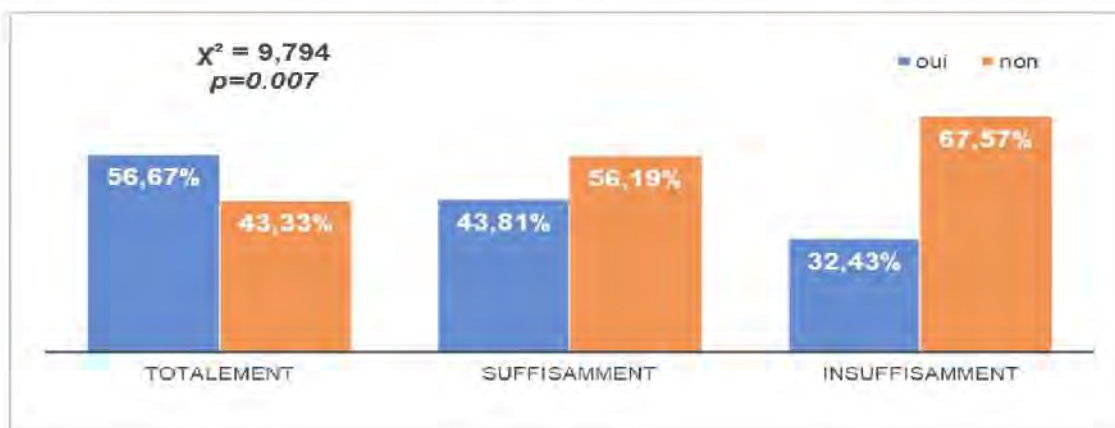


Sentiment d'information

On observe une diminution progressive du taux d'application des temps d'écrans parallèlement à la baisse du sentiment d'information des parents. Ainsi, 67,57% des

parents « insuffisamment » informés disent ne pas respecter ces temps d'écrans contre 43,33% chez les parents « totalement » informés ($p=0.007$) (figure 27).

Figure 27. Application des temps d'écrans selon le sentiment d'information



Age des parents

On observe une augmentation progressive des fréquences de non-application des temps d'écrans avec l'âge des parents ($p=0.021$) (figure 28).

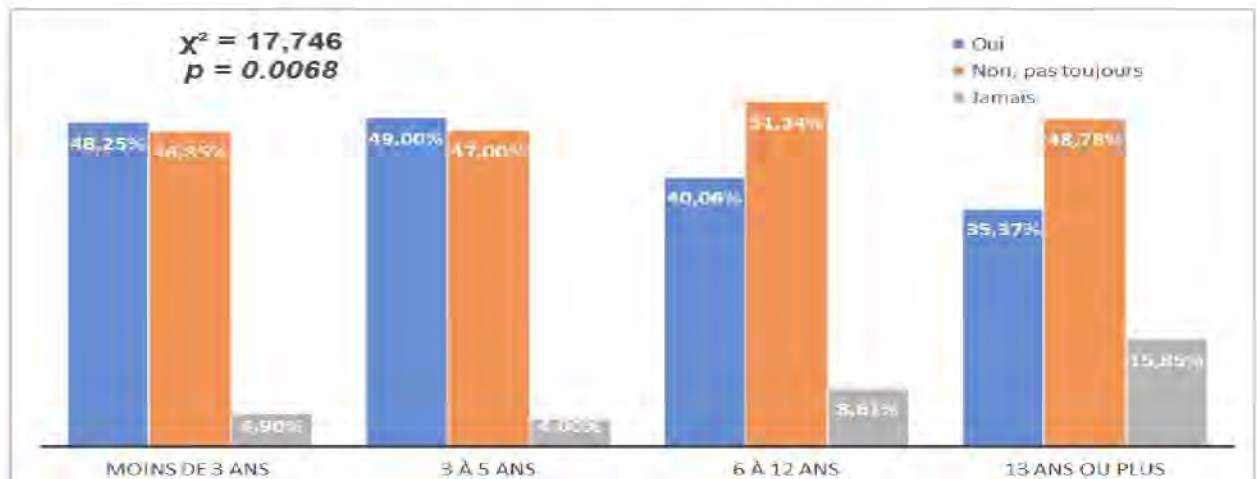
Figure 28. Application des temps d'écrans selon l'âge des parents



Agés des enfants

Le taux d'application diminue avec l'âge des enfants passant de 48,25% avant 3 ans à 40,06% entre 6 et 12 ans. La fréquence de non-application est quasiment doublée entre ces deux tranches d'âge (figure 29).

Figure 29. Application des temps d'écrans selon l'âge des enfants



Le reste des résultats est disponible en annexe 8.

Discussion

I. Résultats

La principale force de notre étude est son originalité. Il s'agit de la première étude à notre connaissance ayant évalué les connaissances des parents concernant la surexposition aux écrans.

Notre travail a montré :

- L'intérêt des parents sur le sujet des écrans
- Que leurs connaissances sont globalement bonnes dans l'ensemble mais restent perfectibles
- Que l'amélioration des connaissances a un réel impact sur l'application des temps d'écrans aux enfants
- Qu'il existe un risque de diabolisation des écrans
- Que le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans l'information des parents
- Qu'il existait des leviers d'intervention pour prévenir la surexposition

a. Les enfants et les écrans : un sujet d'actualité

La question de la surexposition aux écrans chez l'enfant et ses conséquences est un sujet d'actualité qui intéresse le grand public et plus particulièrement les parents. Cet intérêt est visible à travers la multiplication des articles sur les différents médias existants. Ces

derniers sont d'ailleurs le premier moyen d'information des parents sur le sujet, entraînant un risque de connaissances erronées. Cela explique que la très grande majorité des parents ayant participé à notre étude en a déjà entendu parler au moins une fois (seuls 2,99% des parents interrogés n'avaient jamais été informés). Malgré ce fort taux d'information, 17,95% des parents se sentent insuffisamment informés et 1,03% pas du tout informés.

b. Des connaissances globalement bonnes mais perfectibles

Notre étude a montré que les connaissances des parents sur le sujet sont plutôt bonnes. Ceci est d'autant plus vrai pour les connaissances en matière de durées d'utilisation et d'effets des écrans. En revanche, les âges de début d'utilisation des différents types d'écrans restent peu connus et constituent donc une piste d'amélioration.

Ces connaissances sont liées à leur sentiment d'information sur le sujet. Ainsi, les parents « totalement » informés présentent de meilleures connaissances que ceux « insuffisamment » informés.

Les connaissances concernant les âges de début d'utilisation de différents types d'écrans sont les plus basses. Elles sont meilleures pour la télévision et l'ordinateur que pour la tablette et le téléphone. Plusieurs explications à cette baisse sont possibles. Premièrement, les parents pourraient faire une différence entre l'utilisation de l'écran seul ou accompagné par un adulte, ce qui a pu influencer leur réponse. Ensuite, l'arrivée récente de ces technologies (tablettes et téléphone portable) dans nos foyers et l'expérience parentale relativement courte de ces derniers peuvent « perdre » les parents quant à l'âge auquel leurs enfants peuvent les utiliser. Enfin, l'entrée au collège est souvent corrélée à une certaine « obligation sociale » d'utilisation de l'ordinateur à des fins d'apprentissage scolaire et à l'acquisition personnelle du premier téléphone portable (55).

Concernant les effets d'une éventuelle surexposition, nous avons pu observer :

- Que les risques les plus connus sont : les troubles du sommeil (37 – 39), les troubles du comportement (25 – 29), les conséquences sur le développement intellectuel (19 – 21) et les risques de déscolarisation (3, 27, 33)
- Que les risques les moins connus sont : les troubles du langage (14 – 18), le surpoids et l'obésité (17, 28, 30, 36)

De plus, quelques parents ont identifié les problèmes de dépendance (13), la myopie (34,35), les troubles de l'attention (13), les altérations sociales (12) et les troubles du développement moteur (22 – 24).

Les résultats de notre travail ont pu mettre en évidence un plus faible niveau de connaissances chez certaines catégories de parents : les pères et les parents vivant en zone rurale.

Pour les pères, cette différence est principalement liée aux connaissances de durée d'utilisation et l'effet des écrans. Une explication possible de cette baisse pourrait être leur moindre implication dans l'éducation des enfants. Ainsi, dans l'enquête « Emploi du temps » de 2010 réalisée par l'Insee, les pères passent en moyenne 19 minutes par jour à s'occuper des enfants contre 45 minutes pour les femmes (56).

Pour les parents vivants en zone rurale, aucune différence statistique n'a pu être mise en évidence entre les différentes sous-échelles. Cette baisse pourrait s'expliquer par un moindre accès aux informations dans ces zones.

c. Quel effet de l'information sur l'application des temps d'écrans ?

Notre travail a montré que l'application des temps d'écrans est liée au sentiment d'information des parents vis-à-vis des écrans : les parents « totalement » informés appliquent plus ces durées les parents « insuffisamment » informés. La connaissance des durées d'utilisation joue aussi sur cette application. On peut donc dire que l'information des parents sur les durées maximales recommandées peut avoir un réel impact sur la consommation quotidienne d'écran des enfants.

L'application des recommandations en matière de temps d'écran varie aussi avec l'âge des parents et des enfants. Les parents plus âgés ou ayant des enfants plus âgés sont ainsi moins nombreux à les respecter. Ces deux résultats peuvent être liés, les parents plus âgés ayant plus souvent des enfants plus âgés (figures 2 et 3). On peut supposer qu'il est plus compliqué pour les parents d'enfants plus âgés de limiter les temps d'écrans de leurs enfants comparativement à ceux ayant des enfants plus jeunes. Il semble en effet plus simple de limiter la consommation d'un enfant ne pouvant pas être autonome pour utiliser les écrans que de limiter celle d'un enfant pouvant en faire l'utilisation pour ses devoirs ou disposant de son propre téléphone portable. Ainsi, il semble nécessaire d'informer les parents quel que soit leur âge ou celui de leurs enfants.

Les causes de non-application les plus fréquemment évoquées par les parents étaient : la fatigue parentale, le manque de disponibilité et la demande de l'enfant. Les parents ont décrit des difficultés face aux demandes insistantes de l'enfant pour utiliser les écrans et la notion de « faire plaisir » à l'enfant a été décrite à plusieurs reprises. Cet attachement des enfants aux écrans est également retrouvé dans une étude ayant exploré les perceptions des parents sur le temps d'écran de leurs enfants dans 6 pays européens (50). Dans une autre étude de 2016, réalisée par Jago et al., il était décrit par les parents comme un comportement difficile à gérer et était utilisé comme outils de récompense ou de punition (57).

Une autre cause fréquente est la réalisation des tâches domestiques. Ces résultats concordent avec une étude américaine de 2013 dans laquelle 13% des mères déclaraient utiliser régulièrement les écrans pour occuper les enfants pendant la réalisation des tâches ménagères (5).

d. Un risque de « diabolisation »

Nous avons pu également mettre en évidence une certaine « sévérité » des parents vis-à-vis des écrans. Cela pourrait entraîner leur « diabolisation ». Or cette diabolisation pourrait s'avérer néfaste sur plusieurs plans. Premièrement, les écrans sont une source indéniable d'apprentissage et d'ouverture sur le monde plus tard dans la vie qu'il convient d'apprendre à maîtriser (12,13). Eloigner totalement les enfants des écrans ne leur permettrait pas d'acquérir ces savoir-faire. Deuxièmement, une sévérité parentale trop importante pourrait avoir l'effet inverse de celui escompté. Cela pourrait augmenter l'attractivité des écrans auprès des enfants et être alors une source plus importante de conflit au sein de la famille.

C'est pourquoi les dernières recommandations françaises insistent plus sur la notion d'accompagnement et d'éducation des enfants aux écrans que sur des durées quotidiennes maximales (45, 46). Toutefois, elles sont probablement moins connues du grand public que les recommandations américaines (47, 48) ou la règle du 3-6-9-12 de Serge Tisseron (44) plus anciennes, qui donnent une plus grande importance aux durées et aux âges d'utilisation.

Globalement, les parents interrogés sont plus « sévères » concernant l'âge de début d'utilisation que pour les durées et nous avons pu observer que l'âge des enfants et leur suivi médical y sont liés.

Concernant le suivi médical des enfants, on observe une plus grande sévérité parentale pour les durées d'utilisation en cas de suivi par le pédiatre. Concernant l'âge des enfants,

les parents d'enfants de moins de 3 ans sont plus « sévères » pour les durées d'utilisation et les parents d'enfants entre 3 et 5 ans sont moins sévères pour les âges d'utilisation.

D'une part, cela pourrait être dû à l'évolution des problématiques liées aux écrans en fonction de l'âge des enfants. En effet, le « zéro écrans » préconisé chez les moins de 3 ans pourrait influencer les parents de ses enfants à estimer comme recommandées des durées inférieures pour les enfants plus âgés. De même, les parents d'enfants plus âgés ayant une plus grande expérience sur la gestion des écrans pourraient avoir tendance à surestimer les durées recommandées pour les plus jeunes. D'autre part, l'augmentation dans les dernières années des informations à disposition du grand public (49, Annexes 2, 3 et 9) a pu développer une certaine « crainte » vis-à-vis des écrans chez les parents de jeunes enfants et modifier leurs réponses en conséquence. Les résultats concernant le lien entre le sentiment d'information des parents et leur niveau de sévérité semblent aller dans ce sens. En effet, les parents s'estimant « totalement informés » sont plus « sévères » que leurs homologues.

e. Les moyens d'information : quelle place pour le médecin généraliste ?

Ce travail a aussi pu identifier que les médecins, dont les médecins généralistes, sont de bons vecteurs de cette information. Ainsi, les parents ayant été informés par leur médecin présentent ainsi des niveaux de connaissances élevés importants (16,07%) et de connaissances faibles bas (6,25%) comparativement à ceux informés par les médias (respectivement 13,84% et 13,49%). Malheureusement, encore trop peu de parents sont informés par leur médecin généraliste, le principal moyen d'information étant les médias.

Pourtant, une grande majorité des enfants de notre étude (78,26%) est suivi par le médecin généraliste, le plaçant au cœur de cette prévention. Parmi les raisons identifiées par les médecins généralistes sur ce faible taux de prévention on retrouve le manque de temps lors des consultations et le manque d'intérêt des parents (11), ce qui est en désaccord avec les résultats de notre travail. Les médecins généralistes ne doivent donc pas hésiter à aborder le sujet avec les parents.

f. Des leviers de prévention possibles

Enfin, notre étude a permis d'identifier plusieurs leviers d'intervention en ce qui concerne les moyens de prévention au vu de la faible proportion de parents les jugeant importants. Ainsi, il semble nécessaire d'insister auprès des parents sur :

- L'accompagnement : favoriser le co-visionnage en famille
- L'importance de limiter sa propre consommation d'écran

- L'importance de ne pas mettre d'écrans dans la chambre des enfants
- La préservation de temps sans écrans (repas, coucher, avant l'école)
- L'importance du contenu des programmes

L'accompagnement des enfants dans leur utilisation des écrans est au cœur des dernières recommandations françaises (46). Il permet plus d'interactions parent-enfant que lors d'un visionnage de l'enfant seul face à l'écran. Il peut ainsi plus facilement exprimer ses émotions limitant ainsi les risques de troubles du comportement. Il permet également une meilleure vigilance quant au contenu des programmes et de partager les centres d'intérêt de l'enfant, renforçant ainsi les relations parent-enfant. Ce levier d'intervention est intéressant pour limiter le temps d'écrans mais aussi le risque d'isolement et on peut donc conseiller aux parents d'utiliser les écrans en famille sur des temps dédiés.

La limitation de la consommation d'écran parentale a été identifiée dans plusieurs études comme un facteur déterminant dans la consommation d'écran infantile (37,38,40,42). Pourtant, seuls 7,46% des parents interrogés ont estimé qu'il s'agit d'un moyen important pour prévenir la surexposition des enfants. Ce résultat concorde avec ceux d'une étude longitudinale de 2016 qui montrait que peu de parents estimaient que la limitation du temps d'écran devait aussi leur être appliquée (42). Le faible taux de réponse à cet item dans notre étude indique un fort potentiel d'intervention. Il semble donc important d'aider les parents à prendre conscience de leur propre consommation d'écrans afin de les aider à prévenir celle de leurs enfants.

Bien que la majorité des enfants n'aient pas d'écrans dans leur chambre, une étude des pratiques des écrans de 2017 a montré que certains peuvent en avoir plusieurs (58). Cette présence est prédictive d'une augmentation du temps d'écran quotidien (41, 43) mais aussi de troubles du sommeil (37). L'augmentation des écrans mobiles au sein des foyers peut expliquer le faible taux de réponse. En effet, il peut sembler plus difficile pour les parents d'empêcher la présence d'un écran mobile dans la chambre des enfants en comparaison d'une télévision. De plus, le contrôle parental des durées et du contenu est alors plus complexe. Au vu de la faible proportion de parents ayant choisi cet item il peut constituer un levier important d'intervention. On peut donc rappeler aux parents que les écrans doivent rester dans les pièces communes de la maison afin que leur chambre reste un sanctuaire dédié au jeu et au sommeil.

La préservation d'écran de certains temps quotidiens comme les repas ou avant le coucher a été identifiée comme un moyen efficace de limiter l'exposition des enfants (40)

et fait partie intégrante des recommandations françaises (46). Elle a été liée à des risques de surpoids, de troubles du sommeil et de difficultés d'attention (3, 37, 38).

Le visionnage de contenus violents ou de programmes destinés aux adultes peuvent avoir de multiples impacts chez les plus jeunes : comportement agressif (32), retentissement cognitif et socio-affectif (13, 19) et troubles du sommeil (37). Pourtant, l'essor de plateformes vidéo comme Youtube et Netflix, y compris auprès des plus jeunes, permet un accès facile à ce type de contenu et ce n'importe où. Bien que des logiciels de contrôle parental existent sur l'ensemble des écrans, leur utilisation reste limitée, en particulier pour les écrans mobiles. Ainsi seuls 28% des parents ont installés un système de contrôle parental sur le smartphone de leur enfant alors qu'il est présent sur 41% des ordinateurs fixes (59). Le choix de programmes adaptés est donc un bon levier d'intervention pour prévenir les risques encourus en cas de surexposition. Il semble donc nécessaire de rappeler aux parents de porter une attention particulière au contenu des programmes visionnés par leurs enfants. Cela peut se faire par la constitution d'une DVD-thèque adaptée, par le co-visionnage, la suppression de la télévision de fond et par un système de contrôle parental pour les enfants plus âgés.

II. Biais et limites de l'étude

Nous avons donc opté pour une étude quantitative descriptive. Il s'agit à notre sens du type d'étude le plus approprié pour évaluer quantitativement de façon simple et rapide ces connaissances. La nature de cette étude en fait la première limite. En effet, ce type d'étude présente un faible niveau de preuves. Toutefois, ce travail a permis d'identifier les manques du grand public sur le sujet et d'orienter de futures recherches.

Nous avons pu obtenir 402 réponses à notre questionnaire, ce qui pourrait nuire à sa puissance. Malgré tout, nous avons réalisé une étude statistique préalable évaluant la taille de l'échantillon requise à 384 réponses nous permettant d'affirmer que la puissance statistique de notre étude est satisfaisante

Pour des raisons pratiques d'organisation, les cabinets participants étaient des cabinets de groupe ou des MSP disposant, au moins à temps partiel d'un secrétariat physique (à l'exception d'un cabinet). En proposant le questionnaire aux médecins généralistes exerçant seuls, nous aurions pu avoir un plus grand nombre de cabinets participants et ainsi augmenter sa puissance.

Les cabinets participants étaient répartis inégalement sur le territoire de la Haute-Garonne limitant ainsi la représentativité des parents en zone rurale mais aussi sur certaines zones

géographiques, notamment aux limites du département. Malgré cela, plus de la moitié des habitants du département habitent dans la communauté de Toulouse métropole (54) dont 7 cabinets sont issus. Enfin, en déplaçant le recueil sur la période de rentrée scolaire, propice aux consultations pour les certificats de non-contre-indication au sport des enfants, nous aurions ainsi pu augmenter l'effectif de l'échantillon.

Conclusion

La surexposition aux écrans chez l'enfant est un phénomène récent en pleine expansion dans notre société, en particulier pour les parents. Le grand nombre d'enfants pouvant être touchés par ce phénomène et ses répercussions en font un problème de santé publique. La mise en place de règles de prévention précocement dans l'enfance permet de limiter cet impact négatif. L'éducation des parents en ce sens est donc essentielle, puisqu'ils en sont les premiers acteurs. Elle doit se faire le plus tôt possible, idéalement dès les consultations de suivi du nourrisson voir pendant la grossesse.

Notre étude descriptive met en avant l'intérêt des parents et leurs connaissances sur le sujet de la surexposition aux écrans chez l'enfant. Elles restent cependant perfectibles. Ainsi, les âges d'utilisation des écrans sont moins connus des parents, en particulier pour les nouvelles technologies. Cela peut témoigner d'une certaine crainte parentale vis-à-vis des écrans et d'un risque de « diabolisation » de ces derniers. De plus, certaines catégories de parents ont de moindres connaissances (pères et parents vivant en zone rurale). Bien que des études complémentaires soient nécessaires afin d'établir plus clairement ces liens, il semble nécessaire d'être plus attentif à ces parents. Par ailleurs, l'amélioration des connaissances des parents permet une meilleure application des recommandations de durée d'utilisation des écrans, confirmant l'importance de la prévention.

Le médecin généraliste, en tant qu'acteur de santé publique, a un rôle important à jouer dans cette prévention. Pourtant, il est encore trop peu souvent un moyen d'information pour les parents, au profit des médias.

Cette première étude sur le sujet permet d'aider les médecins généralistes dans leur prévention au quotidien en identifiant de possibles leviers d'intervention. Ainsi, la prévention doit mettre en avant des messages simples à l'intention des parents pour être plus efficace : temps sans écrans, pas d'écrans dans la chambre, co-visionnage, faire attention à sa propre consommation d'écrans. Elle pourrait également être améliorée par l'utilisation d'outils à destination des parents. Ainsi, le nouveau carnet de santé (Annexe 2) et la présence d'affiches en salle d'attente (Annexes 3 et 9) pourraient permettre d'instaurer le dialogue entre le médecin et les parents. Enfin, la distribution aux parents de brochures informatives pourrait permettre de poursuivre cette information après la consultation (Annexe 1). La réalisation de recherches centrées sur les attentes des parents vis-à-vis de leur médecin généraliste sur le sujet des écrans pourrait permettre d'améliorer ce dialogue et la prévention.

Vu
Toulouse le 8/10/2013


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 8-10-13
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE


Bibliographie

1. Gaillard I. De l'étrange lucarne à la télévision. Vingtième Siècle Revue d'histoire. 1 août 2006; no 91(3):9-23.
2. L'équipement audiovisuel des foyers aux 3e et 4e trimestres 2018 (TV) et pour l'année 2018 (radio) - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel [Internet]. [cité 30 sept 2019]. 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-2018-TV-et-pour-l-annee-2018-radio>
3. Radesky JS, Christakis DA. Increased Screen Time: Implications for Early Childhood Development and Behavior. *Pediatr Clin North Am.* 2016;63(5):827-39.
4. Loprinzi PD, Davis RE. Secular trends in parent-reported television viewing among children in the United States, 2001-2012. *Child Care Health Dev.* mars 2016;42(2):288-91.
5. Zero to Eight: Children's Media Use in America 2013 | Common Sense Media [Internet]. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.commonsensemedia.org/research/zero-to-eight-childrens-media-use-in-america-2013>
6. Assathiany R, Guery E, Caron FM, Cheymol J, Picherot G, Foucaud P, et al. Children and screens: A survey by French pediatricians. *Arch Pediatr.* févr 2018;25(2):84-8.
7. L'audience de la télévision en 2017 [Internet]. Médiamétrie. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mediametrie.fr/fr/audience-de-la-television-en-2017>
8. Screen 360. Les usages vidéos des 6-14 ans : entre particularismes et similitudes [Internet]. Médiamétrie. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mediametrie.fr/fr/screen-360-les-usages-vidéos-des-6-14-ans-entre-particularismes-et-similitudes-0>
9. Junior Connect' 2017 : les jeunes ont toujours une vie derrière les écrans ! [Internet]. Ipsos. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/junior-connect-2017-les-jeunes-ont-toujours-une-vie-derriere-les-ecrans>
10. L'Année Internet 2018 [Internet]. Médiamétrie. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mediametrie.fr/fr/annee-internet-2018>
11. Homps M. Prévention de la surexposition aux écrans chez l'enfant par les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées [Thèse de doctorat pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]. Toulouse, Université Toulouse III – Paul Sabatier, Faculté de médecine; 2018.

12. Bach J-F, Postaire É, Académie des Sciences. L'enfant et les écrans: un avis de l'Académie des Sciences. Paris: Le Pommier; 2013.
13. Reid Chassiakos YL, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C, Council on communication and media. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*. 2016;138(5).
14. Anderson DR, Subrahmanyam K, Cognitive Impacts of Digital Media Workgroup. Digital Screen Media and Cognitive Development. *Pediatrics*. nov 2017;140(Suppl 2):S57-61.
15. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant Media Exposure and Toddler Development. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 6 déc 2010;164(12):1105-11.
16. Houdé O. Les écrans changent-ils le cerveau ? *Sciences Humaines*. 23 oct 2013; n° 252(10):7-7.
17. Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *J Paediatr Child Health*. avr 2017;53(4):333-8.
18. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Font M, Harrington A, Taromino C, et al. Association of screen time use and language development in Hispanic toddlers: a cross-sectional and longitudinal study. *Clin Pediatr (Phila)*. sept 2013;52(9):857-65.
19. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatr Child Health*. nov 2017;22(8):461-77.
20. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children. *Pediatrics*. 1 avr 2004;113(4):708-13.
21. Winterstein P and Jungwirth RJ. Media usage and passive smoking in preschool children: risk factors for cognitive development?, *Kinderkrankenschwester: Organ Der Sektion Kinderkrankenpflege*, vol. 34, no. 7, p. 266, Jul. 2015
22. Poitras VJ, Gray CE, Janssen X, Aubert S, Carson V, Faulkner G, et al. Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*. 20 nov 2017;17(Suppl 5):868.
23. Lin L-Y, Cherg R-J, Chen Y-J. Effect of Touch Screen Tablet Use on Fine Motor Development of Young Children. *Phys Occup Ther Pediatr*. 20 oct 2017;37(5):457-67.
24. Ahearne C, Dilworth S, Rollings R, Livingstone V, Murray D. Touch-screen technology usage in toddlers. *Arch Dis Child*. févr 2016;101(2):181-3.
25. Nathanson AI, Aladé F, Sharp ML, Rasmussen EE, Christy K. The relation between television exposure and executive function among preschoolers. *Dev Psychol*. mai 2014;50(5):1497-506.

26. R. Milijkovitch, F. Morange-Majoux, E. Sander (2017), *Psychologie du développement*, Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson
27. Pagani LS, Fitzpatrick C, Barnett TA, Dubow E. Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial, and physical well-being by middle childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med.* mai 2010;164(5):425-31.
28. Saunders TJ, Vallance JK. Screen Time and Health Indicators Among Children and Youth: Current Evidence, Limitations and Future Directions. *Appl Health Econ Health Policy.* juin 2017;15(3):323-31.
29. Raman S, Guerrero-Duby S, McCullough JL, Brown M, Ostrowski-Delahanty S, Langkamp D, et al. Screen Exposure During Daily Routines and a Young Child's Risk for Having Social-Emotional Delay. *Clin Pediatr (Phila).* nov 2017;56(13):1244-53.
30. Media C on CA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics.* 1 nov 2016;138(5):e20162592.
31. Braig S, Genuneit J, Walter V, Brandt S, Wabitsch M, Goldbeck L, et al. Screen Time, Physical Activity and Self-Esteem in Children: The Ulm Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 16 2018;15(6).
32. Media C on C and. Media Violence. *Pediatrics.* 1 nov 2009;124(5):1495-503.
33. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association of television viewing during childhood with poor educational achievement. *Arch Pediatr Adolesc Med.* juill 2005;159(7):614-8.
34. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology.* 1 mai 2016;123(5):1036-42.
35. Morgan IG, Ohno-Matsui K, Saw S-M. Myopia. *The Lancet.* 5 mai 2012;379(9827):1739-48.
36. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab.* juin 2016;41(6 Suppl 3):S240-265.
37. Dong S, Song Y, Jiang Y, Sun W, Wang Y, Jiang F. Multi-center study on the effects of television viewing on sleep quality among children under 4 years of age in China. *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* déc 2015;53(12):907-12.
38. Falbe J, Davison KK, Franckle RL, Ganter C, Gortmaker SL, Smith L, et al. Sleep duration, restfulness, and screens in the sleep environment. *Pediatrics.* févr 2015;135(2):e367-375.
39. Children's Media Use and Sleep Problems: Issues and Unanswered Questions [Internet]. The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2008 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.kff.org/other/issue-brief/childrens-media-use-and-sleep-problems-issues/>

40. Carson V, Janssen I. Associations between factors within the home setting and screen time among children aged 0-5 years: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 23 juill 2012;12:539.
41. Paudel S, Jancey J, Subedi N, Leavy J. Correlates of mobile screen media use among children aged 0-8: a systematic review. *BMJ Open*. 24 oct 2017;7(10):e014585.
42. Schoeppe S, Rebar AL, Short CE, Alley S, Van Lippevelde W, Vandelanotte C. How is adults' screen time behaviour influencing their views on screen time restrictions for children? A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 1 mars 2016;16:201.
43. Veldhuis L, van Grieken A, Renders CM, Hirasing RA, Raat H. Parenting style, the home environment, and screen time of 5-year-old children; the « be active, eat right » study. *PLoS ONE*. 2014;9(2):e88486.
44. Caron F-M. Clics et... claques ? Écrans et enfants, la règle 3-6-9-12. Table ronde au congrès des sociétés de pédiatrie. *Le pédiatre* avril 2014 ; 263 : 22-27.
45. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques. [Internet] Académie des sciences, Académie Nationale de Médecine et Académie des Technologies ; 9 avril 2019. Disponible sur : <https://afpa.org/content/uploads/2019/04/l%E2%80%99enfant-l%E2%80%99adolescent-la-famille-et-les-%C3%A9crans-rapport-Acad%C3%A9mies-09-04-2019.pdf>
46. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthet-Derrien M-S, Bidet-Emeriau M, Blocquaux S, et al. L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. *Perfectionnement en Pédiatrie*. mars 2018;1(1):19-24.
47. American Academy of Pediatrics. Media Education. *Pediatrics*. 1 août 1999;104(2):341-3
48. American Academy of Pediatrics Announces New Recommendations for Children's Media Use [Internet]. AAP.org. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>
49. La protection des tout-petits [Internet]. Conseil supérieur de l'audiovisuel [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Protger/Protection-de-la-jeunesse-et-des-mineurs/La-protection-des-tout-petits>
50. Bentley GF, Turner KM, Jago R. Mothers' views of their preschool child's screen-viewing behaviour: a qualitative study. *BMC Public Health*. 04 2016;16:718.
51. De Decker E, De Craemer M, De Bourdeaudhuij I, Wijndaele K, Duvinae K, Koletzko B, et al. Influencing factors of screen time in preschool children: an exploration of parents' perceptions through focus groups in six European countries. *Obes Rev*. mars 2012;13 Suppl 1:75-84.

52. Statistiques locales : nombre de familles selon le nombre d'enfants de moins de 25 ans en Haute-Garonne [Internet] Insee. Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-83968,5476778,445117,235167&c=indicator&i=rp.nef&s=2016&selcodgeo=31&view=map2>
53. PCS 2003 [Internet]. Insee [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
54. Base des aires urbaines [Internet]. Insee [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2115011>
55. À quel âge offrir un portable à notre enfant ? [Internet]. Association de protection de l'enfance sur Internet- e-Enfance. 2016 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-enfance.org/actualite/age-devons-offrir-portable-enfant.html>
56. En 25 ans, moins de tâches domestiques pour les femmes, l'écart de situation avec les hommes se réduit – Femmes et hommes - Regards sur la parité [Internet]. Insee [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372773?sommaire=1372781>
57. Jago R, Zahra J, Edwards MJ, Kesten JM, Solomon-Moore E, Thompson JL, et al. Managing the screen-viewing behaviours of children aged 5-6 years: a qualitative analysis of parental strategies. *BMJ Open*. 1 mars 2016;6(3):e010355.
58. Lédée J. Impact des écrans sur le sommeil des enfants de 6 à 12 ans, étude réalisée en cabinet de médecine générale en Haute-Garonne. [Thèse de doctorat pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale]. Toulouse, Université Toulouse III – Paul Sabatier, Faculté de médecine; 2018
59. Harris Interactive. Les parents d'enfants et jeunes adolescents et l'accès à Internet [Internet] Fédération Française des Télécoms, sept 2017. Disponible sur : https://www.fftelecoms.org/app/uploads/2017/10/2017_10_harris_interactive_etude.pdf

Annexes

Annexe 1. Dépliant « Utiliser les écrans, ça s'apprend » par le CSA



EN LIGNE

- Discutez avec votre enfant s'il souhaite s'inscrire sur un réseau social : l'inscription requiert un âge minimal car il doit être capable de sens critique.
- Réfléchissez avant de publier des photos de vos enfants ; ce n'est pas un acte anodin. C'est à l'enfant de choisir de s'exposer ou de ne pas s'exposer une fois adolescent.
- Sensibilisez votre enfant au fait que les images et informations qu'il publie peuvent être vues au-delà de son cercle d'amis et utilisées par d'autres.
- Pensez à lui rappeler les règles de prudence et de bien-vivre ensemble qui s'appliquent en ligne comme ailleurs, par exemple :
 - ▷ ne pas donner ses coordonnées personnelles (adresse, numéro de téléphone, etc.) à des inconnus ;
 - ▷ ne pas diffuser d'images et d'information qui pourraient lui nuire ou faire du tort aux autres.
- En cas de cyber-harcèlement ou d'exposition à des contenus nuisibles, utilisez les dispositifs de signalement mis en place par les plateformes et les réseaux.
- En cas d'exposition à des contenus illicites, utilisez la plateforme Pharos du ministère de l'Intérieur : www.internet-signalement.gouv.fr
- Commettre une infraction en ligne revient à en commettre une dans la vie. Sur Internet aussi, il convient de respecter la loi et les droits de chacun.



DIALOGUER, UNE NÉCESSITÉ

Les écrans font partie de notre quotidien et de celui de nos enfants. Ils peuvent être source de découverte, d'enrichissement, d'apprentissage et de divertissement.

Les enfants doivent pouvoir profiter des écrans sans risque pour leur développement et leur bien-être. Pour cela, il faut éviter les excès. Dans tous les cas, discutons-en avec eux.

« Utiliser les écrans, ça s'apprend ! »



Disponible sur : <https://www.csa.fr/Protéger/Protection-de-la-jeunesse-et-des-mineurs/La-protection-des-tout-petits>

Annexe 2. Informations sur les écrans du nouveau carnet de santé 2018

CARNET DE SANTÉ

en vigueur au 1er avril 2018

p. 14

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.

p. 55

EXAMEN AU COURS DE LA QUATRIÈME ANNÉE

- Si on ne comprend pas bien votre enfant quand il parle ou si ses phrases ne sont pas bien construites.
- Si votre enfant fait des efforts pour parler, hésite beaucoup ou « bute » sur les mots.
- Si l'école vous a signalé un problème.
- Si vous trouvez que votre enfant tombe souvent.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

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

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

p. 45

EXAMEN AU COURS DU VINGT-QUATRIÈME MOIS

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- Si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

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

p. 59

EXAMEN AU COURS DE LA SIXIÈME ANNÉE

Le plus souvent, l'examen sera effectué par le médecin scolaire à l'école. Votre présence est importante. Si cet examen de prévention n'est pas effectué à l'école, pensez à le faire pratiquer par votre médecin à un moment où votre enfant n'est pas malade.

- Si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper.
- Si vous trouvez que votre enfant est souvent malade.
- Si l'école vous a signalé des problèmes.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

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

p. 49

Activités physiques



Au moins l'équivalent d'une heure de marche rapide chaque jour.

Limitez le temps passé devant la télévision, les jeux vidéo, l'ordinateur, etc. (voir p. 14)

p. 51

EXAMEN AU COURS DE LA TROISIÈME ANNÉE

- Si personne, sauf vous, ne comprend ce que votre enfant dit.
- Si votre enfant fait des efforts pour parler, hésite beaucoup ou « bute » sur les mots.
- Si votre enfant respire par la bouche au lieu de respirer par le nez.
- Si vous trouvez que votre enfant tombe souvent.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

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

p. 63

EXAMEN ENTRE 8 ET 9 ANS

- Si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper.
- Si vous trouvez que votre enfant est souvent malade.
- Si l'école vous a signalé des problèmes.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

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

Annexe 3. Campagne d'affichage sur la règle des « 3 – 6 – 9 – 12 » de Serge Tisseron

3-6-9-12, des écrans adaptés à chaque âge

Avant 3 ans

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

Je préfère les histoires lues ensemble, les comptines et les jeux partagés aux écrans.

La télévision allumée nuit aux apprentissages de votre enfant même s'il ne la regarde pas.

Jamais de télé dans la chambre.

Les outils numériques, c'est toujours accompagné, pour le seul plaisir de jouer ensemble.

De 3 à 6 ans

Je fixe des règles claires sur les temps d'écran.

Je respecte les âges indiqués pour les programmes.

La tablette, la télévision et l'ordinateur, c'est dans le salon, pas dans la chambre.

J'interdis les outils numériques pendant le repas et avant le sommeil. Je ne les utilise jamais pour calmer mon enfant.

Jouer à plusieurs, c'est mieux que seul.

De 6 à 9 ans

Je fixe des règles claires sur le temps d'écrans, et je parle avec lui de ce qu'il y voit et fait.

La tablette, la télévision et l'ordinateur, c'est dans le salon, pas dans la chambre.

Je paramètre la console de jeux.

Je parle du droit à l'intimité, du droit à l'image, et des 3 principes d'Internet :

- 1) Tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public ;
- 2) Tout ce que l'on y met y restera éternellement ;
- 3) Il ne faut pas croire tout ce que l'on y trouve.

De 9 à 12 ans

Je détermine avec mon enfant l'âge à partir duquel il aura son téléphone mobile.

Il a le droit d'aller sur Internet, je décide si c'est seul ou accompagné.

Je décide avec lui du temps qu'il consacre aux différents écrans.

Je parle avec lui de ce qu'il y voit et fait.

Je lui rappelle les 3 principes d'Internet.

Après 12 ans

Mon enfant « surfe » seul sur la toile, mais je fixe avec lui des horaires à respecter.

Nous parlons ensemble du téléchargement, des plagiat, de la pornographie et du harcèlement.

La nuit, nous coupons le WIFI et nous éteignons les mobiles.

Je refuse d'être son « ami » sur les réseaux sociaux.

Ils peuvent changer !

Même si vos enfants font tout pour vous convaincre qu'il est inutile d'essayer de les faire changer, ils ont beaucoup plus de souplesse que vous ne le pensez. N'hésitez pas à modifier les règles, à condition qu'elles soient claires et que vous laissiez à vos enfants un peu de temps pour s'y adapter.

À tout âge, choisissons ensemble les programmes, limitons le temps d'écran, invitons les enfants à parler de ce qu'ils ont vu ou fait, encourageons leurs créations.

C'est tous ensemble que nous modifierons notre relation aux écrans. Rejoignez nous sur <http://3-6-9-12.org>

Ce qui doit nous alerter :

Il réclame un écran le soir pour s'endormir.

Il préfère rester sur un écran plutôt que de communiquer lors de la visite de membres de la famille ou de camarades.

Ses résultats scolaires baissent.

Il réduit ses activités, notamment sportives.

Mais le plus souvent, le repliement sur les activités numériques est le signe d'une souffrance que l'enfant cherche à oublier. Parlons avec lui de ce qui le préoccupe.

À tout âge, établissons des règles familiales :

- Prenons le repas du soir ensemble, sans télévision, ni téléphone mobile, ni tablette tactile, pour en faire un temps d'échange convivial. Il a été montré d'ailleurs que cela constitue le meilleur indicateur de la réussite scolaire et de l'intégration sociale future d'un enfant !
- Préférons une petite bibliothèque dans laquelle l'enfant pourra choisir un film plutôt que la télévision. La durée en sera toujours limitée, et il pourra regarder chaque film plusieurs fois jusqu'à l'avoir bien compris.
- Préférons toujours les écrans partagés aux écrans solitaires. Par exemple, établissons un rituel pour regarder

un film avec vos enfants une fois par semaine. Et préférez les consoles de jeux auxquelles on joue à plusieurs aux jeux auxquels on joue seul.

■ Pour éviter que notre enfant se sente « propriétaire » d'une console ou d'une tablette dont il serait très difficile de contrôler les usages, déterminons que tous les outils numériques sont familiaux. S'il a des frères et sœurs, faisons-leur réaliser un planning des utilisations. Cela leur apprendra à s'organiser ensemble.

■ Pour le téléphone mobile, décidons un endroit où tous les membres de la famille posent le leur au moment de se mettre à table, et aussi le soir à partir d'une certaine heure. Cela évitera à l'adolescent la tentation de dormir avec le sien !

Pour en savoir plus :

Serge Tisseron
3-6-9-12 - Apprivoiser les écrans et grandir
Éditions Grés - NOUVELLE ÉDITION, 160 pages, 10 €

Serge Tisseron
Les dangers de la télé pour les bébés
Éditions Grés - NOUVELLE ÉDITION ACTUALISÉE, 150 pages, 10 €

Serge Tisseron
Manuel à l'usage des accros aux écrans, ou Comment garder à la fois mon ordi et mes parents
2015, Paris, Nathan



Apprivoiser les écrans et grandir

3-6-9-12



Avant 3 ans
L'enfant a besoin de découvrir avec vous ses sensorialités, et ses repères.



De 3 à 6 ans
L'enfant a besoin de découvrir ses dons sensoriels et manuels.



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



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



Après 12 ans
Il s'affranchit de plus en plus des repères familiaux.

Jouez, parlez, arrêtez la télé.

Limitez les écrans, partagez-les, parlez-en en famille.

Crétez avec les écrans, expliquez-le Internet.

Apprenez lui à se protéger et à protéger ses échanges.

Restez disponibles, il a encore besoin de vous !

« En imaginé en 2008 les repères « 3-6-9-12 » comme une façon de répondre aux questions les plus pressantes des parents et des pédagogues. » Serge Tisseron 3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir, Ed. Grés

Disponible sur : <https://www.3-6-9-12.org/campagne-internationale/>

Annexe 4. Caractéristiques des cabinets ayant distribué les questionnaires

Caractéristiques des cabinets participants			
Ville	Zone	Type de cabinet	Secrétariat physique
Aurignac (31420)	Rurale	MSP	Temps plein
Montgiscard (31450)	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Temps partiel
Muret (31600)	Urbaine	Cabinet de groupe	Aucun
Pibrac (31820)	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Temps partiel
Rieux-Volvestre (31310)	Semi-rurale	MSP	Temps plein
Saint Sulpice (31410)	Semi-rurale	MSP	Temps plein
Toulouse (31100)	Urbaine	Cabinet de groupe	Temps plein
Toulouse (31100)	Urbaine	Cabinet de groupe	Temps plein
Toulouse (31200)	Urbaine	Cabinet de groupe	Temps plein
Toulouse (31200)	Urbaine	Cabinet de groupe	Temps plein
Toulouse (31500)	Urbaine	MSP	Temps plein
Tournefeuille (31170)	Urbaine	Cabinet de groupe	Temps plein

Annexe 5. Questionnaire

Questionnaire : Evaluation des connaissances des parents concernant la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 12 ans

Bonjour,

Ce questionnaire est réalisé dans la cadre de ma thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine. Il comporte 20 questions, vous prendra environ 5 minutes et est entièrement anonyme.

L'objectif est d'évaluer les connaissances des parents d'enfants entre 0 et 12 ans, sur le sujet de l'exposition aux écrans (télévision, tablettes, portables, ordinateurs).

Afin de pouvoir interpréter les données de vos réponses, merci de bien vouloir répondre à l'ensemble des questions posées (hors questions 10 et 11 selon votre réponse en question 9 et question 15 selon votre réponse en question 14).

Merci de votre participation.

Lucie HEDRICH, médecin remplaçant

Première partie : pour mieux vous connaître

1. Quel est votre âge ?
2. Etes-vous un homme ou une femme ?
 - Homme
 - Femme
3. Combien d'enfants avez-vous ?
 - 1
 - 2
 - 3 ou plus
4. Quel(s) âge(s) a (ont) votre(vos) enfants ?
5. Quelle est votre situation familiale ?
 - marié(e)
 - en couple
 - divorcé(e)
 - célibataire
 - veuf(ve)
6. Quelle est votre situation professionnelle ?
 - Père ou mère au foyer
 - Recherche d'emploi
 - Agriculteurs exploitants
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Professions intermédiaires
 - Employés

- Ouvriers
 - Autre (veuillez préciser)
7. Où habitez-vous ?
- En milieu rural (< 2.000 habitants)
 - En milieu semi-urbain (entre 2.000 et 20.000 habitants)
 - En milieu urbain (> 20.000 habitants)
8. Qui assure le suivi médical de votre(vos) enfants(s)?
- Médecin généraliste
 - Pédiatre
 - Médecin de PMI

Deuxième partie : exploration des moyens d'information sur l'exposition aux écrans

9. Avez vous déjà entendu parler des effets d'une surexposition aux écrans chez l'enfant ?
- oui
 - non
10. Si oui, par quel(s) moyen(s) en avez-vous entendu parler ? (plusieurs réponses possibles)
- Médecin
 - Carnet de santé
 - Médias : internet, télévision, radio, journaux, etc
 - Professionnels de la petite enfance (crèche, nounou, puéricultrice)
 - Ecole
 - Autre (veuillez préciser)
11. Si oui, pensez vous être informé ?
- Totalement
 - Suffisamment
 - Insuffisamment
 - Pas du tout

Troisième partie : exploration de vos connaissances sur la surexposition aux écrans

12. Selon vous quels sont les risques d'une surexposition aux écrans chez l'enfant ? (plusieurs réponses possibles)
- pas de risque
 - conséquences sur le développement intellectuel
 - troubles du langage
 - difficultés scolaires
 - problèmes de comportement
 - troubles du sommeil
 - surpoids et obésité
 - autre (veuillez préciser)
13. D'après vous, combien de temps un enfant peut-il passer devant un écran chaque jour (tout type d'écran confondu : TV, écrans tactiles, ordinateurs)
- avant 3 ans ?
 - aucun
 - moins d'une heure

- 1 à 2 heures
- plus de 2 heures
- je ne sais pas

- entre 3 et 6 ans ?
 - aucun
 - moins d'une heure
 - 1 à 2 heures
 - plus de 2 heures
 - je ne sais pas

- entre 6 et 12 ans ?
 - aucun
 - moins d'une heure
 - 1 à 2 heures
 - plus de 2 heures
 - je ne sais pas

14. Pensez-vous appliquer ces temps d'exposition à vos enfant ?

- oui
- non, pas tout le temps
- non

15. Si non pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

16. Selon vous, à partir de quel âge un enfant peut-il regarder la télévision ?

- avant 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- entre 6 et 11 ans
- à partir de 12 ans
- je ne sais pas

17. Selon vous, à partir de quel âge un enfant peut-il utiliser une tablette numérique ?

- avant 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- entre 6 et 11 ans
- à partir de 12 ans
- je ne sais pas

18. Selon vous, à partir de quel âge un enfant peut-il utiliser un téléphone portable ?

- avant 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- entre 6 et 11 ans
- à partir de 12 ans
- je ne sais pas

19. Selon vous, à partir de quel âge un enfant peut-il utiliser un ordinateur ?

- avant 3 ans
- entre 3 et 6 ans
- entre 6 et 11 ans
- à partir de 12 ans

- je ne sais pas

Quatrième partie : prévention de la surexposition aux écrans

20. Qu'est ce qui est, selon vous, le plus important pour prévenir la surexposition des enfants aux écrans ? (**une seule réponse**)
- Limiter la durée des temps d'écran
 - Ne pas mettre d'écran dans la chambre de l'enfant
 - Choisir des programmes adaptés à l'âge de l'enfant
 - Préserver des temps sans écrans
 - Accompagner l'enfant dans son utilisation des écrans
 - Limiter sa propre consommation d'écran
 - Proposer d'autres activités à l'enfant (jeux, activités manuelles, livres, etc.)
 - Expliquer l'intérêt des écrans à l'enfant
 - Autre (veuillez préciser)

Annexe 6. Détails du Score de Connaissance Global

Score de connaissance global : total sur 11 points	
Sous-échelle de durée d'utilisation : total sur 3 points (questions 13a à 13 c)	
avant 3 ans	
aucun	1 point
moins d'une heure	0 point
1 à 2 heures	0 point
plus de 2 heures	0 point
je ne sais pas	0 point
entre 3 et 6 ans	
aucun	0 point
moins d'une heure	1 point
1 à 2 heures	0 point
plus de 2 heures	0 point
je ne sais pas	0 point
entre 6 et 12 ans	
aucun	0 point
moins d'une heure	0 point
1 à 2 heures	1 point
plus de 2 heures	0 point
je ne sais pas	0 point
Sous-échelle d'âge d'utilisation : total sur 4 points (questions 16 à 19)	
télévision	
avant 3 ans	0 point
entre 3 et 6 ans	1 point
entre 6 et 11 ans	0 point
à partir de 12 ans	0 point
je ne sais pas	0 point
tablette	
avant 3 ans	0 point
entre 3 et 6 ans	1 point
entre 6 et 11 ans	0 point
à partir de 12 ans	0 point
je ne sais pas	0 point
téléphone portable	
avant 3 ans	0 point
entre 3 et 6 ans	0 point
entre 6 et 11 ans	1 point
à partir de 12 ans	0 point
je ne sais pas	0 point
ordinateur	
avant 3 ans	0 point

entre 3 et 6 ans	0 point
entre 6 et 11 ans	1 point
à partir de 12 ans	0 point
je ne sais pas	0 point
Sous échelle des effets : total sur 4 points (question 12)	
0 items	0 point
1 à 2 items	1 point
3 à 4 items	2 points
5 items	3 points
6 items ou plus	4 points

Annexe 7. Détails de l'attribution des niveaux de sévérité parentale

Niveau de sévérité parentale vis-à-vis des écrans	
Pour le score de durée d'utilisation	
Score = 0 point	
Sévère	≥ 2 items sur 3 restant = durées inférieures ¹
Non sévère	≤ 1 item sur 3 restant = durées inférieures ¹
Score = 1 point	
Sévère	2 items restant = durées inférieures ¹
Non sévère	≤ 1 item sur 2 restant = durées inférieures ¹
Score = 2 points	
Sévère	item restant = durée inférieure ¹
Non sévère	item restant = durée supérieure ²
Pour le score d'âge d'utilisation	
Score = 0 points	
Sévère	≥ 3 items sur 4 = âges supérieurs ³
Non sévère	< 3 items sur 4 = âges supérieurs ³
Score = 1 point	
Sévère	≥ 2 items sur 3 restants = âges supérieurs ³
Non sévère	< 2 item sur 3 restant = âges supérieurs ³
Score = 2 points	
Sévère	2 items restant = âges supérieurs ³
Non sévère	≤ 1 item sur 2 restant = âges supérieurs ³
Score = 3 points	
Sévère	item restant = âge supérieur ³
Non sévère	item restant = âge inférieur ⁴
¹ durées inférieures : entre 3 et 6 ans = aucun, entre 6 et 12 ans = aucun ou moins de 1 heure ² durées supérieures : avant 3 ans = moins de 1 heure, de 1 à 2 heures, plus de 2 heures; entre 3 et 6 ans : de 1 à 2 heures, plus de 2 heures; de 6 à 12 ans : plus de 2 heures ³ âges supérieurs : TV et tablette = entre 6 et 11 ans, à partir de 12 ans; téléphone et ordinateur = à partir de 12 ans ⁴ âges inférieurs : TV et tablette = avant 3 ans; téléphone et ordinateur = avant 3 ans, entre 3 et 6 ans	

Annexe 8. Résultats de l'analyse bivariée

SCG et niveaux de sévérité parentale

SCG selon l'âge des parents



Sous-échelles du SCG selon l'âge des parents

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge χ^2 p-value

Age des parents (années)	Pourcentage (effectif total n=402)				χ^2	p-value
	0 point	1 point	2 points	3 points		
Moins de 30	6,67% (n=2)	3,33% (n=1)	53,33% (n=16)	36,67% (n=11)	10,769	0.096
30 à 39	4,96% (n=12)	14,05% (n=34)	35,95% (n=87)	45,04% (n=109)		
40 et plus	10,77% (n=14)	13,85% (n=18)	30,00% (n=39)	45,38% (n=59)		

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans

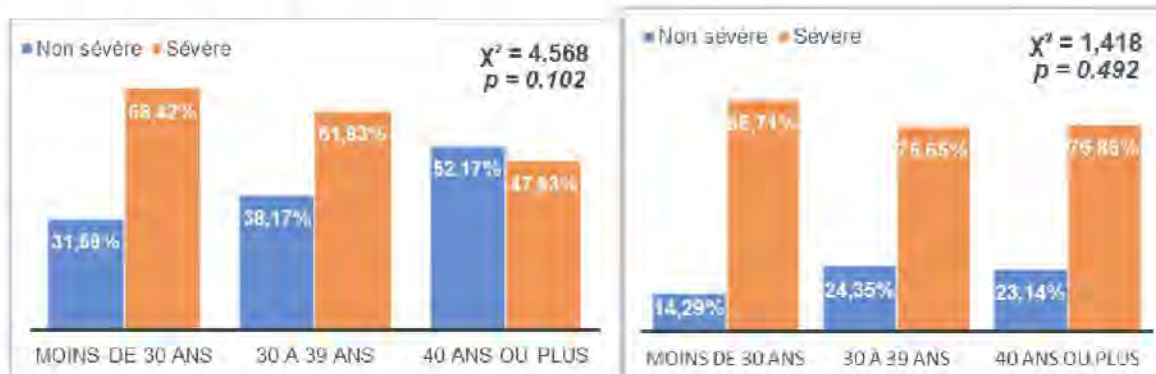
Age des parents (années)	Pourcentage (effectif total n=402)					χ^2	p-value
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Moins de 30	26,67% (n=8)	36,67% (n=11)	23,33% (n=7)	6,67% (n=2)	6,67% (n=2)	NR*	NR*
30 à 39	15,70% (n=38)	29,34% (n=71)	31,82% (n=77)	18,18% (n=44)	4,96% (n=12)		
40 et plus	16,15% (n=21)	31,54% (n=41)	28,46% (n=37)	16,92% (n=22)	6,92% (n=9)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans

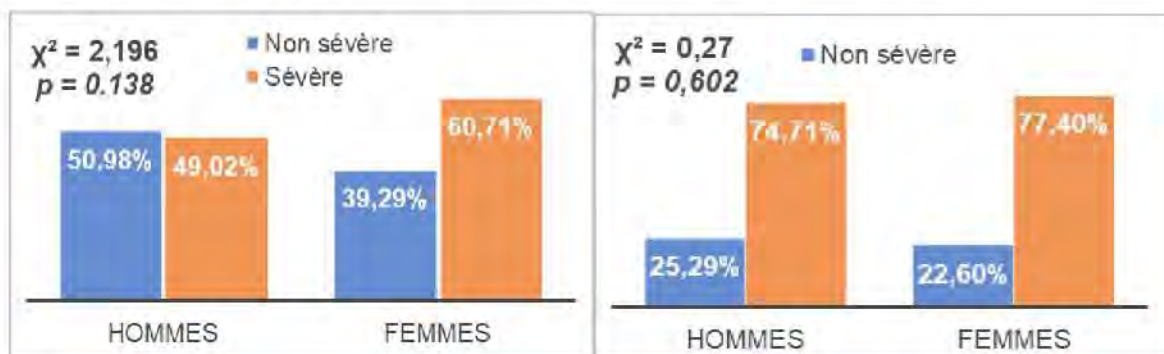
Age des parents (années)	Pourcentage (effectif total n=402)				χ^2	p-value
	1 point	2 points	3 points	4 points		
Moins de 30	6,67% (n=2)	33,33% (n=10)	16,67% (n=5)	43,33% (n=13)	NR*	NR*
30 à 39	6,61% (n=16)	33,88% (n=82)	21,07% (n=51)	38,43% (n=93)		
40 et plus	13,08% (n=17)	30,00% (n=39)	19,23% (n=25)	37,69% (n=49)		

NR* = Non réalisable

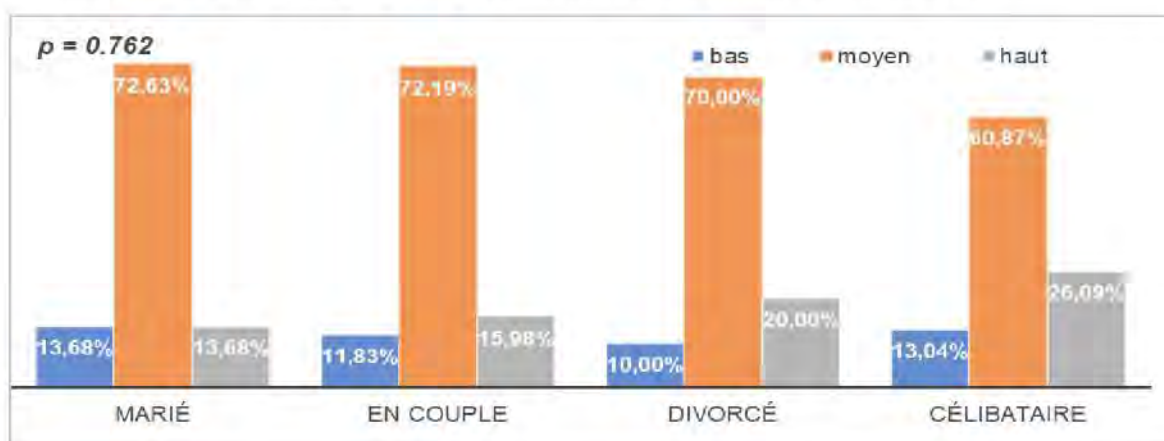
Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon l'âge des parents



Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âge d'utilisation (à droite) selon le sexe des parents



Répartition des niveaux de SCG en fonction de la situation familiale



Sous-échelles du SCG en fonction de la situation familiale des parents

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Situation familiale	Pourcentage (effectif total n=402)					
	0 point	1 point	2 points	3 points		
Marié	8,96% (n=17)	12,53% (n=24)	33,68% (n=64)	44,74% (n=85)	NR*	NR*
En couple	5,33% (n=9)	11,24% (n=19)	37,28% (n=63)	46,15% (n=78)		
Divorcé	5,00% (n=1)	15,00% (n=3)	45,00% (n=9)	35,00% (n=7)		
Célibataire	4,35% (n=1)	30,43% (n=7)	26,09% (n=6)	39,13% (n=9)		

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans

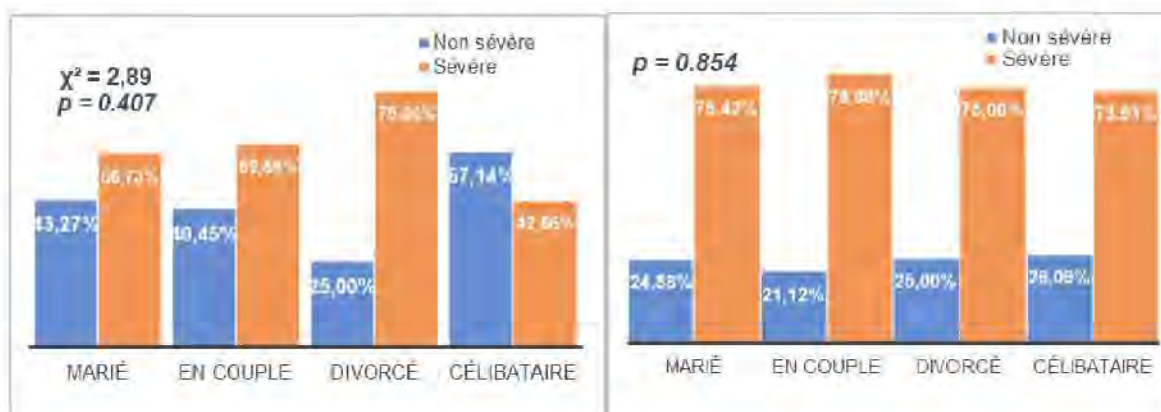
Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans						χ^2	p-value
Situation familiale	Pourcentage (effectif total n=402)						
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Marié	13,68% (n=26)	28,95% (n=55)	33,16% (n=63)	18,42% (n=35)	5,79% (n=11)	NR*	NR*
En couple	21,30% (n=36)	31,95% (n=54)	26,04% (n=44)	15,98% (n=27)	4,73% (n=8)		
Divorcé	5,00% (n=1)	35,00% (n=7)	30,00% (n=6)	10,00% (n=2)	20,00% (n=4)		
Célibataire	17,39% (n=4)	30,34% (n=7)	34,78% (n=8)	17,30% (n=4)	00,00% (n=0)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans

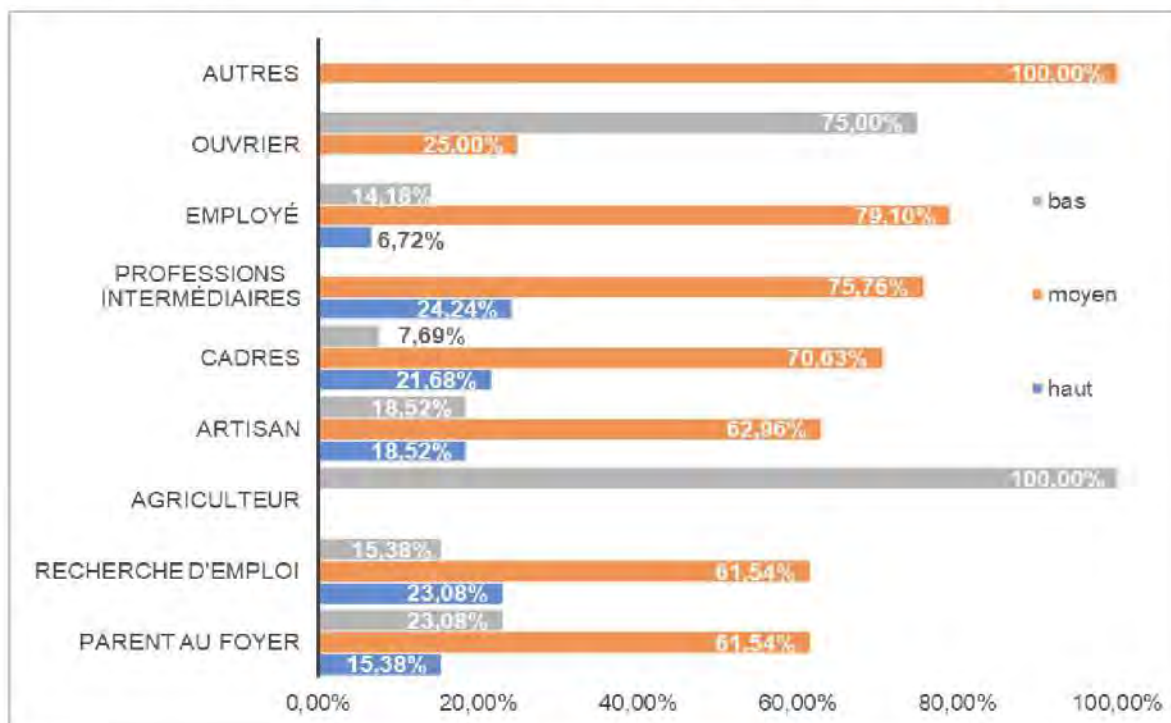
Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans					χ^2	p-value
Situation familiale	Pourcentage (effectif total n=402)					
	1 point	2 points	3 points	4 points		
Marié	9,47% (n=18)	37,37% (n=71)	18,42% (n=35)	34,74% (n=66)	NR*	NR*
En couple	7,10% (n=12)	30,18% (n=51)	22,49% (n=38)	40,24% (n=68)		
Divorcé	10,00% (n=2)	25,00% (n=5)	10,00% (n=2)	55,00% (n=11)		
Célibataire	13,04% (n=3)	17,39% (n=4)	26,09% (n=6)	43,48% (n=10)		

NR* = Non réalisable

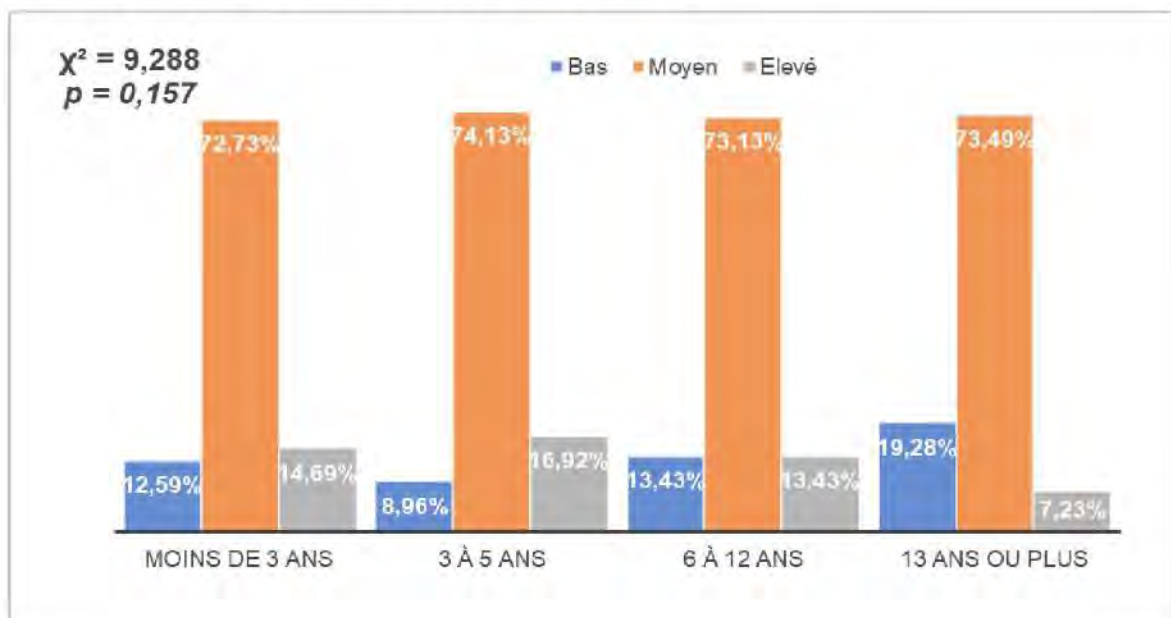
Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon la situation familiale des parents



Niveaux de SCG en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des parents



Niveaux de SCG en fonction de l'âge des enfants



Sous-échelles du SCG en fonction de l'âge des enfants

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Age des enfants (années)	Pourcentage (effectif total n=762)					
	0 point	1 point	2 points	3 points		
Moins de 3	6,29% (n=9)	11,19% (n=16)	37,76% (n=54)	44,76% (n=64)	10,796	0.289
3 à 5	6,47% (n=13)	10,95% (n=22)	28,81% (n=78)	43,78% (n=88)		
6 à 12	7,46% (n=25)	16,12% (n=54)	33,73% (n=113)	42,69% (n=143)		
13 ou plus	12,05% (n=10)	19,28% (n=16)	26,52% (n=22)	42,17% (n=35)		

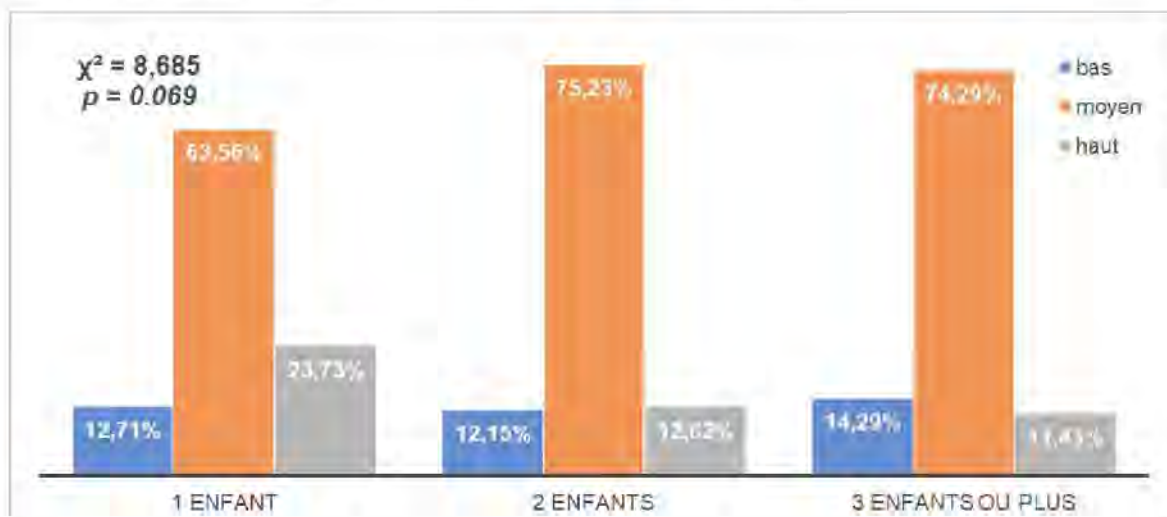
Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans						χ^2	p-value
Age des enfants (années)	Pourcentage (effectif total n=762)						
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Moins de 3	20,98% (n=30)	32,17% (n=46)	29,37% (n=42)	15,38% (n=22)	2,10% (n=3)	13,409	0.340
3 à 5	13,43% (n=27)	26,87% (n=54)	33,33% (n=67)	17,91% (n=36)	8,46% (n=17)		
6 à 12	17,01% (n=57)	29,25% (n=98)	30,45% (n=102)	16,72% (n=56)	6,57% (n=22)		
13 ou plus	21,68% (n=18)	32,53% (n=27)	22,89% (n=19)	18,07% (n=15)	4,82% (n=4)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans					χ^2	p-value
Age des enfants (années)	Pourcentage (effectif total n=762)					
	1 point	2 points	3 points	4 points		
Moins de 3	8,39% (n=12)	31,47% (n=45)	16,78% (n=24)	43,36% (n=62)	16,136	0.064
3 à 5	5,47% (n=11)	29,35% (n=59)	25,37% (n=51)	39,80% (n=80)		
6 à 12	10,75% (n=36)	36,12% (n=121)	17,61% (n=59)	35,52% (n=19)		
13 ou plus	14,46% (n=12)	34,94% (n=29)	20,48% (n=17)	30,12% (n=25)		

Niveaux de SCG selon le nombre d'enfant dans la fratrie



Sous-échelles du SCG en fonction Du nombre d'enfants dans la fratrie

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Nombre d'enfant de la fratrie	Pourcentage (effectif total n=402)					
	0 point	1 point	2 points	3 points		
1 enfant	4,24% (n=5)	10,17% (n=12)	33,90% (n=40)	51,69% (n=61)		
2 enfants	7,94% (n=17)	12,62% (n=27)	38,79% (n=83)	40,65% (n=87)	NR*	NR*
3 enfants ou plus	8,57% (n=6)	20,00% (n=14)	27,14% (n=19)	44,29% (n=31)		

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans

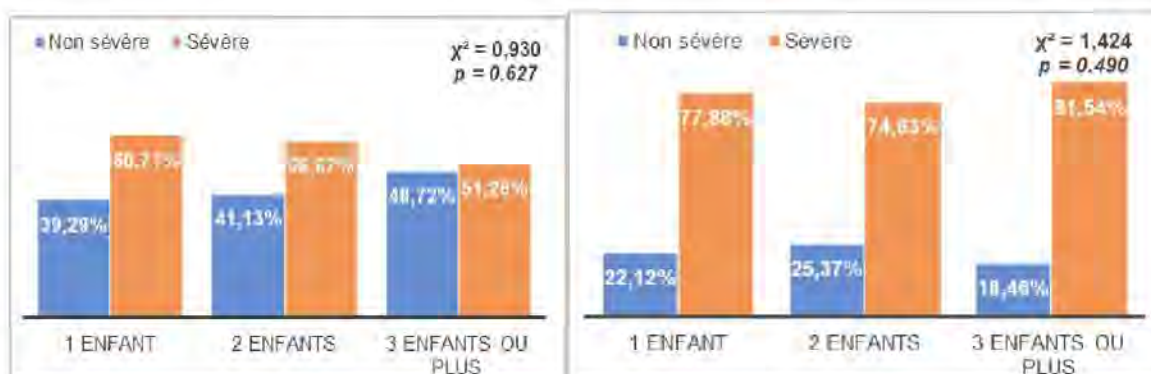
Nombre d'enfant de la fratrie	Pourcentage (effectif total n=402)						
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
1 enfant	14,41% (n=17)	33,90% (n=40)	29,66% (n=35)	17,80% (n=21)	4,24% (n=5)		
2 enfants	17,29% (n=37)	30,37% (n=65)	29,91% (n=64)	16,36% (n=35)	6,07% (n=13)	NR*	NR*
3 enfants ou plus	18,57% (n=13)	25,71% (n=18)	31,43% (n=22)	17,14% (n=12)	7,14% (n=5)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans

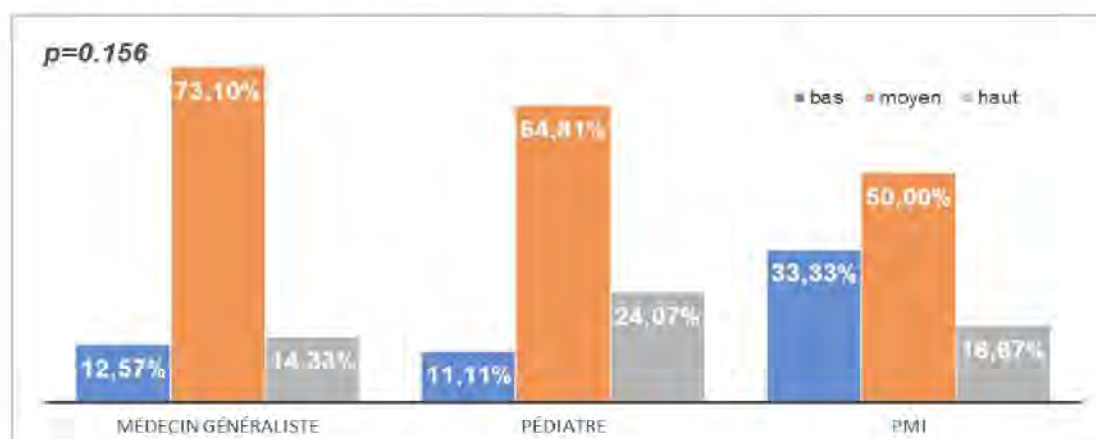
Nombre d'enfant de la fratrie	Pourcentage (effectif total n=402)					
	1 point	2 points	3 points	4 points		
1 enfant	6,78% (n=8)	32,20% (n=38)	19,49% (n=23)	41,53% (n=49)	4,804	0.569
2 enfants	8,41% (n=18)	30,84% (n=66)	21,96% (n=47)	38,79% (n=83)		
3 enfants ou plus	12,86% (n=9)	38,57% (n=27)	15,71% (n=11)	32,86% (n=23)		

NR* = Non réalisable

Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon le nombre d'enfant dans la fratrie



Niveaux de SCG en fonction du suivi médical des enfants



Sous-échelles du SCG en fonction du suivi médical des enfants

Scores de la sous échelle de durée d'utilisation des écrans selon l'âge					χ^2	p-value
Suivi médical des enfants	Pourcentage (effectif total n=390)					
	0 point	1 point	2 points	3 points		
Médecin généraliste	7,02% (n=24)	13,16% (n=45)	34,80% (n=119)	45,03% (n=154)	NR*	0.324
Pédiatre	3,70% (n=2)	12,96% (n=7)	40,74% (n=22)	42,59% (n=23)		
médecin de PMI	33,33% (n=2)	33,33% (n=2)	16,67% (n=1)	33,33% (n=2)		

Scores de la sous échelle de début d'âge d'utilisation des différents types d'écrans

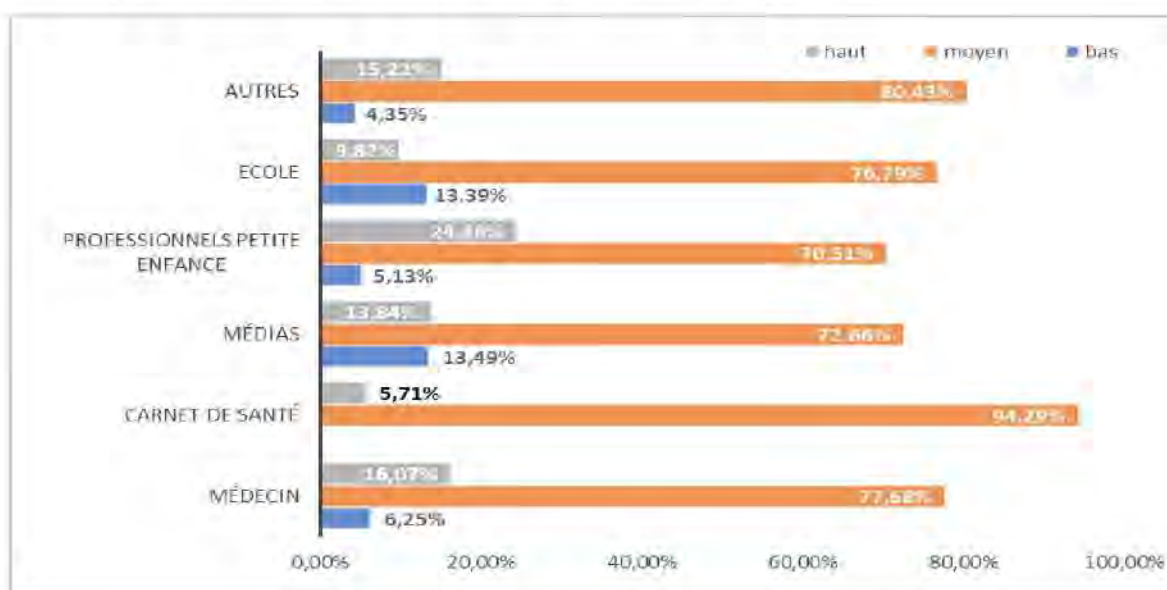
Suivi médical des enfants	Pourcentage (effectif total n=390)						
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Médecin généraliste	16,37% (n=56)	31,29% (n=107)	30,41% (n=104)	16,08% (n=55)	5,85% (n=20)	NR*	0.591
Pédiatre	20,37% (n=11)	24,07% (n=13)	29,63% (n=16)	22,22% (n=12)	3,70% (n=2)		
médecin de PMI	0,00% (n=0)	50,00% (n=3)	16,67% (n=1)	16,67% (n=1)	16,67% (n=1)		

Scores de la sous échelle de connaissance des effets des écrans

Suivi médical des enfants	Pourcentage (effectif total n=390)					
	1 point	2 points	3 points	4 points		
Médecin généraliste	9,06% (n=31)	34,21% (n=117)	19,01% (n=65)	37,72% (n=129)	NR*	0.082
Pédiatre	3,70% (n=2)	24,07% (n=13)	25,93% (n=14)	46,30% (n=25)		
médecin de PMI	33,33% (n=2)	16,67% (n=1)	33,33% (n=2)	16,67% (n=1)		

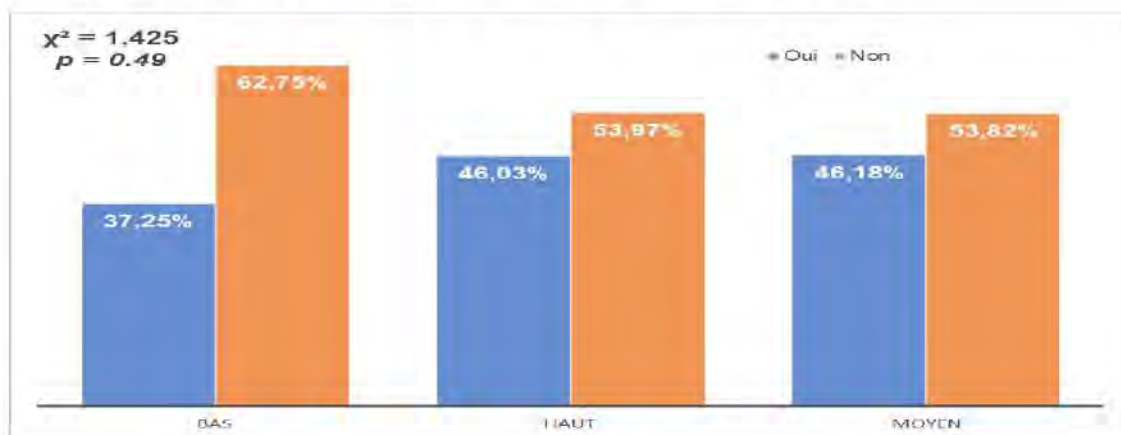
NR* = Non réalisable

Niveaux de SCG selon le sentiment d'information des parents

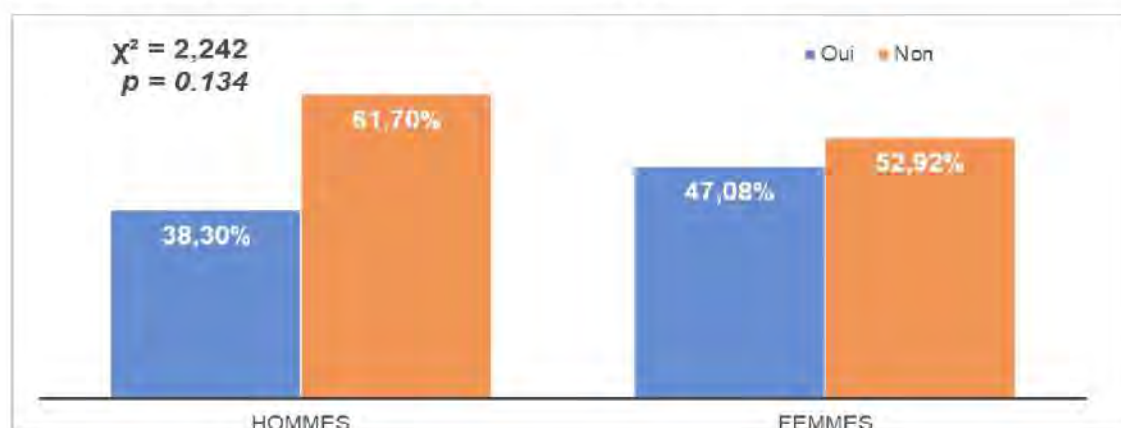


Application des temps d'écran

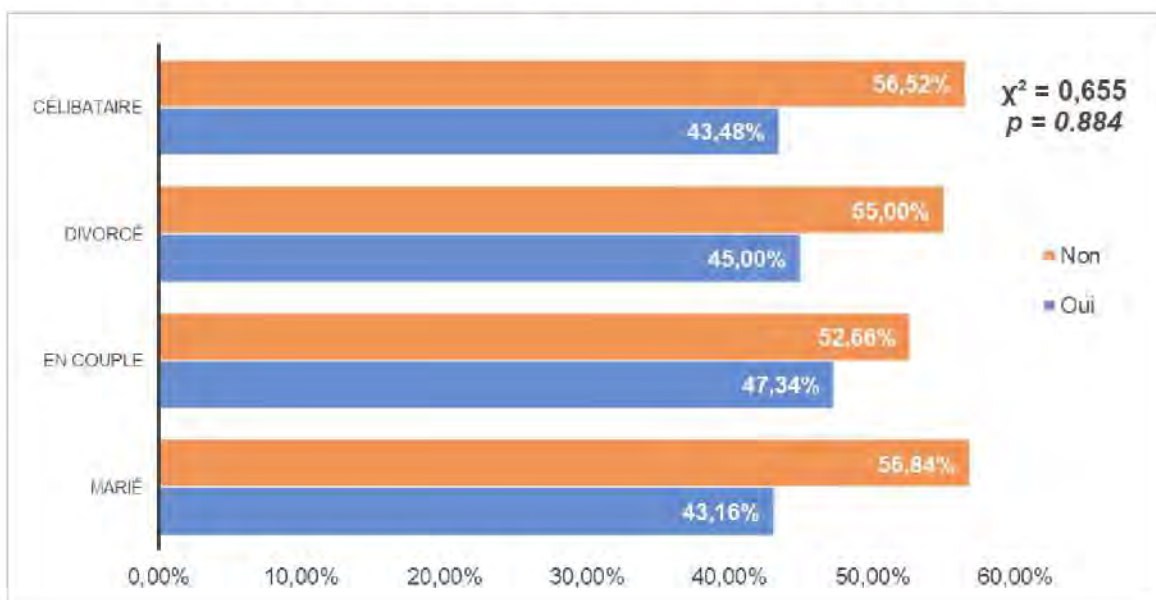
Application des temps d'écrans en fonction des niveaux de SCG



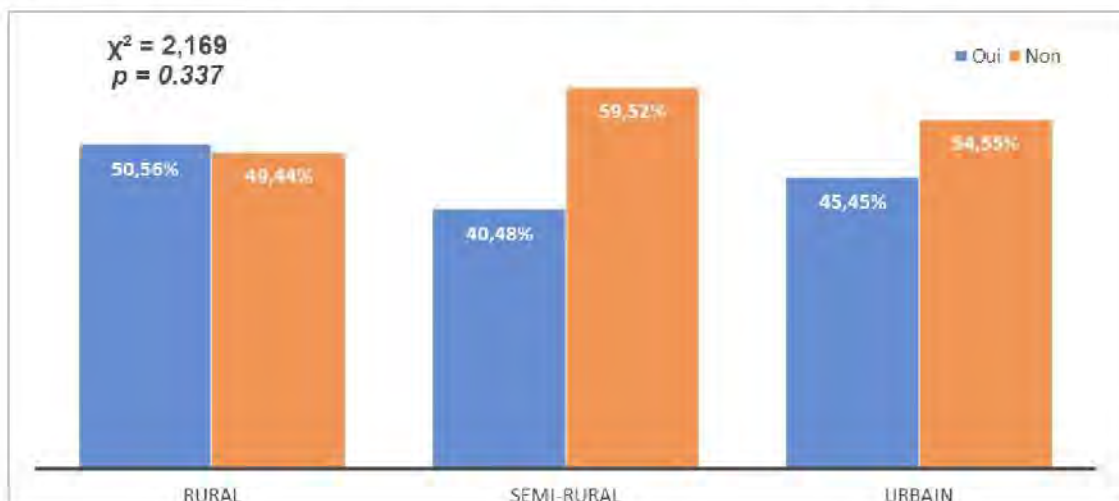
Application des temps d'écrans en fonction du sexe des parents



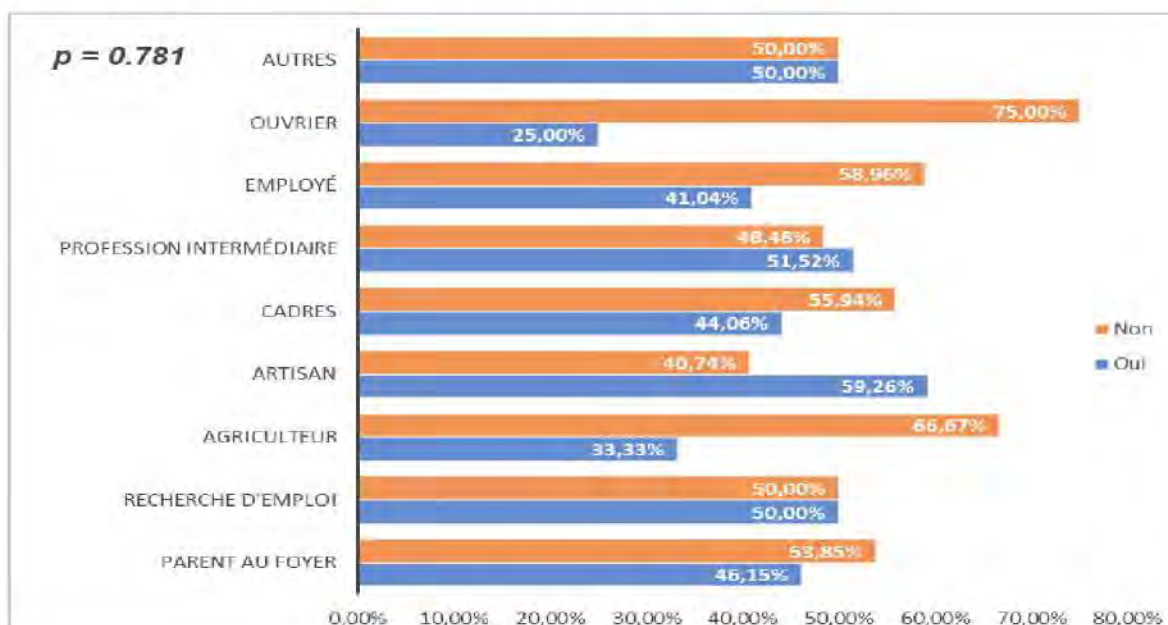
Application des temps d'écrans selon la situation familiale des parents



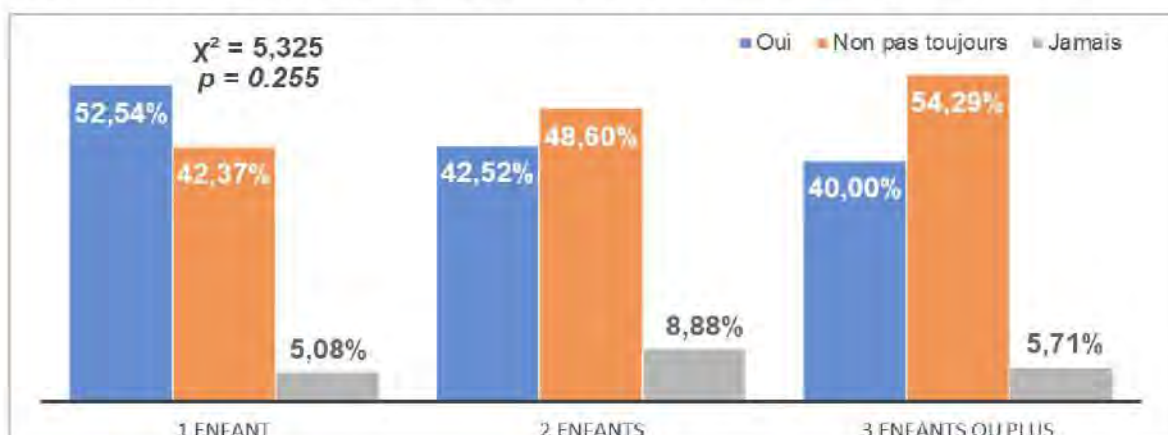
Application des temps d'écrans selon la zone d'habitation des parents



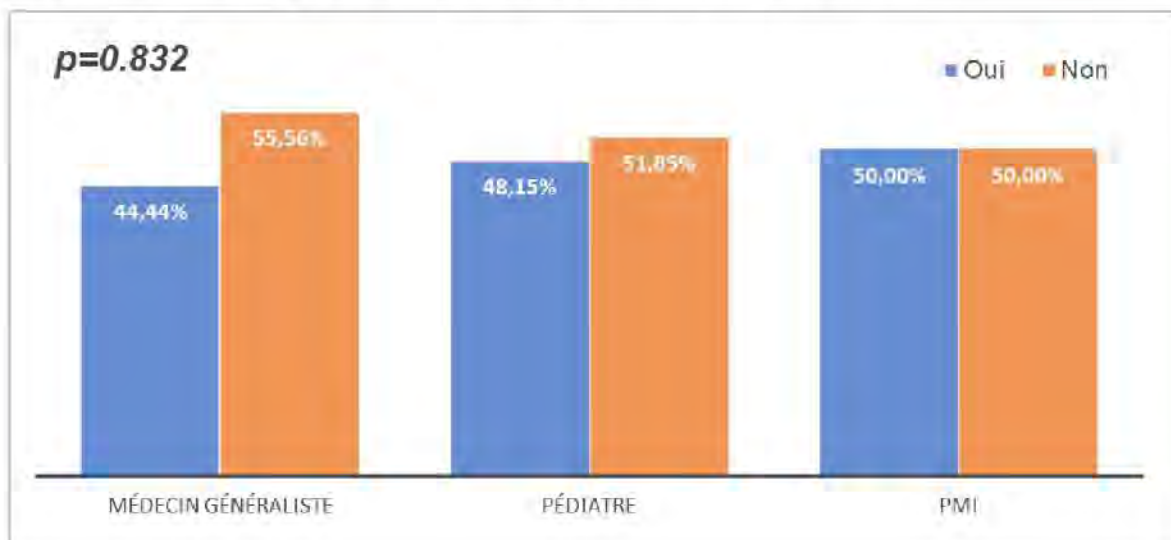
Application des temps d'écrans selon la CSP des parents



Application des temps d'écrans en fonction du nombre d'enfant de la fratrie

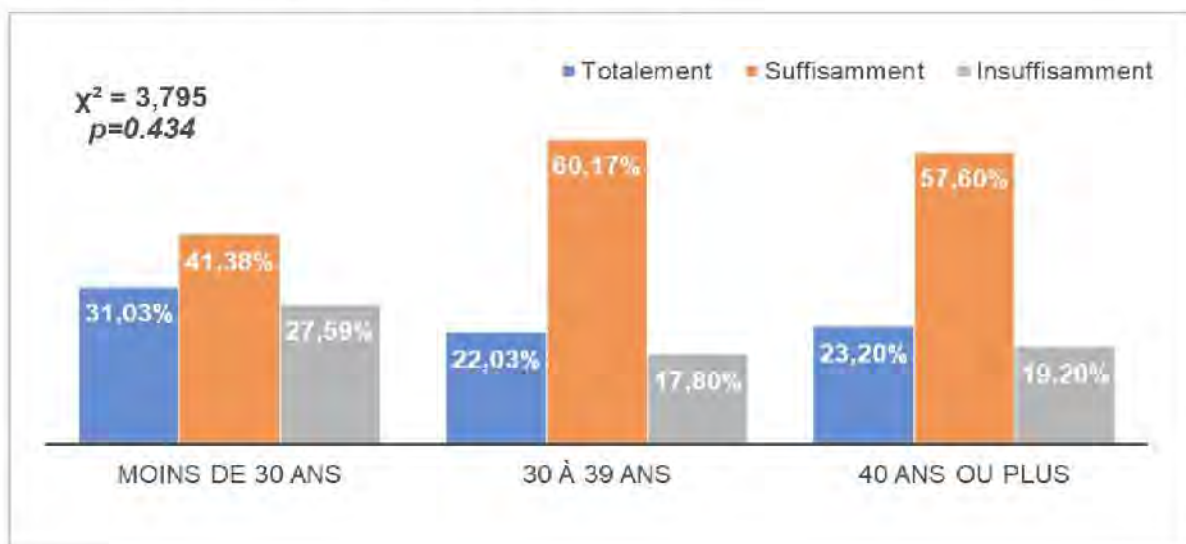


Application des temps d'écrans selon le suivi médical de l'enfant

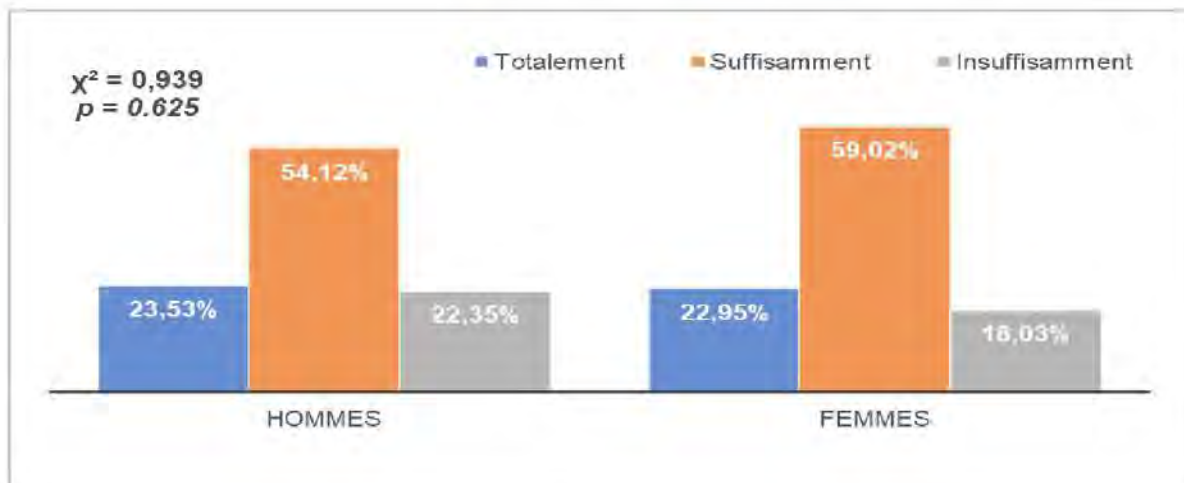


Sentiment d'information

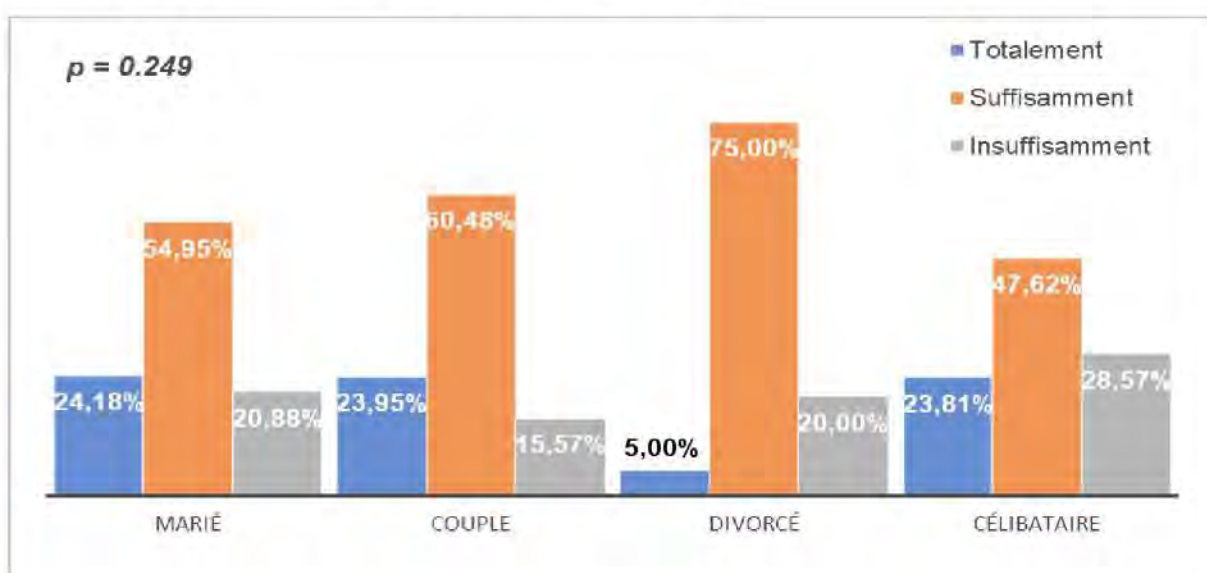
Sentiment d'information selon l'âge des parents



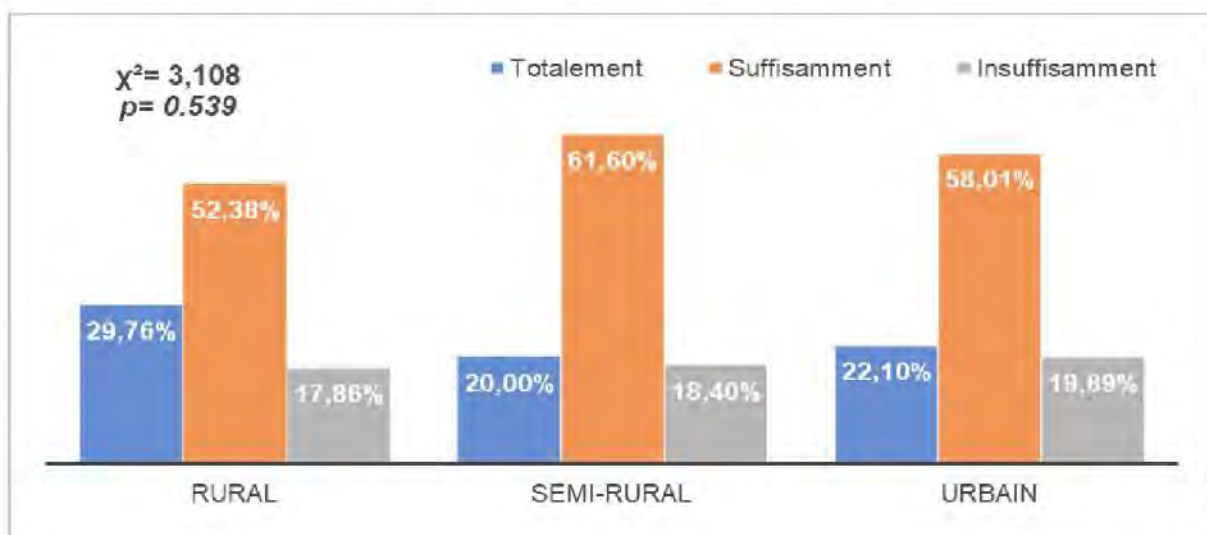
Sentiment d'information selon le sexe des parents



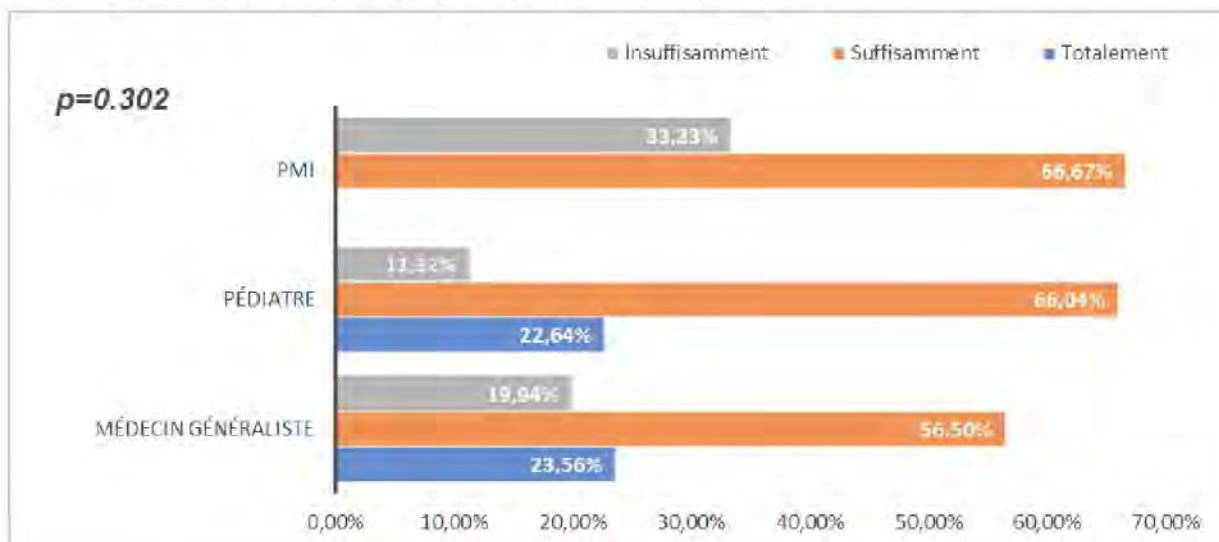
Sentiment d'information selon la situation familiale



Sentiment d'information selon la zone d'habitation des parents



Sentiment d'information selon le suivi médical des enfants



Annexe 9. Campagne d'affichage « 4 pas sans écran »



Disponible sur : <https://afpa.org/content/uploads/2018/05/Affiche-%C3%A9crans-4-pas.pdf>

Table des figures

Figure 1. Répartition des catégories socio-professionnelles des parents..... 13

Figure 2. Composition des familles : nombre d'enfant selon l'âge des parents.....	15
Figure 3. Composition des familles : nombre d'enfants selon l'âge des enfants.....	16
Figure 4. Moyens d'informations des parents.....	17
Figure 5. Durée maximale d'utilisation des écrans pour les moins de 3 ans.....	18
Figure 6. Durée maximale d'utilisation des écrans pour les 3 à 6 ans.....	18
Figure 7. Durée maximale d'utilisation des écrans pour les 6 à 12 ans.....	18
Figure 8. Causes de non-application des temps d'écran.....	19
Figure 9. Âge de début d'utilisation de la télévision.....	20
Figure 10. Âge de début d'utilisation d'une tablette numérique.....	20
Figure 11. Âge de début d'utilisation du téléphone portable.....	21
Figure 12. Âge de début d'utilisation d'un ordinateur.....	21
Figure 13. Estimation des effets négatifs de la surexposition aux écrans.....	22
Figure 14. Sous-échelle de durée d'utilisation des écrans (max. 3 points).....	23
Figure 15. Sous-échelle d'âge d'utilisation des écrans (max. 4 points).....	23
Figure 16. Sous-échelle des effets de la surexposition (max. 4 points).....	23
Figure 17. Niveaux de sévérité parentale des parents ayant des scores inférieurs à 3 points pour la sous-échelle de durée d'utilisation.....	24
Figure 18. Niveaux de sévérité parentale des parents ayant des scores inférieurs à 4 points pour la sous-échelle d'âge d'utilisation.....	24
Figure 19. Moyens de prévention.....	25
Figure 20. Niveaux de SCG selon le sexe des parents.....	25
Figure 21. Niveaux de SCG selon la zone d'habitation des parents.....	26
Figure 22. Niveaux de SCG selon le sentiment d'information des parents.....	27
Figure 23. Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon l'âge des enfants.....	29
Figure 24. Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon le suivi médical de l'enfant.....	29
Figure 25. Niveaux de sévérité parentale : durée d'utilisation (à gauche) et âges d'utilisation (à droite) selon le sentiment d'information des parents.....	30
Figure 26. Application des temps d'écrans selon le score de la sous-échelle de durée d'utilisation du SCG.....	30
Figure 27. Application des temps d'écrans selon le sentiment d'information.....	31
Figure 28. Application des temps d'écrans selon l'âge des parents.....	31
Figure 29. Application des temps d'écrans selon l'âge des enfants.....	32

Table des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des parents.....	14
Tableau 2. Caractéristiques des enfants.....	15
Tableau 3. Caractéristiques socio-démographiques des parents n'ayant jamais entendu parler des risques d'une surexposition aux écrans chez l'enfant.....	16
Tableau 4. Résultats détaillés du Score de Connaissance Global.....	22
Tableau 5. Sous-échelles du SCG selon le sexe des parents.....	26
Tableau 6. Sous-échelles du SCG selon la zone d'habitation des parents.....	27
Tableau 7. Sous-échelles du SCG selon le sentiment d'information des parents.....	28

AUTEUR : Lucie HEDRICH

TITRE : Evaluation des connaissances des parents d'enfants de 0 à 12 ans concernant la surexposition aux écrans en Haute-Garonne

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Michel Bismuth

LIEU ET DATE DE LA SOUTENANCE : Toulouse, le 29 octobre 2019

Introduction : Une surexposition aux écrans peut avoir des conséquences néfastes sur la santé physique, cognitive, psychologique et sociale des enfants. Les parents sont les premiers acteurs de la prévention de cette surexposition. Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances des parents d'enfant de 0 à 12 ans résidant en Haute-Garonne concernant la surexposition.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive interrogeant les parents par le biais d'un questionnaire distribué dans 11 cabinets médicaux de Haute-Garonne. Les connaissances ont été évaluée à l'aide d'un Score de Connaissance Global (SCG) comprenant 3 sous-échelles : durée d'utilisation, âge de début d'utilisation et effets des écrans.

Résultats : 97,01% des parents ont déjà entendu parler des conséquences d'une surexposition aux écrans chez l'enfant et 57,95% s'estiment suffisamment informés. Les médias sont leur principal moyen d'information (38,53%). 45% ont obtenu un score maximal pour la sous-échelle de durée d'utilisation, 38,56% pour la sous-échelle d'effets et 5,72% pour la sous-échelle d'âges d'utilisation. Les pères et les parents vivant en zone rurale possèdent des SCG inférieurs.

Discussion : Les parents montrent un intérêt pour le sujet de la surexposition aux écrans et leurs connaissances sont globalement bonnes, bien que perfectibles. Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans l'éducation des parents afin de prévenir cette surexposition. Cette première étude sur le sujet permet d'aider les médecins généralistes dans leur prévention au quotidien en identifiant de possibles leviers d'intervention.

Mots clés : Enfant, Nourrisson, Ecran, Télévision, Parent, Prévention, Médecine Générale

Evaluation of parents' of childs from 0 to 12 years knowledge on overexposure to screens in Haute-Garonne

Introduction : An overexposure to screens may have harmful consequences on physical, cognitive, psychological and social children health. Parents are the primary actors of this overexposure's prevention. The aim of this study is to evaluate of parents' of childs from 0 to 12 years knowledge on overexposure to screens in Haute-Garonne.

Method : This is a descriptive and quantitative study interviewing parents through a questionnaire distributed in 11 medical practices in Haute-Garonne. Parents' knowledge was assessed by a Global Knowledge Score (GKS) including 3 subscales: screen time, age of use and screens effects.

Results : 97,01% of parents have already heard about screens' overexposure effects on childs and 57,95% of them feel sufficiently informed. Media is the primary means of information for parents (38,53%). 45% of parents achieved a maximum score for the screen time sub-scale, 38,56% for the screens effects subscale and 5,72% for the age of use subscale. Fathers and rural parents have lower scores.

Discussion : Parents show interest for childs' screen overexposure and their knowledges are generally good, although they can be improved. General practitioners have an important role to play in educating parents to prevent overexposure. This first study on the subject helps General practitioners in their daily prevention by identifying possible intervention levers to reduce screens exposure.

Keywords : Children, Baby, Television, Screen, Prevention, Parents, General Medicine.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France