

**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**UFR3S-MÉDECINE**  
Année 2026

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

**Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants scolarisés en  
primaire (6-10 ans)**

Présentée et soutenue publiquement le 21 janvier 2026 à 16 heures  
au *Pôle Formation*  
par **Sirine BOUDAUD**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard**

**Assesseeurs :**

**Monsieur le Docteur Charles Cauet**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur Docteur Jan Baran**

---

## **AVERTISSEMENT**

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# SOMMAIRE

|                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| <b>AVERTISSEMENT</b>                                | <b>2</b>  |
| <b>SOMMAIRE</b>                                     | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b>                                 | <b>4</b>  |
| <i>CONTEXTE DE L'ETUDE</i>                          | 5         |
| <i>Omniprésence du numérique</i>                    | 5         |
| <i>Conséquence sur la santé</i>                     | 5         |
| <i>Repères existants</i>                            | 6         |
| <i>Rôle des professionnels de santé</i>             | 7         |
| <i>OBJECTIFS DE L'ETUDE</i>                         | 7         |
| <b>MATERIEL ET METHODES</b>                         | <b>8</b>  |
| <i>TYPE D'ETUDE</i>                                 | 8         |
| <i>POPULATION DE L'ETUDE</i>                        | 9         |
| <i>PROTOCOLE DE L'ETUDE</i>                         | 9         |
| <i>DEFINITION DE LA QUESTION NOMINALE</i>           | 9         |
| <i>ANALYSE DES RESULTATS</i>                        | 10        |
| <i>ASPECTS ETHIQUES</i>                             | 10        |
| <b>RESULTATS</b>                                    | <b>11</b> |
| <i>GROUPE NOMINAL DE CONSENSUS</i>                  | 11        |
| <i>RESULTATS DU GROUPE NOMINAL DE CONSENSUS</i>     | 12        |
| <b>DISCUSSION</b>                                   | <b>16</b> |
| <i>DISCUSSION DES RESULTATS</i>                     | 16        |
| <i>Résultat principal</i>                           | 16        |
| <i>Complémentarité de l'accompagnement parental</i> | 16        |
| <i>Faible niveau d'adhésion des autres actions</i>  | 17        |
| <i>DISCUSSION DE LA METHODE</i>                     | 17        |
| <i>Forces</i>                                       | 17        |
| <i>Limites</i>                                      | 18        |
| <i>COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE</i>              | 19        |
| <i>PERSPECTIVES</i>                                 | 21        |
| <b>CONCLUSION</b>                                   | <b>23</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>                                | <b>24</b> |
| <b>ANNEXES</b>                                      | <b>27</b> |

# INTRODUCTION

## I. Contexte de l'étude

### A. Omniprésence du numérique

« Reprendre le contrôle des écrans pour remettre l'enfant au cœur de notre société » : tel est le mot d'ordre de la commission d'experts de travail sur les écrans mise en place par le président Emmanuel Macron <sup>(1)</sup>.

Dans un monde où le numérique s'est imposé dans tous les aspects de la vie quotidienne, les écrans occupent aujourd'hui une place centrale au sein des foyers français, avec en moyenne près de dix écrans par ménage <sup>(1)</sup>.

L'enquête de Santé Publique France de 2023 met en évidence une importante disparité régionale du temps d'écran quotidien, rapportant par exemple 1h43 chez les enfants de 5 ans et demi dans les Hauts-de-France, contre 1h13 en Auvergne-Rhône-Alpes <sup>(2)</sup>.

Ces écarts s'expliquent en partie par des facteurs socio-économiques, la composition familiale, la disponibilité parentale et la qualité d'un encadrement éducatif.

Par ailleurs, l'accès à l'autonomie numérique est également précoce : les enfants reçoivent leur premier appareil numérique personnel à 10,3 ans en moyenne <sup>(3)</sup>, âge correspondant à la période du primaire ou au début du collège.

### B. Conséquences sur la santé

Si cette omniprésence témoigne du progrès technologique, elle soulève également des inquiétudes croissantes quant à ses répercussions sur la santé et le développement des enfants.

L'exposition précoce et prolongée aux écrans contribue, selon une relation dose-effet, à plusieurs conséquences néfastes sur la santé et le développement des enfants <sup>(1,4,5,6,7,8,9)</sup> :

- Troubles du sommeil, en lien avec l'exposition à la lumière bleue et à la stimulation cognitive
- Sédentarité accrue conduisant à augmentation du risque d'obésité pédiatrique et des pathologies métaboliques associées
- Troubles visuels, notamment la progression de la myopie
- Retards de langage, liés à la « technoférence » <sup>(1)</sup> - c'est-à-dire l'interférence du numérique dans la relation parent-enfant -, qui réduit la qualité des interactions verbales et affectives
- Perturbations sur le développement cognitif et comportemental (irritabilité, hyperactivité ou difficultés de concentration)

- Augmentation des symptômes anxieux et dépressifs particulièrement marquée à l'adolescence.

Les enfants d'âge scolaire constituent une population particulièrement vulnérable. Cette période charnière du développement cognitif, social et émotionnel correspond également à l'âge des premiers usages autonomes du numérique.

### C. Repères existants

Face à ce constat, plusieurs acteurs de santé publique ont proposé des repères éducatifs pour encadrer l'usage des écrans.

Le psychiatre Serge Tisseron, pionnier en France sur la prévention des écrans, a formulé la célèbre règle du « 3-6-9-12 » <sup>(9,10,11)</sup> :

- Pas d'écran avant 3 ans,
- Pas de console avant 6 ans,
- Pas d'internet seul avant 9 ans,
- Pas d'accès aux réseaux sociaux avant 12 ans.

Il préconise également de limiter le temps d'écran à moins d'1h30 par jour entre 3 et 5 ans, et moins de 2 heures après 6 ans.

Ces recommandations sont complétées par celles de la Société Française de Pédiatrie, qui promeut cinq messages essentiels <sup>(11)</sup> :

1. Comprendre le développement sans diaboliser les écrans
2. Éviter les écrans dans les chambres d'enfants
3. Préserver des temps sans écran
4. Accompagner la parentalité face au numérique
5. Prévenir l'isolement social.

Ces repères s'inscrivent dans une démarche d'équilibre : l'objectif n'est pas d'interdire les écrans, mais de promouvoir un usage raisonné et partagé, centré sur la communication et la co-activité.

La psychologue Sabine Duflo propose également la règle des « 4 pas pour mieux grandir » : <sup>(9)</sup>

- Pas d'écran le matin,
- Pas d'écran pendant les repas,
- Pas d'écran avant le coucher,
- Pas d'écran dans la chambre.

#### D. Rôle des professionnels de santé

Malgré ces repères, près de la moitié des parents déclarent ne pas se sentir suffisamment accompagnés dans l'éducation numérique de leurs enfants <sup>(3)</sup>. Cette perte de repères, associée à la multiplication des supports numériques, complique la gestion du temps d'écran et renforce la nécessité d'un accompagnement par les professionnels de santé.

Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs de première ligne dès la naissance, ont un rôle clé à jouer dans la prévention des effets délétères de l'exposition aux écrans. Ils sont idéalement placés pour identifier les familles à risque (faible niveau d'information, temps d'écran parental élevé, multiplicité des écrans).

Les professionnels de santé sont perçus comme la source d'aide la plus utile par 94% des familles <sup>(12)</sup>. Pourtant, ces échanges restent rares, en raison d'un manque de formation spécifique et d'une difficulté à aborder le sujet au sein de la consultation souvent contrainte en temps.

Face à ces obstacles, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) offrent un cadre idéal pour structurer une action efficace.

Au-delà du soin curatif, les MSP s'inscrivent pleinement dans les missions de prévention, d'éducation à la santé et de promotion du bien-être au sein de la population. Elles favorisent une prise en charge coordonnée, continue et globale des patients.

Face à la problématique des écrans, elles permettent d'impliquer d'autres professionnels (orthophonistes, psychologues, sage-femmes, diététiciens) qui peuvent prendre le relais du médecin généraliste pour un accompagnement ciblé et approfondi des familles.

Les MSP occupent ainsi une place essentielle dans la coordination des soins et la mise en œuvre d'actions de prévention en santé publique. Elles apparaissent comme un lieu stratégique capable de transformer les recommandations théoriques en une pratique concrète et coordonnée.

## **II. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de notre étude est de mettre en place une action de prévention consensuelle concernant l'exposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire (6 à 10 ans) au sein d'une MSP des Hauts de France.

# MATERIEL et METHODE

## I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur la méthode du groupe nominal de consensus.

Le groupe nominal consiste à réunir des professionnels concernés par une problématique afin de répondre individuellement à une question principale <sup>(13)</sup>. L'objectif est d'arriver à un consensus entre les différents participants présents « en classant une série d'items ou de questions au cours d'une réunion ». <sup>(14)</sup>

Cette réunion est animée par un coordinateur, qui garantit le bon déroulement des échanges et l'équilibre de la parole entre les participants, qui sont entre 5 et 15, et ainsi éviter les phénomènes de dominance. <sup>(13,14)</sup>

Le fonctionnement se déroule en six étapes séquentielles <sup>(14,15)</sup> :

### 1. Énoncé de la question

Présentation du thème, des objectifs attendus et des règles de fonctionnement puis lecture de la question du groupe nominal pour mettre en situation les participants.

### 2. Réponse à la question

Chaque participant écrit individuellement ses propositions, en silence, pour produire un grand nombre de propositions pertinentes.

### 3. Énoncé des réponses

Le coordinateur interroge successivement les participants, chacun proposant une réponse à la fois. L'ensemble des propositions est noté et affiché afin d'être visualisé collectivement.

### 4. Clarification

Les propositions sont reformulées et regroupées en différents thème/sous-thème afin d'arriver à une formulation claire et univoque par le groupe.

### 5. Vote

Chaque participant vote de manière anonyme et par écrit pour établir un classement dégressif par points d'un nombre prédéfini de propositions (la plus importante vaut 5 points, la moins importante ne vaut qu'1 point). L'objectif est d'arriver à une hiérarchisation des propositions.

### 6. Compilation des résultats

Les points et les votes sont totalisés pour arriver à un classement par priorité (nombre de points) et par popularité (nombre de vote) <sup>(17)</sup>. Les résultats sont ensuite restitués aux participants.

## **II. Population de l'étude**

La population de l'étude correspond aux professionnels de santé de la MSP.

La participation repose sur la base du volontariat et la disponibilité des professionnels.

Les participants sont contactés par courrier électronique. La problématique ainsi que le déroulement du groupe nominal de consensus sont expliqués lors de la prise de contact.

Un sondage est diffusé sur Framadate® afin de déterminer une date permettant de réunir le plus grand nombre de participants en même temps et au même endroit.

La participation au groupe de consensus est proposée à 15 professionnels de santé, comprenant des médecins généralistes, interne en médecine générale, infirmiers, orthophonistes, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, sage-femmes et podologues.

## **III. Protocole de l'étude**

Un animateur présente le déroulé de la séance et encadre les échanges des participants. Un rapporteur est responsable de la prise de notes et du relevé des votes.

Les données nominatives (listes des participants) et non nominatives (réponses, votes et résultats) sont stockées sur un disque dur personnel et anonymisées avant l'analyse.

## **IV. Définition de la question nominale**

« La question nominale, c'est-à-dire la question qui sera présentée au groupe, doit être précise, très claire, univoque, et elle doit faire surgir des réponses de même niveau. La question nominale doit absolument être validée auprès de personnes possédant les mêmes caractéristiques que celles qui seront invitées à la réunion. Cette validation permettra de s'assurer que la question fera naître des informations pertinentes, qu'il n'y a qu'une façon de comprendre la question et qu'elle permet des réponses précises. » <sup>(16)</sup>

La question posée lors de la séance est la suivante :

« Quelle action de prévention sur la surexposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire (6-10 ans) souhaitez-vous mettre en place au sein de la MSP ? »

## **V. Analyse des résultats**

Les résultats définitifs sont restitués aux participants à la fin de la séance. Un mail de synthèse est ensuite envoyé à l'ensemble des participants et aux professionnels de la MSP n'ayant pu assister à la réunion.

Pour chaque proposition, deux classements sont établis :

- Un classement par priorité correspondant au total de points attribués aux propositions
- Un second classement par popularité, résultant du nombre de vote reçus par chaque proposition.

## **VI. Aspects éthiques**

Selon l'évaluation préalable réalisée auprès de la faculté, aucune déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) n'était nécessaire.

Ce travail, hors champ de la loi Jardé, n'a donc pas fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès du comité de protection des personnes (CPP).

De même, aucune inscription au registre des activités de traitement de l'Université de Lille n'a été requise (annexe 1).

Les participants sont informés des modalités de l'étude via une note d'information écrite (annexe 2).

# RESULTATS

## I. Groupe nominal de consensus

Nous avons proposé à 15 professionnels de santé de participer au groupe nominal de consensus. Le groupe nominal est finalement constitué, selon leurs disponibilités, de 10 participants âgés de 26 ans à 62 ans.

Il comprend des médecins généralistes, un interne en médecine générale, des orthophonistes, une infirmière, une diététicienne, une sage-femme et un kinésithérapeute.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

| Profession                          | Sexe  | Age    | Ancienneté d'exercice |
|-------------------------------------|-------|--------|-----------------------|
| <b>Médecin généraliste</b>          | Femme | 53 ans | 21 ans                |
| <b>Médecin généraliste</b>          | Femme | 40 ans | 14 ans                |
| <b>Médecin généraliste</b>          | Homme | 42 ans | 8 ans                 |
| <b>Interne en médecine générale</b> | Femme | 26 ans | < 1an                 |
| <b>Orthophoniste</b>                | Femme | 45 ans | 22 ans                |
| <b>Orthophoniste</b>                | Femme | 51 ans | 12 ans                |
| <b>Infirmier</b>                    | Femme | 44 ans | 5 ans                 |
| <b>Diététicien</b>                  | Femme | 42 ans | 17 ans                |
| <b>Sage-femme</b>                   | Femme | 29 ans | 3 ans                 |
| <b>Kinésithérapeute</b>             | Homme | 62 ans | 39 ans                |

Le groupe nominal s'est tenu le lundi 29 septembre 2025 de 12h à 14h dans une salle de réunion au sein de la MSP.

En début de séance, une présentation de la méthode du groupe nominal de consensus et de l'objectif est réalisée via un diaporama (annexe 3).

L'animation ainsi que le travail de secrétariat sont assurés par l'auteure, dont le rôle est de mener le groupe nominal de consensus en interrogeant à tour de rôle les participants et en encadrant les échanges.

Le déroulement du groupe nominal a strictement respecté les étapes méthodologiques décrites précédemment :

1. Énoncé de la question : Quelle action de prévention sur la surexposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire (6-10 ans) souhaitez-vous mettre en place au sein de la MSP ?
2. Les participants répondent de manière individuelle sur une feuille pendant un temps dédié (15 min). Autant d'idées que souhaité peuvent y figurer.
3. Les participants sont interrogés, selon leur position dans la salle, à tour de rôle pour annoncer les propositions de leur choix, une à la fois.  
Chaque proposition est notée sur un tableau par l'animatrice, visible de tous.
4. Les réponses sont ensuite reformulées et regroupées en différents thème afin d'obtenir une formulation univoque pour tout le groupe.
5. Chaque participant vote de manière anonyme et par écrit, en attribuant un nombre de points à chaque proposition (5 points pour le choix le plus pertinent).
6. Les votes et les points sont ensuite totalisés pour établir un classement par priorité et par popularité.

Les résultats sont ensuite communiqués par mail aux participants ainsi qu'aux autres membres de la MSP non présents.

## **II. Résultats du groupe nominal de consensus**

Au total, 28 propositions sont suggérées par les participants. Après regroupement par thèmes et de manière consensuelle, 10 actions au total sont retenues.

Tableau 3 : Actions de prévention identifiées

| N° | Intitulé de l'action                                     |
|----|----------------------------------------------------------|
| 1  | Guide pratiques à l'attention des parents                |
| 2  | Zone sans écrans et affiches dans la MSP                 |
| 3  | Jeux sur l'exposition aux écrans dans la salle d'attente |
| 4  | Une semaine sans écran                                   |
| 5  | Une journée sans écran                                   |
| 6  | Intervention dans les écoles                             |
| 7  | Charte des écrans à la maison                            |
| 8  | Procès des écrans                                        |
| 9  | Boîte à livres                                           |
| 10 | Journée prévention dans la MSP                           |

Un classement avec 5 actions par ordre de priorité est ensuite effectué par les participants. Le choix de limiter à 5 le nombre d'énoncés à classer a été déterminé par le nombre d'énoncés produits par le groupe. <sup>(16)</sup>

Le vote est recueilli de manière anonyme durant la réunion grâce à la mise en place d'une urne.

**Tableau 4 : Classement par priorité**

| N° | Intitulé de l'action                                     | Nombre de points | Rang de priorité |
|----|----------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 1  | Guide pratiques à l'attention des parents                | 31               | 2                |
| 2  | Zone sans écrans et affiches dans la MSP                 | 43               | 1                |
| 3  | Jeux sur l'exposition aux écrans dans la salle d'attente | 12               | 7                |
| 4  | 1 semaine sans écran                                     | 14               | 4                |
| 5  | 1 journée sans écran                                     | 1                | 9                |
| 6  | Intervention dans les écoles                             | 3                | 8                |
| 7  | Charte des écrans à la maison                            | 20               | 3                |
| 8  | Procès des écrans                                        | 0                | 10               |
| 9  | Boîte à livres                                           | 13               | 5 ex aequo       |
| 10 | Journée prévention dans la MSP                           | 13               | 5 ex aequo       |

Lorsque les participants classaient une proposition, la première récoltait 5 points, la deuxième 4 points et ainsi de suite.

La zone sans écrans et les affiches au sein de la MSP se distinguent nettement des autres propositions, avec un total de 43 et 31 points.

**Tableau 5 : Classement par popularité**

| N° | Intitulé de l'action                                     | Nombre de vote | Rang de popularité |
|----|----------------------------------------------------------|----------------|--------------------|
| 1  | Guide pratiques à l'attention des parents                | 9              | 1 ex aequo         |
| 2  | Zone sans écrans et affiches dans la MSP                 | 9              | 1 ex aequo         |
| 3  | Jeux sur l'exposition aux écrans dans la salle d'attente | 6              | 4 ex aequo         |
| 4  | 1 semaine sans écran                                     | 5              | 5                  |
| 5  | 1 journée sans écran                                     | 1              | 8 ex aequo         |
| 6  | Intervention dans les écoles                             | 1              | 8 ex aequo         |
| 7  | Charte des écrans à la maison                            | 6              | 6                  |
| 8  | Procès des écrans                                        | 0              | 10                 |
| 9  | Boite à livres                                           | 7              | 3                  |
| 10 | Journée prévention dans la MSP                           | 6              | 4 ex aequo         |

Les propositions « Guide pratique à l'attention des parents » et « Zone sans écrans et affiche dans la MSP » sont sélectionnées par l'ensemble des participants, confirmant leur intérêt collectif.

L'addition des 2 catégories a permis d'établir un classement des actions à mener.

**Tableau 6 : Propositions finales**

| N° | Intitulé de l'action                                     | Priorité | Popularité | Total de points | Rang final |
|----|----------------------------------------------------------|----------|------------|-----------------|------------|
| 1  | Guide pratiques à l'attention des parents                | 31       | 9          | 40              | 2          |
| 2  | Zone sans écrans et affiches dans la MSP                 | 43       | 9          | 52              | 1          |
| 3  | Jeux sur l'exposition aux écrans dans la salle d'attente | 12       | 6          | 18              | 7          |
| 4  | 1 semaine sans écran                                     | 14       | 5          | 19              | 5 ex aequo |
| 5  | 1 journée sans écran                                     | 1        | 1          | 2               | 9          |
| 6  | Intervention dans les écoles                             | 3        | 1          | 4               | 8          |
| 7  | Charte des écrans à la maison                            | 20       | 6          | 26              | 3          |
| 8  | Procès des écrans                                        | 0        | 0          | 0               | 10         |
| 9  | Boîte à livres                                           | 13       | 7          | 20              | 4          |
| 10 | Journée prévention dans la MSP                           | 13       | 6          | 19              | 5 ex aequo |

La mise en place d'une zone sans écrans accompagnée d'affiches de prévention est ressortie comme l'action la plus prioritaire et la plus populaire.

Les résultats sont validés collectivement en fin de séance et un compte rendu a été diffusé par courrier électronique à l'ensemble des participants et aux autres membres de la MSP non présents.

# DISCUSSION

## I. Interprétation des résultats

### A. Résultat principal

Le groupe nominal a permis de faire émerger dix propositions d'actions, montrant ainsi la diversité des approches possibles.

Parmi elles, la mise en place d'une zone sans écrans accompagnée d'affiches de sensibilisation dans la MSP a été identifiée comme l'action prioritaire, à la fois la plus populaire et la plus consensuelle.

Ce choix quasi-unanime s'inscrit pleinement dans les missions de santé publique d'une MSP.

La salle d'attente, source d'ennui pour les enfants et d'attente passive, est un lieu où l'usage du téléphone est courant, contredisant le message de prévention de la MSP. En proposant des alternatives (comme la boîte à livres, classée 4<sup>ème</sup> mais populaire avec 7 votes), la MSP envoie un message de cohérence environnemental et modifie les habitudes.

Le guide pratique à l'attention des parents est jugé complémentaire et pourra être envisagé dans un second temps, en continuité du projet principal.

### B. Complémentarité de l'accompagnement parental

Le couplage avec les affiches de prévention répond directement au besoin d'information des familles, comme souligné dans l'introduction près d'un parent sur deux ne se sent pas suffisamment accompagné dans la gestion du numérique <sup>(3)</sup>.

Les affiches permettent ainsi de diffuser des messages clés (tels que la règle du « 3-6-9-12 » ou les « 4 pas pour mieux grandir »), optimisant ainsi le temps de présence des familles dans le lieu de soins.

L'information est certes diffusée de manière passive mais systématique, palliant ainsi la difficulté des professionnels à aborder le sujet.

« Le guide pratique à destination des parents » arrive en seconde position et est considérée comme essentielle par l'ensemble des participants. Ce résultat confirme que si les professionnels souhaitent agir sur l'environnement, ils reconnaissent l'importance d'un accompagnement éducatif en outillant les parents.

Deux axes de préventions, d'ailleurs complémentaires se dégagent :

- Un axe institutionnel et visible : la MSP apparaît alors comme un lieu d'exemplarité et d'éducation à la santé
- Un axe éducatif, visant à responsabiliser et informer les familles sur les risques et conséquences liés aux écrans.

### C. Faible niveau d'adhésion des autres actions

Les actions impliquant une contrainte forte ou une logistique importante ont été moins bien classées. « La journée sans écrans » ou « La chartre des écrans » sont des mesures dont l'efficacité dépend de l'adhésion des familles et qui peuvent être perçues comme culpabilisantes ou irréalistes.

« L'intervention dans les écoles » apparaît également comme peu prioritaire. Sa faible classification est probablement liée à sa complexité logistique, nécessitant une coordination avec l'Éducation Nationale et des ressources en temps pour les professionnels de la MSP, mais aussi par l'existence du service sanitaire qui aborde déjà ces thématiques.

L'absence totale de vote pour « Le procès des écrans » (10<sup>ème</sup> position avec aucun vote) montre la volonté d'adopter des stratégies constructives plutôt que des approches diabolisantes.

## II. Discussion de la méthode

### A. Forces

Le recours à la méthode du groupe nominal constitue une approche particulièrement adaptée dans le cadre de ce travail. Cette technique permet une structuration de la réflexion collective, en suivant un protocole clairement défini.

La méthode du groupe nominal est reconnue et validée dans la recherche en pédagogie <sup>(18)</sup>. « Selon les principes de la médecine factuelle, un consensus validé par un groupe a un niveau de preuve supérieur à l'avis d'un expert isolé ». <sup>(17)</sup> Le respect du protocole a permis d'assurer une validité interne maximale.

Elle favorise également les échanges entre les participants, permettant à chacun d'exprimer son point de vue, de limiter l'influence de certains membres du groupe et ainsi de réduire les conflits d'intérêt <sup>(14,16,17)</sup>.

La dynamique d'interaction entre les membres est particulièrement pertinente pour ce sujet, car la mise en place d'une action de prévention repose sur la collaboration interprofessionnelle.

Le lieu de réalisation, à savoir la salle de réunion de la MSP, est familier de tous les participants,

ce qui facilite les échanges et crée un climat propice à la discussion.

Cette méthode présente aussi l'avantage d'être économe en temps et en ressources <sup>(17,18)</sup> : la séance de recueil des données a duré environ deux heures, de la présentation à la validation des résultats.

La taille de l'échantillon (10) correspond aux recommandations, pour les groupes nominaux, qui préconisent d'être entre 5 et 15 participants <sup>(13,15,17)</sup>. La composition du groupe permet une bonne représentativité des différents professionnels de santé impliqués dans la prévention.

L'auteure, en qualité d'animatrice, a pu mobiliser un langage scientifique adapté et recentrer les échanges entre les participants, limitant ainsi l'effet de dominance ou une participation déséquilibrée. <sup>(14,16,18)</sup>

## B. Limites

Malgré ces atouts, certaines limites doivent être soulignées.

Tout d'abord le déséquilibre de genre parmi les participants a pu introduire un biais de représentativité.

Le recrutement, réalisé au sein de la MSP sur la base du volontariat et des disponibilités de chacun, constitue une contrainte supplémentaire. La nécessité de réunir simultanément tous les experts entraîne probablement un biais de sélection, en limitant la présence de certains professionnels, réduisant la validité externe des résultats.

Idéalement, la constitution de plusieurs groupes nominaux aurait permis de confronter les points de vue et de renforcer la robustesse du consensus. Toutefois, la difficulté de mobiliser fréquemment les professionnels de santé de la même structure, compte tenu de leurs contraintes de temps et d'organisation, a limité cette possibilité.

De plus, bien que le processus de priorisation permette d'obtenir un consensus, celui-ci ne reflète que l'avis des professionnels de la MSP concernée et ne permet pas de généraliser les résultats à toutes les MSP, ni à tous les professionnels de santé.

La présence d'orthophonistes et de diététiciens (directement concernées par les retards de langage et d'obésité) a pu orienter les priorités vers des actions de prévention concrètes et immédiatement applicables.

Un biais d'analyse et d'interprétation peut également être évoqué, l'auteure ayant assuré pour la première fois l'animation et le secrétariat du groupe. Cette inexpérience dans la conduite de ce

type de méthode a pu influencer la retranscription et la catégorisation des données. Néanmoins, les regroupements et reformulations ont été discutés et validés collectivement par les participants, ce qui a permis de limiter le biais.

Enfin, les propositions issues du consensus reposent exclusivement sur la perception des professionnels et non sur l'évaluation directe des besoins des familles. L'absence d'usagers, et notamment de parents, constitue une limite importante de ce travail. Bien que cette limite ait été partiellement compensée par le fait que la majorité des participants étaient eux-mêmes parents, il faut souligner qu'aucun parent n'a souhaité participer à la réunion.

L'intégration d'usagers aurait permis d'enrichir la réflexion, d'améliorer la pertinence des actions proposées et de renforcer leur acceptabilité.

### **III. Comparaison avec la littérature**

Les interventions visant à réduire le temps d'écrans des enfants montrent un faible effet mais statistiquement significatif <sup>(19)</sup>, en particulier lorsqu'elles sont mises en œuvre précocement et associées à un accompagnement parental.

Plusieurs études soulignent l'intention voire une limitation du temps d'écran suite à la mise en place d'action de prévention ; néanmoins il n'existe pas encore de preuves solides pour dire quel type d'intervention est la plus efficace <sup>(20)</sup>.

Ces résultats confirment la complexité de la problématique, qui dépend à la fois de facteurs individuels, familiaux, sociaux et environnementaux.

Les résultats obtenus rejoignent ceux d'autres travaux mettant en avant le rôle des structures de soins primaires dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants.

Les médecins généralistes ont un rôle crucial pour apporter des conseils précoces et adaptés aux familles à risques : environ 79% des parents souhaitent être informés par leur médecin généralistes sur les recommandations d'usage des écrans <sup>(21)</sup>.

Néanmoins, le manque de temps en consultation et l'absence de formation spécifique limitent souvent la mise en pratique de ces recommandations.

Pourtant l'efficacité de l'intervention en soins primaires est réelle : une étude récente réalisée auprès des médecins généralistes en Lorraine montre qu'une intervention brève, ciblée et intégrée à la consultation de soins primaires permet de réduire significativement l'exposition des enfants aux écrans, notamment le matin avant 11h et lors des repas <sup>(22)</sup>.

L'aménagement d'une zone sans écrans en salle d'attente s'aligne sur les recommandations de la Société Française de Pédiatrie et de Sabine Duflo, qui insistent sur la nécessité de préserver des temps et des lieux sans écrans <sup>(9,11)</sup>.

Un consensus se dégage également sur la place importante des parents dont l'information, les pratiques éducatives et le propre comportement sont des leviers essentiels de la prévention <sup>(21,22,23)</sup>. En effet, le succès de l'intervention est dépendant du niveau d'implication parentale et de leur capacité à instaurer des règles au sein du foyer <sup>(25)</sup>.

Toutefois, l'exposition aux écrans ne dépend pas uniquement des parents, mais également du mode de garde et de l'entourage familial.

Une étude récente montre que la durée d'exposition aux écrans augmente avec l'âge de l'enfant et lorsqu'il est pris en charge par ses grands-parents comparativement à une garde assurée par les assistantes maternelles ou en structure collectives <sup>(26)</sup>. Ces dernières sont davantage sensibilisées aux recommandations actuelles et formées à la prévention des usages numériques précoces.

Cette différence pourrait s'expliquer par une perception intergénérationnelle distincte des technologies numériques <sup>(26)</sup> : les écrans sont perçus par les grands-parents comme un moyen d'occuper les enfants, sans forcément avoir conscience des recommandations, ni des impacts potentiels sur le développement.

Ces éléments plaident pour une prévention élargie à l'ensemble de l'entourage de l'enfant.

Dans ce contexte, le guide pratique à l'usage des parents, s'inscrit dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé et Santé Publique France, qui encouragent à fournir des repères concrets et accessibles pour encadrer les usages des écrans à la maison <sup>(1,6)</sup>.

« Être parent c'est poser des règles et des limites et susciter l'interaction avec les enfants, mais c'est aussi montrer l'exemple du bon comportement ». Or 1 seul parent sur 4 se déclare prêt à modifier son comportement numérique pour donner l'exemple <sup>(3)</sup>.

Ces études montrent également la nécessité de s'appuyer sur des approches combinées et comportementales pour encourager le remplacement du temps d'écrans par des activités saines et la fixation d'objectifs familiaux <sup>(24)</sup>.

De plus, les parents ayant modifié leurs habitudes à la suite d'intervention apparaissent durablement enclins aux changements, suggérant un effet à long terme de la prévention lorsqu'elle est réalisée précocement et de manière répétée <sup>(22)</sup>.

Les attentes parentales identifiées dans la littérature rejoignent les orientations dégagées par notre travail. Trois formes principales d'accompagnement sont citées <sup>(3,12,24)</sup> :

- La mise à disposition de ressources éducatives et des conseils pratiques
- La mise en place d'actions et événements de proximité
- Des outils et solutions techniques non numériques favorisant les interactions.

La mise en place d'une zone sans écran en MSP répond directement à ces attentes, en agissant sur l'environnement de soins et en véhiculant un message de cohérence entre discours et pratiques.

Enfin, les résultats de cette étude s'inscrivent dans les orientations récentes de santé publique, illustrées notamment par l'évolution du carnet de santé français en 2025. Celui-ci accorde une place renforcée à la prévention des usages numériques, avec l'introduction de messages sur les risques liés à l'exposition aux écrans, la promotion de temps sans écrans et l'accompagnement des parents tout au long du développement de l'enfant <sup>(27)</sup>.

Cette évolution confirme la légitimité des actions menées en soins primaires et renforce le rôle des professionnels de santé dans l'éducation numérique des familles, leur permettant ainsi d'aborder plus facilement le sujet en consultation.

Pour finir, les interventions ciblant les enfants d'âge préscolaire et scolaire sont souvent plus réussies que celles ciblant les adolescents, dont les usages sont plus ancrés et plus difficiles à modifier <sup>(24,28)</sup>.

#### **IV. Perspectives**

Les résultats obtenus constituent une première étape, permettant de justifier le choix de l'action à mener. Cette étude ouvre plusieurs perspectives d'action et de recherche.

La création du support pédagogique pourrait faire l'objet de thèse complémentaire, pour explorer leur mise en forme mais aussi valider leur pertinence en pratique clinique.

Dans un second temps, il pourrait être intéressant d'évaluer les effets de cette action de prévention sur le temps d'exposition aux écrans des enfants, mais aussi en terme d'impact sur la sensibilisation des familles.

Il serait utile de recourir à des méthodes rigoureuses, intégrant des approches qualitatives et quantitatives, afin de démontrer l'efficacité de cette action sur la modification des comportements et du temps d'écran, dans l'optique d'une potentielle diffusion à d'autres MSP.

A plus long terme, il serait intéressant d'associer d'autres partenaires – écoles, associations sportives, collectivités – afin de renforcer la cohérence des messages de prévention.

# CONCLUSION

L'omniprésence du numérique et la surexposition précoce aux écrans constituent un enjeu majeur de santé publique, impactant le sommeil, le développement cognitif, le langage et la santé mentale des enfants.

Face à la difficulté des parents à s'orienter parmi les repères de prévention et au manque de temps en consultation, l'enjeu de cette étude était de définir une action de prévention pertinente consensuelle et immédiatement applicable au sein d'une MSP.

Cette étude, menée au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle via la méthode du groupe nominal de consensus, a permis d'impliquer efficacement les professionnels de santé pour concevoir une action de prévention face à l'exposition des enfants aux écrans.

Dix propositions ont émergé, témoignant de la diversité des leviers possibles pour agir sur les pratiques numériques.

Un consensus s'est dégagé autour de la volonté commune de développer une action concrète, visible et adaptée au contexte local, privilégiant à la fois la sensibilisation des familles et l'exemplarité de la MSP en matière d'éducation numérique.

Cette proposition témoigne d'une volonté partagée de montrer l'exemple au sein même du lieu de soins, en offrant un espace cohérent avec les messages de prévention délivrés aux familles.

La mise en évidence de l'importance de l'implication parentale et du rôle crucial des structures de soins primaires dans la prévention précoce rejoint les données de la littérature. Les MSP, en particulier, se confirment comme des plateformes opérationnelles essentielles pour transformer les recommandations théoriques en actions concrètes et coordonnées.

Au-delà de la définition d'une action concrète, ce travail met en lumière l'intérêt du travail interprofessionnel dans l'organisation et la structuration des actions de prévention en MSP. Il souligne également la nécessité de proposer des interventions simples, réalistes et facilement intégrables au quotidien des familles.

Cependant, les propositions formulées se basent principalement sur la perception des professionnels, soulignant la limite liée à l'absence de participation des familles des usagers.

En perspective, cette étude ouvre la voie à la concrétisation et à l'évaluation des supports pédagogiques proposés. Des recherches futures devraient idéalement intégrer des approches mixtes (qualitatives et quantitatives) et s'étendre à une collaboration intersectorielle (écoles, associations) pour renforcer la cohérence des messages de prévention à plus grande échelle.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Commission de transparence sur les écrans (2024) Enfants et écrans - À la recherche du temps perdu. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur :  
<https://www.elysee.fr/admin/upload/default/0001/16/06a9854b34d98bb3e4fbf72b2b28ed3b0dd601a1.pdf>
2. Jonathan Y. Bernard, Lorraine Poncet, Méléa Saïd, Shuai Yang, Marie-Noëlle Dufourg, Malamine Gassama et Marie-Aline Charles, Université Paris Cité et Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, Inrae, Centre de recherche en épidémiologie et statistiques (Cress), Paris, Unité mixte Inserm-Ined-EFS Elfe, Ined, Aubervilliers. Temps d'écran de 2 à 5 ans et demi chez les enfants de la cohorte nationale Elfe [Internet]. 2022 [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/6/2023\\_6\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/6/2023_6_1.html)
3. Etude exclusive « Parents, enfants & numérique » [Internet]. Unaf. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur:
4. Yang S, Saïd M, Peyre H, Ramus F, Taine M, Law EC, et al. Associations of screen use with cognitive development in early childhood: the ELFE birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2024;65(5):680-93.
5. Les dangers des écrans sur la santé des enfants [Internet]. Sante-pratique-paris. 2022 [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/addiction/les-dangers-des-ecrans-pour-les-enfants/>
6. ANSES Agence national de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Effets sur la santé humaine et sur l'environnement des systèmes utilisant des LED [Internet]. 2019 mai. Disponible sur:  
<https://www.anses.fr/fr/system/files/PRES2019DPA01.pdf>
7. Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA, Schmidt ME, Anderson DR. The impact of background television on parent-child interaction. *Child Dev*. 2009;80(5):1350-9.
8. Duflo S. Les 4 Pas [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur:  
<http://www.sabineduflo.fr/vous-et-les-ecrans-conseils-pratiques/>
9. Tisseron S. Grandir avec les écrans - La règle 3-6-9-12 [Internet]. 2013 [cité 8 déc 2025]. 60 p. Disponible sur: <https://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/ta-64-ecrans-tisseron-web.pdf>
10. Les balises 3-6-9-12+ - 3-6-9-12+ [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur:  
<https://www.3-6-9-12.org/les-balises-3-6-9-12/>
11. Picherot G, Cheymol J, Assathiany R, Barthet-Derrien MS, Bidet-Emeriau M, Blocquaux S, et al. L'enfant et les écrans : les recommandations du Groupe de pédiatrie générale (Société française de pédiatrie) à destination des pédiatres et des familles. *Perfect En*

- Pédiatrie [Internet]. mars 2018 [cité 8 déc 2025];1(1):19-24. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2588932X1830010X>
12. La parentalité à l'épreuve du numérique [Internet]. Unaf. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.unaf.fr/ressources/la-parentalite-a-lepreuve-du-numerique/>
  13. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. déc 2008;56(6):415-23.
  14. DUMG Toulouse. Méthodes de Consensus : rondes Delphi et groupes nominaux. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur : <https://dumg-toulouse.fr/uploads/4ed5eea50c128f389776aed32aa278bb64bd6df8.pdf>
  15. Les méthodes du consensus – MG TFE [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-5-les-methodes-du-consensus/>
  16. Grenier J, Lagarde M. La technique du groupe nominal (TGN), une méthode cueillette des données à connaître. 2000
  17. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Seeking a consensus: which method should be used? [Internet]. déc 2011 [cité 8 déc 2025];99. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/101916>
  18. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://ajph.aphapublications.org/doi/epdf/10.2105/AJPH.62.3.337>
  19. A meta-analysis of interventions that target children's screen time for reduction - PubMed [Internet]. [cité 8 déc 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21708797/>
  20. Krafft H, Boehm K, Schwarz S, Eichinger M, Büssing A, Martin D. Media Awareness and Screen Time Reduction in Children, Youth or Families: A Systematic Literature Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. juin 2023;54(3):815-25.
  21. Akbayin M, Mulliez A, Fortin F, Vicard Olagne M, Laporte C, Vorilhon P. Screen exposure time of children under 6 years old: a French cross-sectional survey in general practices in the Auvergne-Rhône-Alpes region. *BMC Prim Care*. 1 mars 2023;24(1):58.
  22. Remillieux S, Bourahla L. Exposition aux écrans des enfants de 2 à 6 ans : évaluer l'impact d'une intervention brève donnée aux parents et à leur enfant par un médecin généraliste [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2019 [cité 8 déc 2025]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298552>
  23. Raj D, Ahmad N, Mohd Zulkefli NA, Lim PY. Stop and Play Digital Health Education Intervention for Reducing Excessive Screen Time Among Preschoolers From Low

- Socioeconomic Families: Cluster Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 4 mai 2023;25:e40955.
- 24 Wuelling SM. Systematic review of interventions designed to reduce screen time in children and adolescents. *Texas Medical Center Dissertations (via ProQuest)*. 1 janv 2007;1-62.
25. Marsh S, Foley LS, Wilks DC, Maddison R. Family-based interventions for reducing sedentary time in youth: a systematic review of randomized controlled trials. *Obes Rev*. févr 2014;15(2):117-33.
26. Serman F, Cauet C, Messaadi N, Julie T, Boyez Q, Bayen S, et al. Exposition aux écrans tactiles chez les enfants de moins de 3 ans. *Exercer*. nov 2025
27. Santé M de la, Famille de la, handicapées de l'Autonomie et des P, Santé M de la, Famille de la, handicapées de l'Autonomie et des P. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. [cité 8 déc 2025]. Le carnet de santé de l'enfant. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>
28. Wu Y, Xi X, Zhang C, Jiang J, Ye S. Effect of intervention on screen time in preschoolers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 11 août 2025;25(1):2724.

# ANNEXES

## 1. Registre des activités de traitement : attestation d'exonération



\*\*\*\*\*  
Direction données personnelles et archives

### REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT Attestation d'exonération

Le présent document atteste que vous avez transmis à la Direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille les informations nécessaires à l'examen de conformité de votre projet au regard de la réglementation relative à la protection des données personnelles.

Après instruction par le service de la protection des données, la déclaration au registre des activités de traitement de l'Université de Lille n'est pas nécessaire, sous réserve du respect des mesures de sécurité suivantes :

- Information des personnes concernées par une mention d'information figurant au début du questionnaire.
- Utiliser la plateforme d'enquête LimeSurvey de l'Université de Lille accessible via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> « Formulaire de demande d'ouverture d'enquête ».
- Paramétrer le questionnaire d'enquête en mode anonyme (paramètres de participation).
- Garantir que seuls vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Mettre en place d'une urne sans aucune retranscription/enregistrement du focus group.
- Supprimer l'enquête en ligne de la plateforme LimeSurvey à l'issue de la soutenance.

Le respect de ces mesures pourra faire l'objet d'un contrôle de la part du Délégué à la protection des données de l'Université.

Toute modification apportée au traitement doit être signalée dans les plus brefs délais : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Traitement exonéré

Intitulé : Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire (6-10 ans)

Responsable chargé(e) de la mise en œuvre : M. Jan BARAN  
Interlocuteur (s) : Mme Sirine BOUDAUD

Fait à Lille,

Le 3 octobre 2025

Eric FOURÉ

Délégué à la Protection des Données

## 2. Formulaire d'informations des participants

Bonjour, je suis Sirine Boudaoud interne en médecine générale.  
Dans le cadre de ma thèse, je réalise un focus groupe sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but de mettre en place une action de prévention au sein d'une MSP.

Les échanges au sein du focus groupe ne seront ni retranscrits ni enregistrés, seul votre vote anonyme fera l'objet d'un traitement. Afin de préserver l'anonymat, l'ensemble de vos votes seront déposés dans une urne, dès lors veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne.

Vos réponses seront traitées de manière anonyme. Il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'effacement de celles-ci.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Merci à vous. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [sirine.boudaoud.etu@univ-lille.fr](mailto:sirine.boudaoud.etu@univ-lille.fr)

### 3. Diaporama du groupe nominal de consensus



#### 4. Détail des votes par professionnel de santé (PS) pour chaque proposition

| Action | PS 1 | PS 2 | PS 3 | PS 4 | PS 5 | PS 6 | PS 7 | PS 8 | PS 9 | PS 10 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 1      | 4    | 3    | 5    | 2    | 5    | 2    | 5    |      | 2    | 3     |
| 2      | 5    | 5    |      | 5    | 4    | 5    | 4    | 5    | 5    | 5     |
| 3      |      | 2    |      | 1    |      | 3    | 2    | 2    |      | 2     |
| 4      |      |      |      | 3    | 3    |      | 1    |      | 3    | 4     |
| 5      |      |      |      |      |      | 1    |      |      |      |       |
| 6      |      |      | 3    |      |      |      |      |      |      |       |
| 7      | 2    | 4    | 4    |      | 2    | 4    |      | 4    |      |       |
| 8      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |
| 9      | 1    |      | 1    | 4    | 1    |      |      | 1    | 4    | 1     |
| 10     | 3    | 1    | 2    |      |      |      | 3    | 3    | 1    |       |

**AUTEURE : Nom : Boudaoud**

**Prénom : Sirine**

**Date de soutenance : 21 janvier 2026**

**Titre de la thèse : Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire (6-10 ans)**

**Thèse - Médecine - Lille 2026**

**Cadre de classement : Santé publique**

**DES : Médecine générale**

**Mots-clés : Prévention – Exposition – Écran – Enfant – MSP – Primaire**

**Résumé :**

**Contexte**

L'exposition aux écrans chez les enfants est en constante augmentation et constitue une préoccupation des acteurs de santé et des politiques. Une exposition précoce et excessive est associée à de multiples conséquences sur la santé physique, cognitive, émotionnelle et relationnelle. Malgré l'existence de recommandations nationales, de nombreux parents se déclarent insuffisamment accompagnés dans l'encadrement des usages numériques de leurs enfants. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) occupent une place centrale dans la prévention et l'éducation à la santé.

**Objectif**

L'objectif principal de ce travail était de définir une action de prévention concernant la surexposition aux écrans chez les enfants scolarisés en primaire (6–10 ans) au sein d'une MSP.

**Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude qualitative reposant sur la méthode du groupe nominal de consensus, réunissant dix professionnels de santé exerçant au sein d'une MSP (médecins généralistes, infirmière, orthophonistes, diététicienne, sage-femme, kinésithérapeute). Les participants ont proposé, clarifié puis hiérarchisé des actions de prévention à l'aide d'un vote pondéré permettant un classement par priorité et par popularité.

**Résultats**

Dix actions de prévention ont été identifiées. La mise en place d'une zone sans écrans accompagnée d'affiches de sensibilisation au sein de la MSP est apparue comme l'action prioritaire, à la fois la plus consensuelle et la plus populaire. La réalisation d'un guide pratique à destination des parents et l'élaboration d'une charte des écrans à la maison ont été identifiées comme actions complémentaires pertinentes.

**Discussion**

Les actions retenues privilégient des interventions simples, visibles et directement intégrables dans le parcours de soins. Elles s'inscrivent dans les recommandations nationales et répondent aux attentes parentales en matière d'information et de repères éducatifs. La méthode du groupe nominal a favorisé une réflexion interprofessionnelle structurée, bien que les résultats restent dépendants du contexte local.

**Conclusion**

Ce travail confirme le rôle des MSP dans la prévention de l'exposition aux écrans chez l'enfant et propose une action concrète, reproductible et compatible avec la pratique clinique en soins primaires.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Emmanuel Chazard**

**Assesseurs : Dr Charles Cauet**

**Directeur de thèse : Dr Jan Baran**

