

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année :

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

**Attentes des internes de médecine générale de la faculté de Lille quant à
une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans :
étude qualitative par groupe nominal**

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2026 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Elise DEBUIRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Yves GROSBETY

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

INTRODUCTION	5
1 Données épidémiologiques de la consommation des écrans chez les enfants	5
1.1 Contexte numérique	5
1.2 Consommation d'écrans numériques	6
2 Effets des écrans observés chez les enfants de 0 à 6 ans	8
2.1 Effets somatiques.....	8
2.1.1 Troubles du sommeil	8
2.1.2 Surpoids et obésité	9
2.1.3 Troubles visuels	11
2.2 Développement neurocognitif et apprentissages.....	12
2.2.1 Troubles du développement cognitif.....	13
2.2.2 Troubles de l'attention	14
2.2.3 Troubles des apprentissages.....	14
2.2.4 Troubles du langage.....	15
2.2.5 Troubles de la motricité	16
2.3 Comportement, régulation émotionnelle, interactions sociales	17
2.3.1 Troubles du comportement et des habiletés sociales	17
2.3.2 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	18
2.3.3 Santé mentale et bien être	18
2.3.4 Surconsommation, dépendance et addiction	19
3 Recommandations	20
4 Rôle du médecin généraliste	23
5 Formation médicale.....	24
5.1 Formation médicale initiale.....	24
5.2 Formation médicale continue	26
6 Justification du travail	27
MATERIEL ET METHODES.....	29
1 Méthode du groupe nominal	29
2 Population et consentement	30
3 Détermination de la question de recherche.....	31
4 Analyse des résultats	31
RESULTATS	31
DISCUSSION	35
1 Discussion de la méthode	35
1.1 Technique du groupe nominal	35
1.2 Population de l'étude.....	36
1.3 Réalisation de l'entretien	37
2 Discussion des résultats	37
2.1 Propositions relatives aux connaissances théoriques sur l'exposition aux écrans	39
2.2 Propositions relatives aux outils pratiques pour la consultation	40

2.3	Propositions relatives à l'accompagnement des familles et à la prise en charge.....	41
3	Discussion de la littérature.....	42
4	Perspectives.....	44
	CONCLUSION.....	45
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	46
	ANNEXES.....	54

Introduction

1 Données épidémiologiques de la consommation des écrans chez les enfants

1.1 Contexte numérique

Le Haut Conseil de santé publique définit, dans un rapport en 2020, l'écran comme « une interface entre un observateur passif, ou rendu actif, et un ensemble infini et permanent d'images, de messages, de connaissances, d'émotions, de mises en relation et de stimulations comportementales » (1). Cette définition englobe un large éventail de dispositifs techniques, incluant notamment la télévision, l'ordinateur, le téléphone portable et la tablette.

Au cours des dernières décennies, les technologies numériques se sont imposées dans la majorité des activités humaines, à tous les âges de la vie. Depuis l'apparition de la télévision au début du XX^e siècle, qui constituait alors le seul écran présent dans les foyers, les innovations se sont succédées à un rythme soutenu : développement de l'ordinateur personnel à partir de la fin des années 1970, diffusion d'Internet auprès du grand public dans les années 1990, essor des consoles de jeux vidéo, puis généralisation des smartphones et des réseaux sociaux dans les années 2000, suivie par la popularisation des tablettes dans les années 2010. Cette succession d'innovations a conduit à une multiplication des supports numériques et à une transformation profonde des modes d'accès à l'information, aux loisirs et aux interactions sociales.

Cette dynamique se traduit aujourd'hui par un niveau d'équipement particulièrement élevé. En 2025, selon le Baromètre du numérique (2), les foyers français disposaient en moyenne de 8,4 équipements numériques utilisés et connectables à Internet. Cette moyenne inclut notamment 2,4 téléphones mobiles et smartphones, 1,7 téléviseur, 1,7 ordinateur, 1 tablette, 0,8 console de jeux et 0,8 montre ou bracelet connecté. Une progression régulière du nombre d'équipements est observée au fil des années, passant de 7,4 en 2022 à 7,9 en 2023, puis à 7,8 en 2024, pour atteindre 8,4 en 2025, traduisant une augmentation constante de la connectivité des foyers.

Si on s'intéresse au taux d'équipement par personne, toujours selon le Baromètre du numérique, en 2025, 97 % de la population dispose d'un téléphone mobile, et 91 % d'un smartphone, un taux stable par rapport à 2024 (2).

1.2 Consommation d'écrans numériques

La forte présence d'écrans au sein des foyers s'accompagne d'une diversification des usages et d'une évolution des modalités d'utilisation. La miniaturisation des dispositifs, en facilitant leur transport, permet désormais un usage continu tout au long de la journée, du réveil au coucher. Par ailleurs, les pratiques de multi-équipement se développent, avec un recours de plus en plus fréquent à plusieurs écrans de manière simultanée, comme l'utilisation d'un smartphone en parallèle de la télévision. Dans de nombreux foyers, la télévision reste d'ailleurs allumée lors des repas, illustrant l'intégration des écrans dans les routines quotidiennes. Cette omniprésence, tant par le nombre d'appareils disponibles que par leurs modalités d'utilisation, concerne également les enfants, exposés de manière précoce à ces dispositifs. Il n'est aujourd'hui pas rare de les voir manipuler des interfaces numériques dès le plus jeune âge.

Les écrans remplissent ainsi différentes fonctions et s'inscrivent dans divers environnements de vie. En médecine générale, par exemple, ils peuvent être utilisés pour occuper ou apaiser les enfants via smartphone ou tablette, que ce soit en salle d'attente ou au cours de la consultation. Ils peuvent également être à l'origine d'interruptions liées à des appels téléphoniques, ou servir de support à la recherche d'informations médicales. Leur utilisation s'étend par ailleurs au milieu scolaire, où ils constituent désormais des outils pédagogiques à part entière.

Ainsi, au-delà du seul équipement des foyers, ces éléments témoignent d'une exposition quotidienne devenue quasi inévitable, soulevant la question du temps effectivement consacré aux écrans.

En 2025, selon Médiamétrie (3), les Français ont passé en moyenne 4 heures et 14 minutes par jour à regarder des contenus vidéo, et plus de 3 heures quotidiennes sur Internet (dont 80 % sur mobile), atteignant près de 5 heures chez les 15-24 ans (dont 90 % sur mobile) (4).

Ces usages concernent également les populations les plus jeunes, avec une exposition débutant dès la petite enfance.

L'étude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE), initiée en 2011 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (5), permet d'apporter un éclairage précis sur

ces pratiques. Elle avait pour objectif de suivre pendant 20 ans une cohorte d'environ 18 000 enfants nés cette année-là dans les maternités françaises.

En 2013, lorsque ces enfants étaient âgés de 2 ans, leurs parents ont été interrogés sur l'usage des écrans par leurs enfants. Les résultats montrent que 83 % des enfants regardaient la télévision, et 68 % la regardaient quotidiennement. Par ailleurs, 27 % déclaraient que leur enfant jouait avec un ordinateur ou une tablette, et environ 12 % le faisaient tous les jours ou presque. Enfin, 20 % jouaient avec un téléphone mobile multifonction (smartphone) et 10 % le faisaient au quotidien. Au total, cela représente une durée moyenne de temps dédié aux écrans de 53 minutes par jour soit 6 heures et 11 minutes par semaine. À 3 ans et demi, ce temps atteignait alors 77 minutes par jour, soit environ 9 heures par semaine. Puis à l'âge de 5 ans et demi, ce temps s'élevait à 92 minutes par jour soit 10 heures et 44 minutes par semaine.

Une autre perspective intéressante mise en évidence dans cette étude est une forte association entre les usages parentaux et ceux des enfants. En effet, il apparaît que les comportements liés aux écrans tendent à se transmettre au sein du foyer, et ce, de manière comparable par les deux parents.

D'autres travaux confirment la précocité et la fréquence de cette exposition. En 2022, l'étude Nutri-Bébé (6) rapporte que 49 % des enfants âgés de 0 à 3 ans sont exposés aux écrans en moyenne 4 jours par semaine et que 42 % des enfants prennent, ne serait-ce qu'occasionnellement, le petit déjeuner devant un écran. De manière complémentaire, l'étude Ipsos Junior Connect (7) réalisée en 2022 souligne l'importance croissante de l'équipement individuel des enfants et des adolescents. Selon cette étude, les 13-19 ans possèdent en moyenne 3 écrans personnels, contre 1,6 chez les 7-12 ans. Le smartphone constitue alors l'équipement principal (89 % des 13-19 ans en possèdent un et 35 % des 7-12 ans). Internet est le média n°1 pour regarder des vidéos, échanger avec les proches, écouter de la musique, ou jouer aux jeux vidéo : environ 6 heures par semaine pour les moins de 6 ans, 9 heures par semaine chez les 7-12 ans et près de 18 heures par semaine pour les 13 ans et plus. Les données issues de l'étude nationale sur le bien-être des enfants (ENABEE), réalisée par Santé publique France en 2022 et publiée en 2025 (8), confirment l'augmentation du temps d'exposition avec l'âge : celui-ci était en moyenne de 1 heure et 22 minutes par jour chez les enfants de 3 à 5 ans, 1 heure et 53 minutes par jour chez les enfants de 6 à 8 ans et 2 heures et 33 minutes par jour chez les enfants de 9 à 11 ans. Ce temps était par ailleurs significativement plus élevé les jours sans école en comparaison des jours avec école. La télévision était le principal écran utilisé par les enfants de 3 à 11 ans. Enfin, 7 % des enfants de 3 à 5 ans, 14 % des enfants de 6 à 8 ans et 29 % des enfants de 9 à 11 ans avaient un écran à disposition dans leur chambre.

2 Effets des écrans observés chez les enfants de 0 à 6 ans

Compte tenu de la place prépondérante des technologies numériques dans la société et de l'exposition de plus en plus précoce des enfants aux écrans, la question de leurs effets potentiels sur la santé suscite un intérêt croissant. De nombreuses études ont été menées afin d'en évaluer les bénéfices et les risques.

2.1 Effets somatiques

2.1.1 *Troubles du sommeil*

Le sommeil constitue un élément fondamental de la santé à tout âge. Il ne se limite pas à une simple période de repos, mais correspond à une phase au cours de laquelle se produisent des processus physiologiques essentiels, notamment sur les plans endocrinien, métabolique et cognitif. Dans ce contexte, de nombreuses études ont montré une association entre l'exposition aux écrans et les troubles du sommeil. Un temps de visionnage prolongé est ainsi associé à des effets délétères sur la durée et la qualité du sommeil.

Une étude portant sur des enfants de 33 à 71 mois a montré que ceux disposant d'une télévision dans leur chambre et regardant la télévision plus d'1 heure par jour se couchent en moyenne 40 minutes plus tard et se réveillent 15 minutes plus tard que ceux dont le temps de visionnage est inférieur à 1 heure quotidienne. Bien qu'ils compensent partiellement ce déficit par des siestes plus longues en journée, leur temps de sommeil total sur 24 heures reste inférieur à celui des enfants regardant moins d'1 heure de télévision par jour (9). Dans le même sens, une étude incluant des enfants âgés de 6 mois à 17 ans a montré que chaque heure supplémentaire d'utilisation des écrans numériques est associée à une diminution de 3 à 8 minutes du sommeil nocturne (10).

Par ailleurs, le fait de regarder des écrans le soir est associé à des troubles du sommeil. Une revue de littérature rapporte que les enfants qui regardent la télévision après 19 heures présentent davantage de difficultés au moment du coucher, une anxiété accrue liée au sommeil, une réduction de la durée totale de sommeil, ainsi qu'un allongement du délai d'endormissement, comparativement à ceux qui regardent la télévision uniquement pendant la journée (11).

Indépendamment du temps de visionnage, la simple présence d'une télévision dans la chambre est associée à une plus grande variabilité du sommeil (9,12), qu'il s'agisse de la durée totale du sommeil sur 24 heures, du temps de sommeil total nocturne, de la durée des siestes, ainsi que des horaires d'endormissement et de réveil.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer les mécanismes par lesquels la télévision altère le sommeil, en particulier lorsque le visionnage a lieu à proximité de l'heure du coucher. Une première explication repose sur l'idée que le temps consacré à la télévision se substitue au temps de sommeil, compromettant ainsi l'obtention d'une durée de sommeil suffisante (13). Par ailleurs, le visionnage peut induire une augmentation de l'activation cognitive et émotionnelle (14), susceptible de se prolonger au moment du coucher et d'altérer l'endormissement ainsi que la qualité du sommeil. Enfin, l'exposition à la lumière émise par la télévision pourrait retarder la sécrétion de mélatonine et perturber les rythmes circadiens, affectant ainsi les mécanismes biologiques impliqués dans la régulation du sommeil (12,15). Dans la mesure où ces hypothèses suggèrent un effet plus marqué lorsque la télévision est regardée juste avant l'endormissement, il apparaît pertinent de prendre en compte la présence de téléviseurs dans la chambre des enfants.

En outre, les enfants disposant d'un téléviseur dans leur chambre regardent proportionnellement moins de films pour enfants et davantage de programmes et films destinés aux adultes que les enfants sans téléviseur. Cette exposition à des contenus inadaptés peut majorer la stimulation cognitive et émotionnelle, contribuant ainsi à une altération plus marquée du sommeil (9).

2.1.2 Surpoids et obésité

De nombreuses données de la littérature mettent en évidence une association entre le temps d'exposition aux écrans, en particulier la télévision, et des indicateurs défavorables de santé pondérale chez l'enfant. Une revue de littérature publiée en 2013 suggère une association entre le temps d'exposition aux écrans des enfants de moins de 3 ans et une augmentation de leur Indice de Masse Corporelle (IMC) (16). Dans le même sens, une méta-analyse de 2013 rapporte une relation dose-effet linéaire entre le risque d'obésité et le temps passé devant la télévision, avec une augmentation estimée de 13 % du risque d'obésité par heure supplémentaire d'exposition (17). Enfin, une revue systématique de 2011 met en évidence une

altération significative de la composition corporelle dès 2 heures quotidiennes d'écran chez les enfants et adolescents de 5 à 17 ans (18).

Ces associations soulèvent la question des mécanismes sous-jacents expliquant ce lien entre exposition aux écrans et excès pondéral. Deux principales hypothèses sont avancées dans la littérature.

Tout d'abord, les déterminants des comportements sédentaires chez les jeunes sont multifactoriels et s'inscrivent dans les habitudes de vie. Les écrans, à eux seuls, ne permettent pas d'expliquer entièrement ce phénomène. Néanmoins, une durée d'exposition aux écrans élevée est corrélée à une diminution du temps global d'activité physique : plus ce temps augmente, plus celui dédié à des activités physiques tend à se réduire, en raison d'un effet de substitution. Ainsi, le temps que les mineurs consacrent aux écrans participe directement à l'augmentation de la sédentarité, dans la mesure où il implique un maintien prolongé dans des postures statiques, le plus souvent assises ou allongées. Cette sédentarité s'accompagne d'une réduction de la dépense énergétique. Il convient toutefois de nuancer ces observations, car la dépense énergétique varie selon la nature de l'écran et de son utilisation. Elle est généralement plus faible lors du visionnage de la télévision, qui induit une posture passive, comparativement à certains jeux vidéo qui peuvent solliciter davantage l'utilisateur sur le plan physique, entraînant ainsi une augmentation relative de la consommation d'énergie (19,20).

Au-delà de ces mécanismes liés à la sédentarité, d'autres facteurs, notamment comportementaux, interviennent pour expliquer l'impact des écrans sur la santé pondérale. L'exposition aux écrans est en effet associée à des modifications des comportements alimentaires. Plusieurs travaux confirment cela, en montrant une association entre le temps d'écran et une augmentation des apports en aliments et boissons à forte densité énergétique, ainsi qu'une moindre consommation de fruits et légumes chez les enfants (21,22). Indépendamment du temps de visionnage, le fait de regarder la télévision pendant les repas est associé à une diminution de la consommation de fruits et légumes, comparativement aux repas pris sans distraction au sein du cadre familial (23). Lorsque l'usage des écrans est intégré aux habitudes familiales pendant les repas, l'alimentation apparaît globalement plus déséquilibrée, marquée par une moindre part d'aliments frais et une plus grande consommation de produits transformés tels que pizzas, snacks et sodas (24). Outre l'altération de la convivialité des repas si importante à cet âge, regarder la télévision pendant les repas détourne l'attention de l'enfant et altère les mécanismes d'autorégulation alimentaire. Elle limite la perception des signaux de faim et de satiété, réduit l'attention portée aux goûts et aux textures, et favorise ainsi une prise

alimentaire plus passive, moins consciente et souvent plus importante. Ces données convergent ainsi vers l'idée que l'exposition aux écrans constitue un déterminant comportemental important des habitudes alimentaires de l'enfant, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Malgré cela, l'exposition aux écrans lors des repas reste fréquente dès le plus jeune âge. En effet, comme vu précédemment, l'étude Nutri-Bébé (2022) rapporte ainsi que 42 % des enfants de moins de 3 ans prennent, ne serait-ce qu'occasionnellement, le petit déjeuner devant un écran (6), illustrant la banalisation précoce de cette pratique.

2.1.3 *Troubles visuels*

L'utilisation des écrans est associée à l'apparition et à la progression de différents troubles visuels ou pathologies oculaires, les enfants et les adolescents étant particulièrement vulnérables. En effet, le développement de l'œil et du système visuel s'étend de la naissance à l'adolescence. La croissance du globe oculaire est rapide durant les premières années de vie, jusqu'à l'âge de 3-4 ans, tandis que la maturation neuronale du système visuel se poursuit ensuite jusqu'à l'adolescence, vers 13-15 ans. La lumière joue un rôle essentiel dans la maturation de l'œil et le développement des fonctions visuelles.

Parmi les conséquences de l'exposition aux écrans, on retrouve dans un premier temps les symptômes externes liés à la sécheresse oculaire. L'usage prolongé des écrans est associé à divers symptômes parmi lesquels on retrouve une sensation de sécheresse oculaire, une fatigue visuelle majorée en fin de journée, un flou visuel, une gêne oculaire, une photophobie et des céphalées. Ces manifestations, regroupées sous le terme de syndrome de l'œil sec, sont en effet favorisées par des facteurs environnementaux ou fonctionnels tels qu'un éclairage inadapté, des reflets ou une mauvaise posture (25). Elles traduisent un déséquilibre entre les exigences visuelles et les capacités d'adaptation du système visuel. Sur le plan physiopathologique, l'utilisation des écrans s'accompagne d'une diminution de la fréquence de clignement, entraînant une augmentation de l'exposition cornéenne à l'air, une instabilité du film lacrymal et une majoration de son évaporation, responsables d'une sécheresse oculaire. Chez les enfants, ce syndrome est plus fréquemment retrouvé chez ceux ayant un usage plus important des écrans (notamment smartphone ou ordinateur) et passant moins de temps en extérieur (26). L'arrêt de l'exposition aux écrans et le repos visuel permettent généralement une amélioration rapide des symptômes (27). Chez l'enfant, l'arrêt du smartphone pendant quatre semaines a été associé à la disparition des lésions cornéennes et à une réduction complète du syndrome de l'œil sec dans certaines études (26).

On peut citer comme autre conséquence la myopie. Celle-ci débute le plus souvent entre 6 et 12 ans et tend à se stabiliser chez le jeune adulte. L'association entre exposition aux écrans et myopie est aujourd'hui bien documentée (28,29). Toutefois, les mécanismes en jeu semblent multifactoriels. Elle serait principalement liée à des efforts prolongés d'accommodation, notamment lors de l'utilisation de petits écrans à proximité de l'œil (tablettes, smartphones, consoles de jeux portables), ainsi qu'à une diminution du temps passé en extérieur (exposition plus faible à la lumière naturelle), plutôt qu'à un effet direct de la lumière artificielle émise par les écrans (28–30). L'exposition à la lumière naturelle joue en effet un rôle protecteur démontré vis-à-vis de la myopie (31,32).

En plus de constituer un trouble de la vision, la myopie est un facteur de risque aggravant pour d'autres pathologies de l'œil ou de la vision à l'âge adulte. En effet, elle est associée à un risque accru de maculopathie, de décollement de la rétine, de glaucome, de cataracte précoce et de cécité (33).

Concernant la lumière bleue, les enfants et les adolescents y sont particulièrement sensibles à en raison d'une filtration incomplète de la lumière bleue par le cristallin. En effet, la capacité du cristallin à filtrer la lumière est fortement liée à l'âge : avant l'âge de 8 ans, plus de 80 % des longueurs d'ondes courtes atteignent la rétine, contre environ 50 % à 25 ans et 20 % à 80 ans (34). L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) souligne que cette lumière bleue peut induire des effets phototoxiques à court terme dans des conditions d'exposition intense, notamment expérimentales, pouvant entraîner des lésions des cellules rétinienne (35), associées à une baisse de l'acuité visuelle. Des effets chroniques liés à des expositions répétées de faible intensité sont également évoqués, susceptibles de contribuer à des maladies dégénératives telles que la dégénérescence maculaire liée à l'âge (32). En revanche, aux niveaux d'exposition liés aux écrans du quotidien, les données actuelles ne permettent pas de conclure à un risque rétinien avéré (32).

2.2 Développement neurocognitif et apprentissages

Pour un développement harmonieux, les jeunes enfants ont besoin d'interactions régulières et de qualité avec leurs parents. Or, l'exposition des enfants aux écrans, en mobilisant leur attention, tend à réduire ces interactions. De la même manière, l'usage d'écrans par le parent en présence de l'enfant peut interférer avec la relation parent-enfant. La diminution, à la fois quantitative et qualitative, de ces interactions constitue une source majeure d'inquiétude quant

aux effets des écrans sur le développement neurocognitif, les apprentissages, notamment du langage, ainsi que sur le comportement et les compétences socio-relationnelles.

Ce champ de recherche reste émergent, mais des données récentes suggèrent que ces interférences sont associées à une moindre sensibilité, disponibilité et réactivité parentales (36). Particulièrement cruciale avant 6 ans, cette problématique appelle à une vigilance accrue, malgré des limites méthodologiques liées aux contraintes éthiques des études. Les mécanismes identifiés justifient de recommander une attention particulière à l'usage des écrans par les parents et les professionnels de la petite enfance, notamment lors des moments clés d'interaction (repas, soins, jeux).

2.2.1 Troubles du développement cognitif

Les effets des écrans sur le développement cognitif de l'enfant font l'objet de nombreuses recherches, dont les résultats demeurent hétérogènes. Dans la petite enfance, plusieurs travaux suggèrent une association entre exposition précoce aux écrans et performances cognitives moindres, tout en soulignant l'importance de nombreux facteurs confondants, notamment environnementaux et familiaux.

Une revue systématique met en évidence que l'exposition précoce à la télévision est associée à des performances plus faibles dans certains domaines cognitifs (37). Les auteurs insistent toutefois sur l'influence des caractéristiques individuelles des enfants, du contexte familial et social, ainsi que du type de contenu visionné. Dans le même sens, une étude longitudinale suggère un effet défavorable de l'exposition précoce aux écrans sur le développement cognitif ultérieur (38). Néanmoins, cette étude repose sur une évaluation parentale du développement et ne prend pas en compte de manière exhaustive l'environnement de l'enfant ce qui en limite l'interprétation.

Les études longitudinales récentes invitent à nuancer ces associations. Les résultats issus de la cohorte ELFE mettent en évidence des liens modestes entre temps d'écran et trouble du développement cognitif, largement atténuées après prise en compte de facteurs environnementaux tels que le niveau socioéconomique ou les habitudes de vie (39). De même, certaines associations négatives initialement observées, notamment concernant les capacités graphiques, disparaissent après ajustement sur les activités alternatives proposées à l'enfant, suggérant que les écrans pourraient agir principalement par substitution à des expériences favorables au développement (40). Dans cette continuité, une étude récente met en évidence une association entre des trajectoires d'exposition plus élevées à l'âge préscolaire et des fonctions exécutives plus faibles ultérieurement, sans toutefois permettre d'établir un lien de causalité (41).

Ainsi, les données actuelles ne permettent pas de conclure à un effet univoque des écrans sur le développement cognitif. Les associations observées apparaissent fortement dépendantes du contexte d'utilisation, du contenu et des activités concurrentes.

2.2.2 Troubles de l'attention

Sur le plan attentionnel, les écrans sollicitent majoritairement des mécanismes d'attention exogène, ou automatique, attirée par des stimuli rapides et saillants, au détriment de l'attention endogène, ou volontaire, essentielle aux apprentissages. Une exposition prolongée est ainsi associée à des capacités attentionnelles diminuées (42). Certaines études longitudinales suggèrent également qu'une exposition précoce pourrait être associée à des difficultés attentionnelles ultérieures, avec un effet dose-dépendant (43). Le rôle du contenu apparaît également déterminant. Ainsi, l'exposition à des programmes éducatifs avant l'âge de 3 ans ne serait pas associée à des difficultés attentionnelles ultérieures, contrairement à d'autres types de contenus (44).

Les effets indirects doivent également être considérés. Comme vu précédemment, l'exposition aux écrans, en particulier en soirée altère qualitativement et quantitativement le sommeil. Or cette altération est susceptible d'impacter les fonctions attentionnelles, la mémoire de travail et le contrôle de l'impulsivité (45).

2.2.3 Troubles des apprentissages

En ce qui concerne les apprentissages, les données suggèrent que les jeunes enfants apprennent moins efficacement à partir de supports numériques qu'au cours d'interactions directes, en raison notamment d'un « déficit de transfert » limitant la généralisation des acquisitions (37,46). Les synthèses retrouvent globalement des effets négatifs ou nuls du temps d'écran sur les apprentissages, contrairement à des activités telles que la lecture, régulièrement associées à des effets bénéfiques (47,48).

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer ces résultats : difficulté à transposer des informations en deux dimensions vers le monde réel (49), mais aussi absence d'interactions multisensorielles, répétées et contingentes, essentielles aux apprentissages précoces. Le co-visionnage avec un adulte peut néanmoins en atténuer partiellement les limites (50).

2.2.4 Troubles du langage

Ces éléments relatifs aux apprentissages généraux se prolongent directement dans le champ du développement du langage. La littérature suggère en effet que les jeunes enfants apprennent moins efficacement le langage à partir de supports numériques qu'au cours d'interactions directes. Le langage repose en effet sur des mécanismes complexes qui dépassent la simple exposition aux mots, intégrant les échanges de regards, les gestes et les comportements des interlocuteurs. Il s'agit d'un processus actif, fortement influencé par les interactions, notamment celles avec les parents. Le ton spécifique et le rythme naturellement adopté par ces derniers lorsqu'ils s'adressent à leur enfant jouent un rôle essentiel, tout comme les émotions et l'affect qu'ils transmettent.

De nombreuses études mettent en évidence un lien entre exposition aux écrans, notamment la télévision, et ralentissement du développement langagier. Une méta-analyse regroupant 42 études sur le développement du langage, met en évidence un lien global entre temps d'écran et moindre niveau de compétences langagières, plus marqué en cas d'exposition précoce ou prolongée, tandis que les usages éducatifs et le co-visionnage apparaissent protecteurs (51). Une revue systématique récente retrouve des résultats similaires chez les enfants de moins de 5 ans, soulignant l'existence d'une association globale entre usage des écrans et développement langagier précoce (52).

Au-delà du temps d'écran, le contexte d'utilisation apparaît déterminant. Une étude cas-témoins multicentrique menée en 2019 en Ile-et-Vilaine montre que l'exposition aux écrans le matin avant l'école est associée à un risque triplé de trouble primaire du langage, ce risque étant doublé en cas d'absence d'échanges parentaux autour des contenus visionnés (53). Une exposition aux écrans dès le matin solliciterait fortement les capacités attentionnelles de l'enfant, réduisant sa disponibilité cognitive pour les apprentissages ultérieurs.

Les données issues de grandes cohortes françaises apportent des éléments complémentaires concordants. L'étude de la cohorte EDEN (étude des déterminants pré et postnatals du développement de la santé de l'enfant) montre qu'une exposition fréquente à la télévision pendant les repas entre 2 et 5 ans est associée à un développement du langage plus faible, mettant en évidence le rôle du contexte familial (54). De façon similaire, la cohorte ELFE met en évidence un lien entre télévision pendant les repas et développement cognitif et langagier moins favorable entre 2 et 5,5 ans, avec une relation dose-dépendante dès 30 à 60 minutes quotidiennes d'exposition (39). En revanche, aucune relation longitudinale significative n'est retrouvée.

Ainsi, l'ensemble de ces données converge vers un constat central : le développement du langage ne dépend pas uniquement du temps d'exposition aux écrans, mais surtout de ses modalités d'usage et de la qualité des interactions sociales qui l'accompagnent, éléments déterminants pour la stimulation des apprentissages précoces.

2.2.5 Troubles de la motricité

Une revue de la littérature publiée en 2022 s'est intéressée aux liens entre exposition aux écrans et développement moteur chez l'enfant. Les données suggèrent une association entre la durée d'exposition et les performances motrices : une augmentation du temps d'écran est généralement corrélée à une diminution des scores moteurs. Toutefois, la nature causale de cette relation demeure incertaine, les études disponibles étant majoritairement observationnelles. L'ensemble des dimensions de la motricité semble concerné, incluant la motricité fine, globale et générale. Néanmoins, l'impact varie selon le niveau d'engagement de l'enfant face à l'écran. Les usages interactifs, notamment via certains dispositifs connectés ou jeux vidéo sollicitant une participation physique, pourraient favoriser la structuration des schémas moteurs. Ils sont associés à de meilleurs résultats en motricité globale ainsi qu'à une amélioration de la coordination. À l'inverse, une exposition caractérisée par un faible engagement moteur pourrait limiter les sollicitations nécessaires au développement de ces compétences, contribuant ainsi à leur altération (55).

Dans cette perspective, une étude australienne a exploré l'association entre le temps d'écran et différentes composantes du développement, telles que la motricité fine, les habiletés manuelles, l'intégration visuomotrice, le traitement sensoriel et les compétences de jeu rapportées par les parents. Les résultats mettent en évidence une corrélation négative significative pour le traitement sensoriel, tandis que les associations concernant l'intégration visuomotrice, la manipulation et la coordination bilatérale apparaissent plus modérées. Les auteurs suggèrent que ces effets pourraient être atténués par la pratique concomitante d'activités impliquant des objets physiques. Ainsi, encourager des situations de jeu favorisant une participation active et dynamique de l'enfant semble constituer une piste pertinente pour limiter l'impact potentiellement défavorable du temps d'écran sur le développement moteur (56).

2.3 Comportement, régulation émotionnelle, interactions sociales

2.3.1 *Troubles du comportement et des habiletés sociales*

Plusieurs études suggèrent qu'une exposition excessive aux écrans pourrait interférer précocement avec l'acquisition des habiletés sociales, et être associée à des difficultés relationnelles, un défaut d'empathie et un isolement social.

Une étude observationnelle récente menée chez des enfants âgés de 1 à 3 ans montre une corrélation négative modérée et significative entre le temps d'exposition aux écrans et le score global de statut psychosocial. Les analyses de régression indiquent que le temps d'écran, ainsi que certains facteurs familiaux et environnementaux (niveau d'éducation maternel, niveau socio-économique, âge de première exposition, présence de dispositifs de contrôle parental et usage continu de la télévision au domicile), expliquent près de 48 % de la variance des difficultés psychosociales, soulignant l'importance des déterminants précoces de l'environnement numérique (57).

Une étude longitudinale prospective apporte des éléments complémentaires concernant les effets à plus long terme. Elle montre qu'une consommation télévisuelle importante à l'âge de 2,5 ans est associée, à 13 ans, à un risque de victimisation par les pairs (+11 % par heure supplémentaire d'exposition), d'isolement social (+10 %), ainsi que de comportements agressifs proactifs (+9 %) et antisociaux (+6 %) (58).

Enfin, l'exposition des enfants à des contenus inadaptés pourrait influencer le développement du comportement et des compétences sociales. Une revue de la littérature met en évidence une diminution de la tolérance à la frustration, une augmentation des comportements et pensées agressifs ainsi qu'une désensibilisation à la violence, ces effets restants modulés par des facteurs individuels et environnementaux (59).

L'ensemble de ces données suggère que la petite enfance constitue une période particulièrement sensible, au cours de laquelle les interactions sociales jouent un rôle central dans le développement des compétences socio-émotionnelles. Une réduction des interactions sociales au profit des écrans pourrait ainsi contribuer à des difficultés dans la construction de l'empathie et des habiletés sociales.

2.3.2 *Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*

Les éléments cités précédemment concernant l'attention conduisent naturellement à s'interroger sur le lien entre exposition aux écrans et troubles attentionnels pathologiques, notamment le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

L'association entre usage des écrans et TDA/H est fréquemment rapportée, mais son interprétation reste prudente. Une étude longitudinale met en évidence une association significative, mais de faible ampleur, entre usage intensif des médias numériques et symptômes ultérieurs de TDA/H, sans permettre de conclure à une causalité (60).

D'autres travaux retrouvent une association entre consommation élevée d'écrans, notamment télévisuels, et troubles attentionnels à l'âge scolaire, en particulier en cas d'exposition très importante dans la petite enfance (61).

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, notamment en raison de possible causalité inverse. En effet, plusieurs données suggèrent une relation bidirectionnelle : les enfants présentant des symptômes de TDA/H pourraient être plus enclins à utiliser les écrans, notamment comme moyen de canaliser leur attention, rendant difficile la distinction entre cause et conséquence. Par ailleurs, les données actuelles soulignent que les troubles du neurodéveloppement, dont le TDA/H, sont d'origine multifactorielle et ne peuvent donc être attribués qu'à l'exposition aux écrans. En revanche, un usage excessif pourrait en majorer les manifestations. Les synthèses récentes vont dans ce sens, retrouvant une association entre usage des écrans et comportements liés au TDA/H, probablement bidirectionnel (62,63).

Ainsi, si une association est régulièrement observée, les preuves actuelles ne permettent pas d'établir un lien causal direct, ce qui justifie une interprétation prudente et une vigilance clinique.

2.3.3 *Santé mentale et bien être*

Les données concernant l'impact des écrans sur la santé mentale des enfants de 0 à 6 ans restent limitées, avec des niveaux de preuve inférieurs à ceux observés chez les adolescents et des liens causaux encore difficiles à établir. Les travaux disponibles portent davantage sur des indicateurs de bien-être psychosocial que sur des troubles psychiatriques constitués.

Dans l'ensemble, la littérature suggère une association défavorable entre temps d'écran et bien-être. Une exposition élevée est notamment corrélée à une moindre intégration sociale perçue et à un sentiment de solitude plus fréquent.

Chez l'enfant et l'adolescent, un usage prolongé, en particulier de la télévision, est associé à une diminution de l'estime de soi et du bien-être subjectif, ainsi qu'à une augmentation des manifestations de détresse émotionnelle, d'anxiété et de symptômes dépressifs (64).

Chez les jeunes enfants, cette relation apparaît toutefois nuancée et non linéaire. Plusieurs études convergent pour montrer que les différences de bien-être entre une absence d'exposition et une exposition modérée (environ une heure par jour) sont faibles. En revanche, des niveaux d'exposition plus élevés sont associés à une dégradation progressive, mais de faible ampleur, des indicateurs de bien-être psychosocial, incluant davantage de difficultés comportementales et émotionnelles rapportées par les parents (65,66). Ces résultats suggèrent que le temps d'écran, pris isolément, constitue un déterminant limité du bien-être psychologique à cet âge (65).

Les données les plus récentes confirment l'existence d'associations entre usage des écrans et développement psychosocial (compétences relationnelles, régulation émotionnelle), sans pour autant permettre de conclure à un impact direct sur la santé mentale clinique. Elles soulignent surtout le rôle déterminant des modalités d'utilisation : type de contenu, caractère éducatif ou non, et accompagnement parental (67).

Enfin, certaines études longitudinales mettent en évidence une relation dose-réponse entre le temps d'écran et la qualité de vie chez les enfants de 2 à 6 ans, avec une diminution progressive du bien-être à mesure que l'exposition augmente (68).

Au total, si une exposition précoce et intensive aux écrans semble associée à des indicateurs de bien-être moins favorables, les effets observés restent modestes. Ils dépendent largement du contexte d'usage et de la concurrence avec d'autres activités essentielles au développement, telles que les interactions sociales et le jeu libre.

2.3.4 Surconsommation, dépendance et addiction

La notion d'« addiction aux écrans » demeure aujourd'hui débattue et ne fait pas l'objet d'un consensus scientifique. En effet, si les classifications internationales telles que le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies) de l'Organisation mondiale de la santé reconnaissent certaines addictions comportementales, notamment le trouble du jeu vidéo, elles ne retiennent pas l'addiction aux écrans en tant que telle.

Dans ce contexte, la littérature privilégie souvent des termes alternatifs tels que « usage excessif », « usage problématique » ou « usage dysfonctionnel », traduisant l'absence de

définition homogène et de critères diagnostiques validés. Cette hétérogénéité se retrouve également dans les outils de mesure utilisés, avec une grande variabilité des seuils et des critères retenus pour caractériser un usage pathologique des écrans (69).

Afin de dépasser ces limites, certains travaux récents ont proposé d'adapter les critères du trouble du jeu vidéo du DSM-5 à l'usage des écrans. C'est notamment le cas du développement de l'échelle Problematic Media Use Measure (PMUM), construite à partir des 9 critères du DSM-5, incluant la préoccupation, le sevrage, la tolérance, la perte de contrôle ou encore la poursuite de l'usage malgré les conséquences négatives (70,71).

Ces travaux suggèrent que des comportements apparentés à une addiction peuvent être observés dès l'enfance, notamment à travers une interférence avec le fonctionnement psychosocial, indépendamment du seul temps d'écran (71).

Toutefois, la majorité des auteurs s'accorde à considérer que chez le jeune enfant, et en particulier avant 6 ans, ces comportements relèvent davantage d'un usage problématique que d'une véritable addiction constituée. En effet, l'enfant ne dispose pas encore des capacités de régulation nécessaires, et l'absence d'autonomie dans l'accès aux écrans implique que ces usages s'inscrivent avant tout dans une dynamique environnementale et familiale.

En pratique, l'absence de consensus sur la définition, les critères diagnostiques et les seuils d'exposition limite encore la possibilité de caractériser précisément une addiction aux écrans, en particulier chez les enfants de moins de 6 ans comme le souligne notamment le Haut Conseil de santé publique (72). Le concept d'« usage problématique des écrans » apparaît ainsi actuellement comme le plus pertinent pour décrire ces comportements dans cette tranche d'âge.

3 Recommandations

Au cours des deux dernières décennies, de nombreuses recommandations ont été formulées concernant l'usage des écrans chez l'enfant. Malgré leur diffusion, leur impact sur la réduction de l'exposition reste limité. Elles constituent néanmoins des repères utiles pour les professionnels de l'enfance et les parents. Leur évolution reflète une adaptation progressive aux transformations des environnements numériques et aux données scientifiques récentes, avec un déplacement du discours initialement centré sur l'interdiction vers une approche plus nuancée, axée sur la régulation des usages, l'accompagnement parental et l'attention portée aux contenus.

Parmi les premières prises de position marquantes en France, les travaux de Michel Desmurget, docteur en neurosciences, ont contribué à alerter sur les effets potentiellement délétères des écrans sur les enfants, notamment dans son ouvrage *TV lobotomie* paru en 2013 (73). Toutefois, ses recommandations sont souvent jugées trop radicales et ne semblent pas en adéquation avec l'environnement numérique actuel, limitant leur applicabilité.

Avant cela, Serge Tisseron, psychiatre et docteur en psychologie, avait proposé dès 2008 la règle dite des « 3-6-9-12 », destinée à fournir des repères simples aux parents. Initialement formulée comme une succession d'interdictions selon l'âge (« pas d'écran avant 3 ans, pas de console de jeu personnelle avant 6 ans, pas d'internet accompagné avant 9 ans, et pas d'internet seul avant 12 ans »), cette règle a été révisée en 2017 puis en 2024 pour mieux correspondre aux usages contemporains (74). Elle met désormais davantage l'accent sur l'accompagnement parental et l'apprentissage progressif de l'autonomie numérique : « avant 3 ans : jouons, parlons, arrêtons la télé » au profit des jeux créatifs, des activités interactives et d'autres expériences cognitives sociales fondamentales ; « de 3 à 6 ans : limitons les écrans, partageons-les, parlons-en en famille », en privilégiant un apprentissage de l'autorégulation, toujours dans le cadre d'un temps de partage, avec pour repères « de une demi-heure à 3 ans à une heure maximum par jour à 6 ans » ; « de 6 à 9 ans : créons avec les écrans, expliquons-lui Internet », l'objectif étant à cet âge, l'apprentissage des règles du jeu social ; « de 9 à 12 ans : apprenons-lui à se protéger et à protéger ses échanges », en l'encourageant à gérer son temps d'écran distrayant, pour maintenir des capacités d'attention et de concentration correctes et en parlant avec lui de ce qu'il voit et fait des écrans ; « après 12 ans : restons disponibles », en encourageant le maintien et le renforcement de liens dans la réalité et non seulement à travers les écrans, en restant vigilants sur l'usage des réseaux sociaux.

Ces repères ont été relayés et précisés par plusieurs instances, dont l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), qui propose des durées maximales d'exposition adaptées à l'âge, fondées sur les capacités attentionnelles de l'enfant : ne pas dépasser 20 minutes d'écran par jour de 3 à 6 ans, 30 minutes de 6 à 8 ans, 45 minutes de 8 à 10 ans, et 1 heure maximum après 10 ans (75). Elle diffuse également la règle des « 4 PAS » de Sabine Duflos : « pas d'écran le matin (pour être attentif en classe), pas pendant les repas (pour favoriser les échanges), pas dans la chambre (pour qu'il apprenne à être et jouer seul), pas avant de se coucher (afin de favoriser l'endormissement naturel de l'enfant) ».

L'Académie des Sciences, en lien avec l'Académie nationale de médecine et l'Académie des technologies, a publié en 2019 « *L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans ; appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques* » (76). Ce document insiste sur plusieurs principes : avant 3 ans : pas d'écrans, à l'exception d'un usage accompagné et récréatif avec modération et prudence ; de 3 à 10 ans, fixer un temps ritualisé dédié aux écrans pour favoriser l'apprentissage de l'autorégulation, en préférant les écrans partagés et accompagnés ; après 10 ans, maintenir un dialogue positif sur l'utilisation des écrans et rester attentifs aux signes de fatigue et d'isolement. Il souligne également le rôle d'exemplarité des parents dans leurs propres usages numériques.

Ces recommandations s'adressent aux parents mais aussi au corps enseignant, aux pouvoir publics, aux institutions de recherches et aux éditeurs de produits numériques, en appelant à une réflexion collective sur la place du numérique, au développement des connaissances scientifiques et à une meilleure régulation des contenus.

La Société Française de Pédiatrie a également proposé en 2018 ses recommandations à destination des familles et des professionnels de santé, reposant sur une analyse des données disponibles et des pratiques observées (52). Elle s'articule autour de cinq messages principaux : « comprendre sans diaboliser ; des écrans dans les espaces de vie collective mais pas dans les chambres ; des temps sans aucun écran (matin, repas, sommeil, etc.) ; oser et accompagner la parentalité pour les écrans ; prévenir l'isolement social » (77).

L'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique (Arcom), participant également à cette dynamique de prévention (78). Elle délivre quelques conseils et des recommandations d'usage selon l'âge : pas d'écran avant 3 ans ; de 3 à 8 ans : privilégiez des programmes adaptés sur un temps limité (pas plus de 30 à 40 min par jour) ; à partir de 8 ans : accompagnez votre enfant dans la découverte des écrans (pas plus d'une heure par jour) ; à tout âge : éviter les écrans le matin, privilégier les repas sans écrans, éviter les écrans avant le coucher et dans la chambre ». Elle insiste aussi sur l'importance de la signalétique des contenus, notamment via la classification PEGI (Plan European Game Information), avec indication de classe d'âge, pour les jeux vidéo.

A la demande de l'Élysée, une Commission constituée d'expert a publié en 2024 le rapport « *Enfants et écrans : à la recherche du temps perdu* » qui vise à faire une synthèse des connaissances scientifiques sur les effets des écrans chez les jeunes (79). Ce rapport insiste particulièrement sur l'importance des interactions humaines précoces et sur les risques liés à une exposition passive prolongée. En effet, il propose de « renforcer la recommandation en

vigueur de ne pas exposer les enfants de moins de 3 ans aux écrans, et de déconseiller leur usage jusqu'à l'âge de 6 ans, ou tout au moins qu'il soit fortement limité, occasionnel, avec des contenus à qualité éducative, et accompagné par un adulte. Après 6 ans, il s'agit de tendre vers une exposition modérée et contrôlée, qui trouve sa juste place parmi des activités qui se doivent d'être diversifiées et variées pour le développement des enfants et des adolescents ». Ils recommandent également que les enfants ne disposent pas d'un téléphone portable avant l'âge de 11 ans, qu'à partir de 11 ans, s'ils disposent d'un téléphone portable, que celui-ci ne puisse pas être utilisé pour se connecter à Internet, qu'à partir de 13 ans, s'ils disposent d'un téléphone connecté, qu'ils ne puissent pas accéder aux réseaux sociaux ni aux contenus illégaux, et qu'à partir de 15 ans, l'accès aux réseaux sociaux soit limité à ceux pourvus d'une conception éthique.

Enfin, des messages de prévention ont été intégrés au carnet de santé de l'enfant depuis 2018, à la suite d'un avis du Haut Conseil de Santé Publique (80). Ces recommandations, accessibles directement aux familles, sont les suivantes : « interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement ; avant 3 ans, pas d'écrans ; ne laissez pas votre enfant dans une pièce où un écran est allumé, même s'il ne le regarde pas ; entre 3 et 6 ans, l'usage des écrans doit rester occasionnel, limité à des contenus à qualité éducative et accompagné par un adulte ; pour faciliter l'endormissement et améliorer le sommeil, éteignez tous les écrans 1 heure avant son coucher ; ne lui donnez pas de tablette, de smartphone, de casque audio ou des écouteurs pour le calmer ou l'endormir ; dans les transports, plutôt que de donner votre téléphone à votre enfant, pensez à prendre des livres, une boîte de jeux ou de quoi dessiner ; essayez aussi de réduire votre propre temps d'écran en présence de vos enfants pour rester disponible et renforcer votre lien avec eux ».

4 Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste, en tant que premier point de contact du système de soins, occupe une position clé dans le parcours de santé. Il s'inscrit pleinement dans une dynamique de promotion de la santé, définie par la Charte d'Ottawa de 1986 comme « le processus qui confère aux individus les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (81). À ce titre, il joue un rôle déterminant dans l'accompagnement des patients ainsi que dans la transmission d'informations et de recommandations en matière de santé publique. Sa proximité avec les patients et sa connaissance globale de leur situation sanitaire, sociale et

culturelle favorisent la mise en œuvre d'actions de prévention et de prise en charge adaptées, dans un climat de confiance.

L'importance du médecin généraliste dans le suivi des enfants est d'autant plus justifiée que, d'après l'Assurance Maladie, information relayée par MG France (82), 79 % des enfants sont suivis exclusivement par un médecin généraliste, contre 5 % par un pédiatre, et 16 % par les deux. Ces données confirment le rôle central du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique. Dans ce contexte de forte progression de l'usage des écrans et de leur présence constante au quotidien, le médecin généraliste, en tant que référent du suivi, occupe donc une place essentielle auprès des enfants face à ces usages.

5 Formation médicale

5.1 Formation médicale initiale

La formation médicale initiale des médecins généralistes s'organise en trois cycles successifs. Elle se déroule au sein des Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine, dans l'une des 32 universités rattachées à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), comme celle de Lille (83).

L'accès au premier cycle est aujourd'hui possible, après le baccalauréat, par deux voies : le Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) ou la Licence Accès Santé (LAS). Une fois cette première année validée, les étudiants peuvent se diriger vers l'une des 5 filières de santé : médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie et masso-kinésithérapie. Le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine est fixé par chaque faculté selon le principe du *numerus apertus*, en fonction des besoins du territoire. La deuxième année (nommée DFGSM2 pour Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2) et la troisième année (DFGSM3) complètent ce premier cycle. Elles visent à renforcer les connaissances en sciences fondamentales, à initier à la sémiologie et à la pratique médicale, tout en préparant les étudiants au cycle suivant.

Le deuxième cycle, également d'une durée de trois ans, correspond au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM), plus connu sous le nom d'« externat ». Ces années sont consacrées à l'étude des pathologies, de leur prise en charge thérapeutique et de leur prévention. Elles abordent aussi l'organisation des systèmes de santé, l'évaluation des pratiques de soins, ainsi que les aspects éthiques et juridiques de la profession médicale. Au cours de la troisième année de ce cycle, les étudiants passent les Épreuves Dématérialisées

Nationales (EDN) et les Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOSn), qui conditionnent l'accès au troisième cycle.

Le troisième cycle correspond au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, autrement dit l'internat. Depuis la réforme entrée en vigueur à la rentrée 2023, il s'étend sur quatre ans et se structure en trois phases : une phase socle (deux semestres), une phase d'approfondissement (quatre semestres) et une phase de consolidation (deux semestres supplémentaires). La formation alterne entre stages pratiques dans des services agréés (urgences, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, médecine adulte) et en ambulatoire, auprès de praticiens, ainsi qu'un enseignement théorique assuré par la faculté. Au cours de ce troisième cycle, les étudiants doivent passer une thèse d'exercice, permettant l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine générale.

Il n'existe pas d'item spécifiquement consacré à cette thématique dans le programme des EDN (84). Le référentiel de pédiatrie n'y fait que des allusions très succinctes, sans fournir de véritables éléments utilisables en prévention : l'exposition aux écrans est brièvement évoquée dans le chapitre « développement psychomoteur de l'enfant » (item 55), où elle est mentionnée comme étant « à éliminer [car] susceptible d'entraîner des troubles du comportement et une pauvreté des interactions sociales » dans un passage consacré aux troubles du spectre autistique. On ne retrouve aucune référence à ce sujet dans le chapitre « dépistages de l'enfant » (items 47, 52 et 89), ni dans celui portant sur les « troubles du sommeil chez l'enfant » (item 110). Enfin, dans le chapitre « suivi médical pédiatrique » (items 47, 69 et 256), seules quelques mentions rapides apparaissent : l'existence d'un message à ce propos dans le carnet de santé, la nécessité d'« évaluer l'exposition aux écrans à l'examen du 24ème mois » (sans indication antérieure ni précision complémentaire), ainsi que l'éventuel retentissement sur la santé psychique et le développement de l'enfant d'une « exposition non encadrée aux écrans » (85).

Il n'existe pas non plus actuellement d'enseignement systématique sur ce sujet dans le DES de médecine générale. À l'université de Lille, les enseignements hors stage incluent notamment les Groupes d'Échange de Pratique Clinique (GECLI). Au cours de ces séances, les étudiants travaillent à partir d'une situation clinique rencontrée en stage par l'un d'entre eux. De ce fait, les sujets abordés dépendent des cas rapportés par les étudiants mais aussi de l'enseignant encadrant, et peu de temps y est consacré au vu de toutes les autres thématiques à aborder. Par ailleurs, les stages obligatoires en services de Pédiatrie se prêtent moins facilement à l'abord de ces questions de prévention.

Ainsi, il apparaît que la formation médicale initiale accorde encore une place restreinte à cette problématique de santé publique émergente, malgré le rôle clé du médecin généraliste dans la prévention de l'exposition des enfants aux écrans, comme évoqué précédemment.

5.2 Formation médicale continue

Les connaissances acquises lors de la formation médicale initiale ne sont pas figées ; elles doivent être régulièrement mises à jour et approfondies afin d'assurer un exercice professionnel conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Cette nécessité constitue le fondement de la formation médicale continue, qui représente à la fois une obligation déontologique et une exigence légale pour l'ensemble des professionnels de santé. En effet, les articles R.4127-11 du code de la santé publique et 11 du code de déontologie médicale, indiquent que chaque médecin est tenu d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans le cadre de son engagement dans le Développement Professionnel Continu (DPC) (86,87). Le respect de cette obligation s'inscrit notamment dans le cadre des missions de veille exercées par le Conseil national de l'Ordre des médecins (88).

Le Développement Professionnel Continu (DPC), instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 puis aménagé par la loi de modernisation du système de santé de 2016, concerne l'ensemble des professions de santé, dont les médecins. Il vise à garantir l'actualisation des savoirs et l'amélioration des compétences professionnelles. Il repose sur une approche intégrée associant des actions de formation continue et des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Cette dynamique implique une identification préalable des besoins, la mise en œuvre de formations adaptées, ainsi qu'une analyse de leur impact sur les pratiques et la qualité des soins. L'organisation et le pilotage du dispositif relèvent de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) en articulation avec les Conseils Nationaux Professionnels (CNP), qui contribuent à définir les orientations prioritaires. Concrètement, les médecins doivent s'inscrire dans une démarche triennale et être en mesure de justifier leur participation à des actions combinant formation continue, analyse, évaluation et amélioration des pratiques, ainsi que gestion des risques (88).

Par ailleurs, il est possible de suivre des formations en dehors du cadre strict du DPC. Toutefois, ces dernières ne sont pas systématiquement prises en compte dans la validation de l'obligation triennale. C'est notamment le cas de nombreux Diplômes Universitaires (DU) et

Diplômes Inter Universitaires (DIU), qui, bien qu'utiles pour le développement des connaissances, ne constituent pas à eux seuls des actions reconnues au titre du DPC.

S'agissant de l'exposition des enfants aux écrans, l'offre de formations intégrées au dispositif de DPC demeure à ce jour limitée. Cette situation contraste avec la place centrale du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique, précédemment évoquée. Elle s'inscrit dans le prolongement du constat d'une prise en compte encore restreinte de cette thématique au cours de la formation médicale initiale.

6 Justification du travail

Malgré l'augmentation de l'exposition aux écrans chez les jeunes enfants et des effets potentiels sur leur santé et leur développement, plusieurs travaux français montrent que cette thématique reste encore peu abordée de manière systématique en consultation de médecine générale, et le plus souvent uniquement en présence de signes d'alerte ou de difficultés déjà installées.

Parallèlement, certaines études suggèrent que des interventions réalisées en soins primaires peuvent avoir un impact positif sur les comportements des familles, notamment en réduisant le temps d'exposition aux écrans chez les enfants d'âge préscolaire (89,90).

Cependant, plusieurs travaux mettent en évidence des freins à l'intégration de cette thématique dans la pratique clinique. Les médecins généralistes rapportent notamment un manque de temps, une difficulté à aborder le sujet en dehors du motif de consultation, mais surtout un déficit de formation et de connaissances actualisées (91–93)

Ce manque de formation se traduit par un repérage insuffisamment systématique, des conseils peu structurés, ainsi que des difficultés dans l'accompagnement et la prise en charge des familles.

Ce constat est également retrouvé chez les internes de médecine générale. Plusieurs études récentes montrent que la majorité d'entre eux n'ont bénéficié d'aucune formation spécifique sur l'exposition aux écrans chez l'enfant au cours de leur cursus. Dans une étude menée à l'échelle nationale, 78% des internes interrogés déclarent ne pas avoir reçu d'enseignement universitaire sur ce sujet et 93,3 % expriment un besoin marqué de formation complémentaire (94).

De même, une étude portant sur les pratiques des internes met en évidence que ces derniers réalisent encore peu d'interventions auprès des familles, et que leur principale source d'information repose sur des démarches personnelles. Le manque de formation apparaît comme le principal frein identifié, tandis que la formation reçue constitue le facteur influençant le plus significativement leurs pratiques préventives (95).

Un intérêt institutionnel croissant est également porté à cette problématique. En France, une proposition de loi déposée en janvier 2023, la proposition de loi n° 757, vise à structurer une politique de prévention de la surexposition des enfants aux écrans, en s'appuyant notamment sur les professionnels de santé. Ce texte prévoit en particulier d'« intégrer dans la formation des professionnels de santé (...) des modules spécifiques sur les risques associés aux différents degrés d'exposition aux écrans numériques pour les enfants de moins de 6 ans » (96).

Dans la continuité de ces travaux, une commission d'experts sollicitée par les pouvoirs publics a publié en avril 2024 le rapport « *Enfants et écrans. À la recherche du temps perdu* » cité précédemment, qui souligne la nécessité de mieux former les professionnels de santé aux enjeux du numérique chez l'enfant et de leur fournir des repères pour accompagner les familles.

Ces initiatives traduisent une reconnaissance croissante de cet enjeu de santé publique et du rôle des professionnels de santé dans sa prise en charge. Toutefois, en dépit de ces orientations, cette thématique demeure encore peu intégrée de manière structurée dans le cursus médical actuel.

Ainsi, l'intégration de cette thématique dans la formation médicale initiale apparaît comme un levier pertinent pour améliorer les pratiques et homogénéiser les messages délivrés aux patients. En effet, la formation initiale permettrait d'apporter un socle commun de connaissances à l'ensemble des futurs médecins, tant en matière de repérage que de prévention et de prise en charge, contrairement aux apprentissages réalisés en stage, qui restent hétérogènes et dépendants des terrains de stage et des maîtres de stage.

Le choix de s'intéresser spécifiquement aux enfants âgés de 0 à 6 ans repose sur les enjeux propres à cette période du développement. La période préscolaire correspond en effet à une phase déterminante pour les acquisitions psychomotrices, cognitives et relationnelles, qui conditionnent en partie les apprentissages ultérieurs. Par ailleurs, les habitudes d'usage des

écrans qui s'installent à cet âge ont tendance à se maintenir au fil du temps, ce qui renforce l'intérêt d'interventions précoces auprès de cette population.

Dans ce contexte, il semble essentiel de s'intéresser spécifiquement aux internes de médecine générale, en tant que futurs praticiens, afin de mieux comprendre leurs attentes en matière de formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans.

Ainsi, l'objectif de ce travail est d'explorer, à l'aide d'une méthode qualitative par groupe nominal, les attentes des internes de médecine générale de la faculté de Lille concernant une formation dédiée à cette thématique, dans la perspective d'adapter les contenus pédagogiques aux besoins du terrain et d'améliorer les pratiques cliniques.

Matériel et méthodes

1 Méthode du groupe nominal

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la technique du groupe nominal comme méthode de recueil de données et de recherche de consensus. Développée à la fin des années 1960 par deux chercheurs américains, André Delbecq et Andrew Van de Ven, cette méthode vise à faire émerger et hiérarchiser des propositions issues d'un groupe d'experts autour d'une question précise (97,98).

La technique du groupe nominal repose sur une procédure structurée permettant à chaque participant de s'exprimer de manière équitable, tout en limitant l'influence d'un individu dominant sur les échanges. Elle est particulièrement adaptée aux travaux en santé lorsqu'il s'agit d'explorer un sujet, d'identifier des priorités ou de rechercher un consensus entre professionnels (97,99).

Les différentes étapes du groupe nominal sont résumées dans le tableau ci-dessous :

ETAPES	PROCEDURE
Présentation de la question nominale	L'animateur présente le contexte de l'étude, les objectifs de la séance ainsi que les règles de fonctionnement du groupe, puis expose la question nominale aux participants.

Génération silencieuse des idées	Chaque participant dispose d'un temps de réflexion individuel durant lequel il note, par écrit et en silence, toutes les propositions lui venant à l'esprit en réponse à la question posée.
Mise en commun des idées	Un tour de table permet ensuite à chaque participant d'énoncer ses propositions. Les idées sont retranscrites une à une de manière visible pour l'ensemble du groupe.
Clarification et regroupement des idées	Les propositions sont discutées collectivement afin de préciser leur formulation, regrouper les idées similaires et distinguer les propositions différentes. Cette étape vise à obtenir des items clairs, univoques et compréhensibles par tous.
Cotation des idées	Chaque participant cote 10 items, du plus important à ses yeux (10 points) au moins important (1 point).
Compilation des résultats	Pour chaque item, sont recueillis le nombre total de points attribués (PRIORITE), ainsi que le nombre de votes obtenus (POPULARITE), permettant une hiérarchisation finale des items.

Tableau 1 : Fonctionnement d'un groupe nominal

Un animateur présente le déroulé de la séance et encadre les échanges afin de garantir le respect de la méthodologie et l'équilibre de la parole entre les participants. Un observateur est également présent afin d'assurer la prise de notes et le recueil des résultats des votes.

2 Population et consentement

La population étudiée était constituée d'internes de médecine générale inscrits à la Faculté de Médecine de Lille.

Au début de chaque année universitaire, les quelques 200 internes de la nouvelle promotion sont répartis par ordre alphabétique en 12 groupes suivant les mêmes enseignements.

L'échantillon de cette étude comprenait 12 internes de médecine générale en cinquième semestre, appartenant à un même groupe. La participation reposait sur le volontariat.

L'ensemble des participants a fourni un consentement écrit (Annexe 1) pour l'utilisation des données recueillies dans le cadre de ce travail. Conformément à la réglementation en vigueur applicable pour ce type de travail, cette étude n'a pas nécessité de saisine d'un comité d'éthique, d'un comité de protection des personnes ni de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les participants appartenant au même groupe d'enseignement, l'anonymat n'a pas pu être garanti.

La séance de groupe nominal s'est tenue le 12 mars 2026 dans une salle de réunion de la faculté de médecine Henri Warembourg.

3 Détermination de la question de recherche

La question nominale devait être concise, claire et suffisamment ouverte afin de permettre aux experts d'exprimer l'ensemble de leurs idées. Elle a été formulée de la sorte : « Quelles sont vos attentes concernant une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans ? »

4 Analyse des résultats

La compilation des résultats a été réalisée secondairement, après la séance de recueil des données.

Les résultats finaux ont ensuite été transmis par courrier électronique à l'ensemble des participants.

Pour chaque proposition, deux types de classement ont été établis :

- Un classement par priorité, fondé sur le nombre total de points attribués ;
- Un classement par popularité, correspondant au nombre de votes obtenus.

Résultats

Le groupe nominal a été réalisé le 12 mars 2026. Il était constitué de 12 internes de médecine générale en cinquième semestre. La séance a duré 1 heure et 45 minutes. Après regroupement des idées, 37 propositions ont été recueillies au cours de la séance. La phase de vote a permis d'évaluer la popularité et la priorité de chacune d'entre elles. Le détail de la phase de vote est présenté en annexe 2.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des propositions ainsi que le nombre de points (Priorité) et nombre de votes (Popularité) par proposition.

N°	Intitulé de la proposition	Nombre de points = PRIORITE	Nombre de votes = POPULARITE
1	Disposer de vidéos pédagogiques à destination des médecins (à pouvoir revisionner après la formation initiale)	1	1
2	Disposer de supports pédagogiques à destination des parents (flyers, vidéos)	12	3
3	Connaître des activités alternatives à proposer aux enfants pour remplacer les écrans	28	6
4	Connaître des conseils pratiques pour aider les parents à réduire le temps d'écran de leur enfant	40	7
5	Connaître les effets des écrans sur les enfants de 0 à 6 ans à court et long terme	50	6
6	Disposer de ressources éducatives adaptées aux enfants (supports imagés, livres illustrés)	17	2
7	Disposer d'outils de dépistage et d'évaluation (questionnaires, grilles d'évaluation)	34	7
8	Reconnaître les signes cliniques associés à une surexposition aux écrans	27	5
9	Bénéficier d'une formation en présentiel	20	2
10	Savoir conseiller les parents sur la gestion des conflits liés aux écrans	10	3
11	Connaître les études scientifiques avec un bon niveau de preuve sur le sujet	35	5
12	Maîtriser la prise en charge de troubles liés à la surexposition aux écrans : conduite à tenir, réversibilité des troubles	31	5
13	Connaître le cadre législatif concernant l'accès aux écrans des enfants	10	3
14	Disposer de messages clés et de chiffres impactants pour la consultation	52	8
15	Disposer de supports mémo synthétiques pour une utilisation en consultation	31	5

16	Développer des compétences en communication pour aborder la question des écrans avec les parents sans jugement	7	2
17	Bénéficier d'une formation courte sur une demi-journée	7	1
18	Bénéficier de séances interactives avec un temps dédié aux questions et échanges avec les formateurs	2	1
19	Bénéficier d'une formation en petit groupe	3	1
20	Bénéficier d'interventions de spécialistes du domaine (pédiatres, experts)	21	3
21	Disposer d'un protocole de réduction du temps d'écran	16	5
22	Connaître les recommandations officielles concernant l'exposition aux écrans selon l'âge et le type d'écran	65	9
23	Connaître les intérêts et les limites des outils numériques	0	0
24	Acquérir des connaissances épidémiologiques sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans	8	2
25	Pouvoir découvrir et tester du matériel ou des outils recommandables aux parents lors la formation	0	0
26	Connaître les facteurs de risque d'exposition excessive aux écrans	7	3
27	Savoir différencier les troubles liés aux écrans des troubles neurodéveloppementaux	24	5
28	Être formé aux techniques d'entretien motivationnel	7	2
29	Disposer de supports d'information à exposer ou mettre en libre accès au cabinet (affiches et flyers de sensibilisation en salle d'attente)	3	2
30	Connaître les stratégies de prévention (primaire et secondaire)	28	4
31	Bénéficier de visionnage de situations cliniques	0	0
32	Bénéficier de mises en situations pratiques (Présage) avec jeux de rôle	0	0
33	Disposer de vidéos pédagogiques adaptées aux enfants	0	0
34	Savoir expliquer aux parents l'intérêt et le fonctionnement du contrôle parental	2	1

35	Être formé à l'accompagnement parental (stratégies éducatives adaptées)	18	3
36	Connaître la physiopathologie du développement neurocognitif de l'enfant	9	2
37	Connaître les ressources professionnelles ou les structures vers lesquelles orienter un enfant présentant un trouble lié à son exposition aux écrans	37	6

Tableau 2 : Numéro, intitulé, priorité et popularité pour chaque proposition

Les propositions retenues correspondaient à celles dont le score (nombre de votes ou nombre de points) était strictement supérieur au 75e centile. Ce seuil a été retenu afin d'identifier les propositions les plus consensuelles au sein du groupe. Il est fréquemment utilisé dans les travaux exploratoires reposant sur des méthodes de consensus.

Le calcul du 75e centile était de 28 pour le nombre de points (priorité) et de 5 pour le nombre de votes (popularité).

Ainsi, 9 propositions présentaient un nombre de points strictement supérieur à 28 (les propositions 4, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 22 et 37) et 7 propositions obtenaient un nombre de votes strictement supérieur à 5 (les propositions 3, 4, 5, 7, 14, 22 et 37).

Au total, 10 propositions ont été retenues selon cette méthode (les propositions 3, 4, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 22 et 37), soit 27 % des 37 propositions recueillies initialement. Le tableau ci-dessous les résume.

N°	Intitulé de la proposition
3	Connaître des activités alternatives à proposer aux enfants pour remplacer les écrans
4	Connaître des conseils pratiques pour aider les parents à réduire le temps d'écran de leur enfant
5	Connaître les effets des écrans sur les enfants de 0 à 6 ans à court et long terme
7	Disposer d'outils de dépistage et d'évaluation (questionnaires, grilles d'évaluation)
11	Connaître les études scientifiques avec un bon niveau de preuve sur le sujet
12	Maîtriser la prise en charge de troubles liés à la surexposition aux écrans : conduite à tenir, réversibilité des troubles
14	Disposer de messages clés et de chiffres impactants pour la consultation

15	Disposer de supports mémo synthétiques pour une utilisation en consultation
22	Connaître les recommandations officielles concernant l'exposition aux écrans selon l'âge et le type d'écran
37	Connaître les ressources professionnelles ou les structures vers lesquelles orienter un enfant présentant un trouble lié à son exposition aux écrans

Tableau 3 : Propositions retenues dont la popularité ou la priorité était strictement supérieure au 75e centile

Discussion

1 Discussion de la méthode

1.1 Technique du groupe nominal

Le groupe nominal est une méthode de consensus reconnue et largement utilisée dans le domaine de la recherche en santé et en pédagogie (97–99). Son intérêt réside dans sa capacité à faire émerger, clarifier et hiérarchiser les idées d'un groupe d'experts autour d'une question précise. Dans cette étude, le protocole classique du groupe nominal a été respecté, renforçant ainsi la rigueur méthodologique du travail.

Cette méthode présentait plusieurs avantages dans le cadre de notre recherche. Elle permettait tout d'abord d'obtenir rapidement un grand nombre de propositions tout en limitant l'influence d'un participant dominant grâce à une procédure structurée. Elle favorisait également l'expression individuelle de chaque participant ainsi que la clarification collective des idées émises. Enfin, la phase de vote permettait de hiérarchiser les attentes des internes selon leur importance et leur degré de consensus.

Le groupe nominal apparaissait particulièrement adapté à une recherche exploratoire portant sur les attentes pédagogiques des internes de médecine générale. Il a permis de recueillir des propositions concrètes concernant une future formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans. La principale force de cette étude réside ainsi dans le fait qu'il s'agit d'un recueil de propositions formulées par des internes de médecine générale à destination d'internes de médecine générale.

Cette méthode présente également des avantages pratiques. Elle nécessite peu de moyens matériels et reste peu chronophage. Dans notre étude, le recueil des données a pu être réalisé en une seule séance, tout en permettant d'obtenir un nombre important de propositions et un consensus clair autour des attentes jugées prioritaires. Le nombre élevé de propositions recueillies ainsi que la récurrence de certains thèmes au cours des échanges suggèrent une richesse suffisante des données pour répondre à l'objectif exploratoire de l'étude.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. Le groupe nominal vise principalement à faire émerger les idées consensuelles d'un groupe. Les propositions plus marginales ou minoritaires peuvent ainsi être sous-représentées à l'issue de la phase de vote. Par ailleurs, certaines variantes méthodologiques proposent la réalisation d'un second tour de vote afin d'améliorer le consensus obtenu. En l'absence de données de la littérature démontrant un bénéfice clair de cette approche, le choix a été fait de conserver une seule étape de cotation.

1.2 Population de l'étude

Le groupe étudié était constitué de 12 internes de médecine générale en cinquième semestre appartenant au même groupe d'enseignement. Les participants pouvaient être considérés comme des personnes ressources pertinentes du sujet étudié, dans la mesure où ils étaient directement concernés par les enjeux de formation abordés.

Le fait que les internes soient bien avancés dans leur cursus constituait une force de l'étude. Tous avaient déjà réalisé un stage ambulatoire ainsi qu'un stage en pédiatrie, leur permettant d'avoir été confrontés aux problématiques liées à l'exposition aux écrans chez l'enfant au cours de leur pratique clinique. Cette expérience a probablement favorisé l'émergence de propositions concrètes et applicables à leur future pratique professionnelle.

La composition des groupes d'enseignement à la faculté reposant sur une répartition alphabétique, le groupe présentait un certain degré d'hétérogénéité malgré l'appartenance à un même groupe pédagogique. De plus, la taille de l'échantillon était cohérente avec celle habituellement recommandée pour la réalisation d'un groupe nominal (97).

Néanmoins, cette étude présente plusieurs limites concernant la population étudiée. L'ensemble des participants provenait d'un même groupe d'enseignement et d'une seule faculté de médecine, ce qui limite l'extrapolation des résultats à l'ensemble des internes de médecine

générale. De plus, le recrutement reposait sur le volontariat, exposant à un biais de sélection. Les internes les plus intéressés par le sujet ou les plus investis dans leur formation étaient probablement davantage enclins à participer à l'étude.

Enfin, le fait que les participants appartiennent au même groupe d'enseignement a probablement favorisé la fluidité des échanges et la liberté de parole. Cependant, cette proximité entre les participants pourrait également avoir favorisé des phénomènes de conformisme au sein du groupe.

1.3 Réalisation de l'entretien

La séance a été animée par un enseignant du Département de Médecine Générale maîtrisant la technique du groupe nominal. Son expérience préalable de cette méthode a permis d'assurer le respect du protocole et de favoriser un déroulement fluide des différentes étapes. L'animation structurée de la séance a probablement contribué à limiter l'effet de dominance de certains participants et à garantir un équilibre dans la prise de parole.

Un climat de confiance a été instauré dès le début de la séance afin de favoriser la liberté d'expression des participants. Les participants sont restés impliqués tout au long de la séance, dont la durée était compatible avec le temps prévu initialement.

Cependant, certains biais doivent être discutés. La présence d'un enseignant membre du Département de Médecine Générale a pu entraîner une forme d'autocensure chez certains participants, limitant potentiellement l'expression de propositions jugées trop critiques ou marginales. De même, le déroulement de la séance dans un environnement facultaire a pu influencer les échanges de manière indirecte.

Enfin, la question nominale n'a pas fait l'objet d'un test préalable avant son utilisation. Toutefois, sa formulation volontairement simple, claire et suffisamment ouverte semblait adaptée à l'objectif exploratoire de l'étude et a permis l'émergence de propositions variées portant à la fois sur le contenu et les modalités pédagogiques de la formation.

2 Discussion des résultats

Ce groupe nominal a permis le recueil de 10 propositions établies comme consensuelles. Ces propositions peuvent être regroupées en plusieurs grandes catégories thématiques :

Connaissances théoriques sur l'exposition aux écrans :

- Connaître les effets des écrans sur les enfants de 0 à 6 ans à court et long terme (n°5)
- Connaître les études scientifiques avec un bon niveau de preuve sur le sujet (n°11)
- Connaître les recommandations officielles concernant l'exposition aux écrans selon l'âge et le type d'écran (n°22)

Outils pratiques pour la consultation :

- Disposer d'outils de dépistage et d'évaluation (questionnaires, grilles d'évaluation) (n°7)
- Disposer de messages clés et de chiffres impactants pour la consultation (n°14)
- Disposer de supports mémo synthétiques pour une utilisation en consultation (n°15)

Accompagnement des familles et prise en charge :

- Connaître des activités alternatives à proposer aux enfants pour remplacer les écrans (n°3)
- Connaître des conseils pratiques pour aider les parents à réduire le temps d'écran de leur enfant (n°4)
- Maîtriser la prise en charge de troubles liés à la surexposition aux écrans : conduite à tenir, réversibilité des troubles (n°12)
- Connaître les ressources professionnelles ou les structures vers lesquelles orienter un enfant présentant un trouble lié à son exposition aux écrans (n°37)

6 de ces propositions faisaient consensus à la fois par leur popularité et leur priorité (propositions n°4, 5, 7, 14, 22 et 37).

Par ailleurs, parmi les propositions non retenues, certaines ont néanmoins recueilli un nombre important de points ou de votes. Une proposition a obtenu 28 points, pour un seuil fixé à 29 points ou plus, et 3 propositions ont obtenu 5 votes, pour un seuil de consensus fixé à 6 votes ou plus :

- Connaître les stratégies de prévention (primaire et secondaire) (n°30, 28 points)
- Reconnaître les signes cliniques associés à une surexposition aux écrans (n°8, 5 votes)
- Disposer d'un protocole de réduction du temps d'écran (n°21, 5 votes)
- Savoir différencier les troubles liés aux écrans des troubles neurodéveloppementaux (n°27, 5 votes)

Un élément intéressant mis en évidence par le groupe nominal concerne la distinction entre les attentes portant sur le contenu de la formation et celles portant sur ses modalités pédagogiques. En effet, plusieurs propositions relatives à la forme pédagogique ont émergé lors de la phase de génération des idées (travail en petits groupes, jeux de rôle, mises en situation, format présentiel ou demi-journée de formation), traduisant un intérêt des internes pour des modalités interactives. Cependant, ces propositions n'ont pas été retenues parmi les items les plus fortement priorisés au stade du classement final. À l'inverse, les propositions arrivées en tête concernaient majoritairement des contenus directement mobilisables en consultation : recommandations officielles, outils de dépistage, conseils pratiques, messages clés ou conduite à tenir.

2.1 Propositions relatives aux connaissances théoriques sur l'exposition aux écrans

Les propositions relevant des connaissances théoriques traduisent un besoin important de consolidation des savoirs fondamentaux sur l'exposition aux écrans chez l'enfant de 0 à 6 ans. Elles concernent principalement trois dimensions complémentaires : les conséquences de l'exposition aux écrans, les données scientifiques disponibles et les recommandations officielles.

La proposition la plus fortement priorisée concerne la connaissance des recommandations officielles (n°22), ce qui constitue un résultat particulièrement significatif. Cette hiérarchisation suggère que les internes attendent avant tout des repères clairs, fiables et facilement applicables en consultation. Cela peut être interprété comme le reflet d'une difficulté à s'approprier des recommandations multiples, parfois perçues comme dispersées entre différentes institutions (santé publique, sociétés savantes, recommandations internationales). Ce besoin de repères apparaît d'autant plus important que la thématique des écrans chez l'enfant est caractérisée par une évolution rapide des données scientifiques et une médiatisation importante, parfois contradictoire. Dans ce contexte, le médecin généraliste peut se sentir en difficulté pour délivrer des conseils simples et nuancés aux familles.

La deuxième dimension concerne les effets de l'exposition aux écrans sur le développement de l'enfant (n°5). La forte priorité accordée à cet item traduit une préoccupation centrale des internes vis-à-vis des conséquences potentielles sur le développement neurocognitif, le

langage, le sommeil ou encore le comportement. Comme vu en introduction, cette préoccupation est cohérente avec la littérature récente qui met en évidence des associations entre exposition précoce aux écrans et différents indicateurs de développement, même si les niveaux de preuve restent hétérogènes.

La troisième dimension concerne la connaissance des données scientifiques (n°11). Ce résultat met en évidence une attente de sécurisation des connaissances par des preuves scientifiques robustes. Il traduit également une volonté d'adopter une démarche de médecine fondée sur les preuves dans un domaine où les messages de santé publique sont parfois perçus comme simplifiés.

De manière globale, cette catégorie montre que les internes ne souhaitent pas uniquement des connaissances théoriques "déclaratives", mais également des repères leur permettant d'argumenter leurs conseils auprès des familles. L'objectif semble être de disposer de bases suffisamment solides pour expliquer, justifier et adapter leurs conseils aux différentes situations rencontrées en consultation.

2.2 Propositions relatives aux outils pratiques pour la consultation

Les propositions de cette catégorie mettent en évidence une attente forte de mise en application concrète des connaissances dans la pratique quotidienne de médecine générale. Elles concernent principalement la disponibilité d'outils de dépistage, de messages clés et de supports synthétiques utilisables en consultation.

La proposition relative aux outils de dépistage et d'évaluation (n°7) traduit une volonté de structurer l'approche clinique de la problématique des écrans. Elle suggère que les internes ne se sentent pas toujours suffisamment outillés pour objectiver l'exposition ou évaluer son retentissement. Cela reflète une difficulté fréquente en médecine générale : l'intégration des dimensions comportementales en consultation.

La forte priorité accordée aux messages clés et chiffres impactants (n°14) est particulièrement intéressante. Elle reflète la nécessité de disposer d'éléments simples, synthétiques et facilement transmissibles aux familles. Ce résultat est cohérent avec les contraintes de temps en consultation de médecine générale, où la communication doit être rapide, claire et efficace. Il

suggère également que les internes anticipent la difficulté d'aborder un sujet complexe sans support structuré.

Les supports mémo synthétiques (n°15) complètent cette logique en traduisant un besoin de repères immédiats mobilisables en consultation. Ce type de support permettrait de réduire la charge mentale du médecin, tout en améliorant l'homogénéité des messages délivrés.

Dans l'ensemble, cette catégorie met en évidence un décalage entre les connaissances théoriques disponibles et leur transposition en pratique clinique. Les internes identifient clairement la nécessité de supports standardisés pour faciliter l'intégration du sujet des écrans dans les consultations pédiatriques.

2.3 Propositions relatives à l'accompagnement des familles et à la prise en charge

Les propositions de cette catégorie reflètent une attente centrée sur la dimension relationnelle, éducative et thérapeutique de la prise en charge des familles.

La proposition relative aux conseils pratiques pour réduire le temps d'écran (n°4) est l'une des plus fortement priorisées de l'ensemble du groupe nominal. Elle traduit une demande explicite d'outils concrets, applicables immédiatement en consultation, et adaptés aux réalités familiales. Ce résultat souligne l'importance du rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement des comportements de santé, au-delà de la simple transmission d'informations.

La proposition concernant les activités alternatives aux écrans (n°3) complète cette approche en soulignant la nécessité de proposer des solutions de substitution. Ce point est particulièrement important car la réduction des écrans sans alternative identifiée est souvent peu efficace dans les familles. Cela montre que les internes perçoivent la prévention comme un processus centré sur des solutions concrètes et adaptées au quotidien des familles.

La prise en charge des troubles liés à la surexposition (n°12) révèle une préoccupation pour les situations plus complexes, nécessitant une approche clinique structurée. Les internes expriment ici un besoin de sécurisation de leur pratique face à des situations potentiellement ambiguës, notamment entre troubles développementaux primaires et conséquences d'une exposition excessive.

Enfin, la proposition relative à l'orientation vers les ressources spécialisées (n°37) met en évidence l'importance de la coordination des soins. Elle traduit une conscience du caractère pluridisciplinaire de la prise en charge, impliquant potentiellement pédiatres, psychologues, orthophonistes ou structures spécialisées.

Dans leur ensemble, ces résultats montrent que les internes conçoivent leur rôle non seulement comme prescripteurs de recommandations, mais également comme accompagnateurs du changement comportemental au sein des familles.

L'analyse globale des trois catégories met en évidence une organisation cohérente des attentes des internes autour de trois niveaux complémentaires : un niveau cognitif (connaissances théoriques), un niveau opérationnel (outils de consultation), et un niveau interactionnel (accompagnement des familles). Cette structuration suggère que la formation attendue ne doit pas être uniquement théorique, mais que les internes attendent également des contenus et des outils directement mobilisables en consultation.

3 Discussion de la littérature

À notre connaissance, il s'agit du premier travail portant sur les attentes de formation des internes concernant l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans utilisant le groupe nominal comme méthode de consensus. Il existe d'autres méthodes de recherche de consensus utilisées en santé publique et en pédagogie médicale, notamment la méthode Delphi dont la validité est considérée comme comparable (97). Nos résultats apparaissent globalement cohérents avec ceux du travail du Dr Boulanger utilisant une méthode Delphi pour concevoir un référentiel de compétences destiné à améliorer la formation des internes de médecine générale à la prévention de l'exposition des enfants aux écrans (100). Plusieurs compétences identifiées comme prioritaires dans ce référentiel rejoignent directement les attentes exprimées par les internes dans notre étude : connaissance des recommandations officielles, capacité à repérer les situations à risque, conseils pratiques aux familles, utilisation d'outils de consultation ou encore orientation vers des ressources adaptées. Cette convergence suggère que les attentes exprimées spontanément par les internes correspondent aux compétences considérées comme importantes par les experts impliqués dans l'élaboration du référentiel.

Les résultats de notre étude sont également concordants avec ceux de la thèse du Dr Porée-Cano, dont l'objectif principal était d'évaluer la nécessité d'intégrer le sujet de l'exposition aux

écrans chez les enfants dans la formation initiale des pédiatres et médecins généralistes et qui, dans le même temps, s'intéressait aux besoins de formation des internes concernant l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans (94). Dans ce travail, les internes plaçaient parmi leurs priorités les outils utiles en consultation pour accompagner les parents vers un usage raisonné des écrans, la reconnaissance des signes d'exposition excessive, les recommandations des sociétés savantes ainsi que les conséquences des écrans chez le jeune enfant. Ces différents éléments rejoignent directement plusieurs propositions consensuelles de notre groupe nominal, notamment les attentes concernant les recommandations officielles, les outils de dépistage, les conseils pratiques aux familles ou encore les effets des écrans sur le développement de l'enfant. Le Dr Porée-Cano soulignait également l'importance de former les internes à une communication adaptée avec les parents afin d'éviter une approche culpabilisante susceptible d'altérer la relation médecin-patient. Bien que cet item n'ait pas atteint le seuil de consensus dans notre étude, plusieurs propositions relatives à l'accompagnement parental et à la communication ont néanmoins émergé lors de la phase de génération des idées, ce qui confirme l'intérêt porté à cette dimension relationnelle. Par ailleurs, le Dr Porée-Cano rapportait que les rares enseignements existants abordaient principalement les conséquences de l'exposition aux écrans et les recommandations des sociétés savantes, mais insuffisamment les outils utiles en consultation, limitant ainsi leur applicabilité pratique auprès des familles. Nos résultats apparaissent cohérents avec ce constat, les propositions les plus fortement priorisées par les internes concernant majoritairement des outils directement mobilisables en consultation : outils de dépistage, messages clés, conseils pratiques ou supports synthétiques.

Nos résultats rejoignent également ceux de l'étude qualitative menée par le Dr Salenne auprès de médecins généralistes installés (93). Les médecins interrogés exprimaient notamment un besoin de preuves scientifiques validées, de recommandations claires, de messages clés à transmettre aux familles ainsi que d'outils pratiques utilisables en consultation. Ils évoquaient également l'intérêt de supports synthétiques tels que des fiches, prospectus ou affiches destinés aux patients. Ces attentes apparaissent très proches des propositions retenues dans notre étude, en particulier concernant les messages clés et chiffres impactants, les supports mémo synthétiques ou les outils de dépistage. Cette proximité des résultats suggère que certains besoins de formation persistent entre l'internat et l'exercice professionnel.

Plusieurs travaux ont déjà conduit à la création d'outils ou de supports pédagogiques sur cette thématique. Les Dr Chastel et De Rambures ont ainsi développé en 2020 un outil vidéo de formation destiné aux médecins généralistes, médecins de PMI et internes de médecine

générale (101) . De son côté, le Dr Freund a développé en 2022 une formation vidéo associée à une fiche synthétique à destination des médecins généralistes (102). Les contenus développés dans ces travaux rejoignent plusieurs attentes identifiées dans notre étude, notamment concernant les recommandations officielles, les conseils pratiques aux familles ou les supports synthétiques utilisables en consultation. Nos résultats permettent toutefois de préciser et de hiérarchiser les attentes exprimées par les internes de médecine générale concernant les contenus jugés prioritaires dans une future formation.

Enfin, notre travail présente l'intérêt de s'intéresser spécifiquement aux attentes d'internes de médecine générale dans le cadre de leur formation initiale. Alors que plusieurs travaux ont déjà évalué l'intérêt d'intégrer cette thématique aux études médicales ou développé des outils de formation, peu de données concernaient jusqu'à présent les contenus et ressources considérés comme prioritaires par les internes eux-mêmes. L'identification de ces attentes pourrait contribuer à orienter le développement de formations davantage adaptées aux besoins perçus en pratique clinique.

4 Perspectives

Les résultats de cette étude pourraient contribuer au développement ou à l'adaptation de formations destinées aux internes de médecine générale concernant l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans. Les attentes exprimées par les participants mettent en évidence l'importance d'associer des connaissances théoriques actualisées à des outils pratiques directement mobilisables en consultation. Dans cette perspective, il pourrait être intéressant de poursuivre ce travail par l'évaluation de l'impact d'une telle formation sur les connaissances, le sentiment d'aisance ou les pratiques des internes afin d'apprécier sa pertinence pédagogique.

Ces résultats pourraient également participer à l'élaboration de supports pédagogiques standardisés utilisables en médecine générale, tels que des fiches synthétiques, outils de dépistage, messages clés ou ressources d'accompagnement parental. L'intégration de tels outils dans la pratique quotidienne pourrait faciliter l'abord de cette thématique en consultation et favoriser l'homogénéisation des pratiques.

Enfin, la réalisation d'études multicentriques incluant des internes issus de plusieurs facultés de médecine permettrait de confirmer la reproductibilité des résultats observés et d'explorer d'éventuelles variations des attentes selon les contextes de formation.

Conclusion

Ce travail avait pour objectif d'explorer les attentes des internes de médecine générale de Lille concernant une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans, à l'aide de la technique du groupe nominal. Cette méthode de recherche de consensus a permis de faire émerger et de hiérarchiser un ensemble de propositions reflétant leurs besoins perçus en situation de formation.

Les résultats mettent en évidence 10 propositions consensuelles, organisées autour de trois axes complémentaires. Le premier concerne les connaissances théoriques attendues, notamment les recommandations officielles, les effets de l'exposition aux écrans sur le développement de l'enfant et les données scientifiques disponibles. Le deuxième axe porte sur les outils pratiques mobilisables en consultation, tels que les outils de dépistage et d'évaluation, les messages clés, les chiffres impactants et les supports synthétiques. Le troisième axe concerne l'accompagnement des familles, avec une demande forte de conseils pratiques, d'activités alternatives aux écrans, de stratégies de prise en charge et de ressources d'orientation.

L'analyse montre que les propositions les plus fortement consensuelles concernent des éléments directement applicables en consultation, traduisant une attente d'opérationnalisation des connaissances plutôt que de simples apports théoriques. Ces résultats suggèrent ainsi que les internes attendent une formation structurée, associant savoirs scientifiques actualisés et outils concrets d'aide à la pratique.

Ils soulignent également l'importance de renforcer la dimension pratique des enseignements sur ce thème en médecine générale, notamment par la mise à disposition de supports standardisés facilement utilisables en consultation afin de faciliter leur intégration dans la pratique quotidienne.

Enfin, cette étude présente certaines limites, notamment son caractère monocentrique et la taille limitée de l'échantillon, ce qui restreint la généralisation des résultats. Elle met néanmoins en évidence des pistes concrètes pour adapter les contenus pédagogiques aux besoins des internes de médecine générale.

Références bibliographiques

1. HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Rapport de l'HCSP [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; déc 2019 [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=759>
2. Baromètre du numérique - édition 2026 | Arcom [Internet]. [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.arcom.fr/se-documenter/etudes-et-donnees/etudes-bilans-et-rapports-de-larcom/barometre-du-numerique-edition-2026>
3. Sensio E. Médiamétrie - L'Année TV / Vidéo 2025 [Internet]. [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.mediametrie.fr/fr/lannee-tv-video-2025>
4. Sensio E. Médiamétrie - L'Année Internet 2025 [Internet]. [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.mediametrie.fr/fr/lannee-internet-2025>
5. Diter K, Octobre S. Enfants et écrans durant les six premières années de la vie à travers le suivi de la cohorte Elfe. *Cult Études*. 2022;7(7):1-40. doi:10.3917/cule.227.0001
6. Découvrez les premiers résultats de l'étude Nutri-Bébé 2022 – Aliments de l'enfance [Internet]. [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.alimentsenfance.fr/decouvrez-les-premiers-resultats-de-letude-nutri-bebe-2022/#>
7. Malgré un temps croissant passé sur les écrans, les jeunes lisent toujours autant ! | Ipsos [Internet]. 2022 [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/malgre-un-temps-croissant-passe-sur-les-ecrans-les-jeunes-lisent-toujours-autant>
8. SPF. Temps d'écran des enfants de 3-11 ans scolarisés en maternelle et élémentaire en France hexagonale en 2022 : premiers résultats de l'étude Enabee [Internet]. [cité 29 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/temps-d-ecran-des-enfants-de-3-11-ans-scolarises-en-maternelle-et-elementaire-en-france-hexagonale-en-2022-premiers-resultats-de-l-etude-enabee>
9. Helm AF, Spencer RMC. Television use and its effects on sleep in early childhood. *Sleep Health*. 1 juin 2019;5(3):241-7. doi:10.1016/j.sleh.2019.02.009
10. Przybylski AK. Digital Screen Time and Pediatric Sleep: Evidence from a Preregistered Cohort Study. *J Pediatr*. 1 févr 2019;205:218-223.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2018.09.054
11. Cain N, Gradisar M. Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep Med*. 1 sept 2010;11(8):735-42. doi:10.1016/j.sleep.2010.02.006
12. Calamaro CJ, Yang K, Ratcliffe S, Chasens ER. Wired at a Young Age: The Effect of Caffeine and Technology on Sleep Duration and Body Mass Index in School-Aged Children. *J Pediatr Health Care*. 1 juill 2012;26(4):276-82. doi:10.1016/j.pedhc.2010.12.002
13. Foley LS, Maddison R, Jiang Y, Marsh S, Olds T, Ridley K. Presleep Activities and Time of Sleep Onset in Children. *Pediatrics*. 1 févr 2013;131(2):276-82. doi:10.1542/peds.2012-1651
14. Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Redline S, Taveras EM. Television Viewing, Bedroom Television, and Sleep Duration From Infancy to Mid-Childhood. *Pediatrics*. 1 mai 2014;133(5):e1163-71. doi:10.1542/peds.2013-3998

15. Brockmann PE, Diaz B, Damiani F, Villarroel L, Núñez F, Bruni O. Impact of television on the quality of sleep in preschool children. *Sleep Med.* 1 avr 2016;20:140-4. doi:10.1016/j.sleep.2015.06.005
16. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Harrington A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 23 août 2013;10:102. doi:10.1186/1479-5868-10-102 PubMed PMID: 23967799; PubMed Central PMCID: PMC3844496.
17. Zhang G, Wu L, Zhou L, Lu W, Mao C. Television watching and risk of childhood obesity: a meta-analysis. *Eur J Public Health.* 1 févr 2016;26(1):13-8. doi:10.1093/eurpub/ckv213
18. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 21 sept 2011;8(1):98. doi:10.1186/1479-5868-8-98
19. LeBlanc AG, Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Chaput JP, Church TS, et al. Correlates of Total Sedentary Time and Screen Time in 9–11 Year-Old Children around the World: The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment. *PLoS ONE.* 11 juin 2015;10(6):e0129622. doi:10.1371/journal.pone.0129622 PubMed PMID: 26068231; PubMed Central PMCID: PMC4465981.
20. (PDF) Usages des écrans, surpoids et obésité. ResearchGate. doi:10.3166/obe-2019-0074
21. (PDF) Associations between food and beverage consumption and different types of sedentary behaviours in European preschoolers: the ToyBox-study. ResearchGate. doi:10.1007/s00394-016-1236-7
22. Pearson N, Biddle SJH. Sedentary Behavior and Dietary Intake in Children, Adolescents, and Adults: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 1 août 2011;41(2):178-88. doi:10.1016/j.amepre.2011.05.002
23. FitzPatrick E, Edmunds LS, Dennison BA. Positive Effects of Family Dinner Are Undone by Television Viewing. *J Am Diet Assoc.* 1 avr 2007;107(4):666-71. doi:10.1016/j.jada.2007.01.014
24. (PDF) Relationships Between Use of Television During Meals and Children's Food Consumption Patterns. ResearchGate. doi:10.1542/peds.107.1.e7
25. Kozeis N. Impact of computer use on children's vision. *Hippokratia.* 2009;13(4):230-1. PubMed PMID: 20011087; PubMed Central PMCID: PMC2776336.
26. Moon JH, Kim KW, Moon NJ. Smartphone use is a risk factor for pediatric dry eye disease according to region and age: a case control study. *BMC Ophthalmol.* 28 oct 2016;16:188. doi:10.1186/s12886-016-0364-4 PubMed PMID: 27788672; PubMed Central PMCID: PMC5084437.
27. Sheppard AL, Wolffsohn JS. Digital eye strain: prevalence, measurement and amelioration. *BMJ Open Ophthalmol.* 16 avr 2018;3(1):e000146. doi:10.1136/bmjophth-2018-000146 PubMed PMID: 29963645; PubMed Central PMCID: PMC6020759.
28. Ha A, Lee YJ, Lee M, Shim SR, Kim YK. Digital Screen Time and Myopia. *JAMA Netw Open.* 21 févr 2025;8(2):e2460026. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.60026 PubMed PMID: 39982728; PubMed Central PMCID: PMC11846013.

29. Association between digital smart device use and myopia: a systematic review and meta-analysis - ScienceDirect [Internet]. [cité 12 avr 2026]. Disponible sur: [https://www-sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S2589750021001357](https://www.sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S2589750021001357)
30. Jones-Jordan LA, Sinnott LT, Cotter SA, Kleinstein RN, Manny RE, Mutti DO, et al. Time Outdoors, Visual Activity, and Myopia Progression in Juvenile-Onset Myopes. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. oct 2012;53(11):7169-75. doi:10.1167/iovs.11-8336 PubMed PMID: 22977132; PubMed Central PMCID: PMC3474591.
31. Mei Z, Zhang Y, Jiang W, Lam C, Luo S, Cai C, et al. Efficacy of outdoor interventions for myopia in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Public Health*. 13 août 2024;12:1452567. doi:10.3389/fpubh.2024.1452567 PubMed PMID: 39193200; PubMed Central PMCID: PMC11347293.
32. Avis du CES « Evaluation des risques liés aux agents physiques, aux nouvelles technologies et aux grands aménagements » | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 12 avr 2026]. Disponible sur: https://www.anses.fr/fr/content/avis-du-ces-evaluation-des-risques-lies-aux-agent-physiques-aux-nouvelles-technologies-et?field_title_value=led&sort_by=created
33. Haarman AEG, Enthoven CA, Tideman JWL, Tedja MS, Verhoeven VJM, Klaver CCW. The Complications of Myopia: A Review and Meta-Analysis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 29 avr 2020;61(4):49. doi:10.1167/iovs.61.4.49 PubMed PMID: 32347918; PubMed Central PMCID: PMC7401976.
34. Artigas JM, Felipe A, Navea A, Fandiño A, Artigas C. Spectral Transmission of the Human Crystalline Lens in Adult and Elderly Persons: Color and Total Transmission of Visible Light. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 25 juin 2012;53(7):4076-84. doi:10.1167/iovs.12-9471
35. Jaadane I, Boulenguez P, Chahory S, Carré S, Savoldelli M, Jonet L, et al. Retinal damage induced by commercial light emitting diodes (LEDs). *Free Radic Biol Med*. 1 juill 2015;84:373-84. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2015.03.034
36. Braune-Krickau K, Schneebeli L, Pehlke-Milde J, Gemperle M, Koch R, von Wyl A. Smartphones in the nursery: Parental smartphone use and parental sensitivity and responsiveness within parent-child interaction in early childhood (0-5 years): A scoping review. *Infant Ment Health J*. 2021;42(2):161-75. doi:10.1002/imhj.21908 PubMed PMID: 33452702; PubMed Central PMCID: PMC8048888.
37. Kostyrka-Allchorne K, Cooper NR, Simpson A. The relationship between television exposure and children's cognition and behaviour: A systematic review. *Dev Rev*. 1 juin 2017;44:19-58. doi:10.1016/j.dr.2016.12.002
38. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association Between Screen Time and Children's Performance on a Developmental Screening Test. *JAMA Pediatr*. mars 2019;173(3):244-50. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.5056 PubMed PMID: 30688984; PubMed Central PMCID: PMC6439882.

39. 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. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024;65(5):680-93. doi:10.1111/jcpp.13887
40. Poncet L, Saïd M, Yang S, Müller-Riemenschneider F, Berticat C, Raymond M, et al. Associations between screen viewing at 2 and 3.5 years and drawing ability at 3.5 years among children from the French nationwide Elfe birth cohort. *Sci Rep*. 3 janv 2024;14:348. doi:10.1038/s41598-023-50767-0 PubMed PMID: 38172606; PubMed Central PMCID: PMC10764867.
41. Associations Between Preschooler Screen Time Trajectories and Executive Function - ScienceDirect [Internet]. [cité 18 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1876285924005485>
42. (PDF) The Association between Screen Time and Attention in Children: A Systematic Review. ResearchGate [Internet]. [cité 18 avr 2026]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/360011780_The_Association_between_Screen_Time_and_Attention_in_Children_A_Systematic_Review
43. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between Media Viewing and Language Development in Children Under Age 2 Years. *J Pediatr*. 1 oct 2007;151(4):364-8. doi:10.1016/j.jpeds.2007.04.071
44. (PDF) Associations Between Content Types of Early Media Exposure and Subsequent Attentional Problems. ResearchGate. doi:10.1542/peds.2006-3322
45. Sadeh A, De Marcas G, Guri Y, Berger A, Tikotzky L, Bar-Haim Y. Infant Sleep Predicts Attention Regulation and Behavior Problems at 3–4 Years of Age. *Dev Neuropsychol*. 3 avr 2015;40(3):122-37. doi:10.1080/87565641.2014.973498
46. Zack E, Barr R, Gerhardstein P, Dickerson K, Meltzoff AN. Infant Imitation from Television Using Novel Touch-screen Technology. *Br J Dev Psychol*. mars 2009;27(Pt 1):13. doi:10.1348/026151008x334700 PubMed PMID: 19972660; PubMed Central PMCID: PMC2821208.
47. Sanders T, Noetel M, Parker P, Del Pozo Cruz B, Biddle S, Ronto R, et al. An umbrella review of the benefits and risks associated with youths' interactions with electronic screens. *Nat Hum Behav*. janv 2024;8(1):82-99. doi:10.1038/s41562-023-01712-8 PubMed PMID: 37957284.
48. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0–4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*. août 2012;37(4):753-72. doi:10.1139/h2012-063
49. Barr R. Transfer of learning between 2D and 3D sources during infancy: Informing theory and practice. *Dev Rev DR*. 1 juin 2010;30(2):128-54. doi:10.1016/j.dr.2010.03.001 PubMed PMID: 20563302; PubMed Central PMCID: PMC2885850.
50. Strouse GA, Troseth GL, O'Doherty KD, Saylor MM. Co-Viewing Supports Toddlers' Word Learning from Contingent and Non-Contingent Video. *J Exp Child Psychol*. févr 2018;166:310-26. doi:10.1016/j.jecp.2017.09.005 PubMed PMID: 28992611; PubMed Central PMCID: PMC5777334.

51. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations Between Screen Use and Child Language Skills. *JAMA Pediatr.* juill 2020;174(7):1-11. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.0327 PubMed PMID: 32202633; PubMed Central PMCID: PMC7091394.
52. Massaroni V, Delle Donne V, Marra C, Arcangeli V, Chieffo DPR. The Relationship between Language and Technology: How Screen Time Affects Language Development in Early Life—A Systematic Review. *Brain Sci.* janv 2024;14(1):27. doi:10.3390/brainsci14010027
53. Collet M, Gagnière B, Rousseau C, Chapron A, Fiquet L, Certain C. Case–control study found that primary language disorders were associated with screen exposure. *Acta Paediatr.* juin 2019;108(6):1103-9. doi:10.1111/apa.14639
54. Martinot P, Bernard JY, Peyre H, De Agostini M, Forhan A, Charles MA, et al. Exposure to screens and children’s language development in the EDEN mother–child cohort. *Sci Rep.* 8 juin 2021;11(1):11863. doi:10.1038/s41598-021-90867-3
55. Guglielminetti C, Chausse C, Abdellaoui-Daoudi A. Écrans, quel impact sur le développement moteur de l’enfant ? *Revue de la littérature. Kinésithérapie Rev.* 1 avr 2022;22(244):13-20. doi:10.1016/j.kine.2021.07.007
56. Dadson P, Brown T, Stagnitti K. Relationship between screen-time and hand function, play and sensory processing in children without disabilities aged 4–7 years: A exploratory study. *Aust Occup Ther J.* 2020;67(4):297-308. doi:10.1111/1440-1630.12650
57. Karakaya Suzan O, Elmast S, Çoban O, Cinar N, Karataş H. The effect of screen exposure on psychosocial status in children aged 1–3 years. *Arch Psychiatr Nurs.* 1 févr 2026;60:152038. doi:10.1016/j.apnu.2025.152038
58. Pagani LS, Lévesque-Seck F, Fitzpatrick C. Prospective associations between televiewing at toddlerhood and later self-reported social impairment at middle school in a Canadian longitudinal cohort born in 1997/1998. *Psychol Med.* déc 2016;46(16):3329-37. doi:10.1017/S0033291716001689 PubMed PMID: 27618949.
59. (PDF) The Influence of Media Violence on Youth. ResearchGate [Internet]. [cité 19 avr 2026]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/251857630_The_Influence_of_Media_Violence_on_Youth
60. Ra CK, Cho J, Stone MD, De La Cerda J, Goldenson NI, Moroney E, et al. Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents. *JAMA.* 17 juill 2018;320(3):255-63. doi:10.1001/jama.2018.8931 PubMed PMID: 30027248; PubMed Central PMCID: PMC6553065.
61. Foster EM, Watkins S. The Value of Reanalysis: TV Viewing and Attention Problems. *Child Dev.* 2010;81(1):368-75. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01400.x
62. Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2 oct 2018;115(40):9875-81. doi:10.1073/pnas.1611611114 PubMed PMID: 30275318; PubMed Central PMCID: PMC6176582.

63. Nikkelen SWC, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Dev Psychol.* sept 2014;50(9):2228-41. doi:10.1037/a0037318
64. Public Health England. How healthy behaviour supports children's wellbeing. août 2013.
65. Przybylski AK, Weinstein N. Digital Screen Time Limits and Young Children's Psychological Well-Being: Evidence From a Population-Based Study. *Child Dev.* 2019;90(1):e56-65. doi:10.1111/cdev.13007
66. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Prev Med Rep.* 1 déc 2018;12:271-83. doi:10.1016/j.pmedr.2018.10.003
67. Mallawaarachchi S, Burley J, Mavilidi M, Howard SJ, Straker L, Kervin L, et al. Early Childhood Screen Use Contexts and Cognitive and Psychosocial Outcomes. *JAMA Pediatr.* oct 2024;178(10):1017-26. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.2620 PubMed PMID: 39102255; PubMed Central PMCID: PMC12527480.
68. Hinkley T, Verbestel V, Ahrens W, Lissner L, Molnár D, Moreno LA, et al. Early Childhood Electronic Media Use as a Predictor of Poorer Well-being: A Prospective Cohort Study. *JAMA Pediatr.* 1 mai 2014;168(5):485-92. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.94
69. Moshel ML, Warburton WA, Batchelor J, Bennett JM, Ko KY. Neuropsychological Deficits in Disordered Screen Use Behaviours: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 1 sept 2024;34(3):791-822. doi:10.1007/s11065-023-09612-4
70. Problematic Digital Technology Use Measures in Children Aged 0 to 6 Years: Scoping Review. *JMIR Ment Health.* 1 janv 2025;12. doi:10.2196/59869
71. Domoff SE, Harrison K, Gearhardt AN, Gentile DA, Lumeng JC, Miller AL. Development and Validation of the Problematic Media Use Measure: A Parent Report Measure of Screen Media "Addiction" in Children. *Psychol Pop Media Cult.* janv 2019;8(1):2-11. doi:10.1037/ppm0000163 PubMed PMID: 30873299; PubMed Central PMCID: PMC6411079.
72. HCSP. Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans (seconde partie) : de l'usage excessif à la dépendance. Rapport de l'HCSP [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; mars 2021 [cité 20 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1074>
73. Desmurget M. TV lobotomie. J'ai Lu; 2013.
74. Les balises 3-6-9-12+ - 3-6-9-12+ [Internet]. [cité 20 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.3-6-9-12.org/les-balises-3-6-9-12/>
75. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 22 avr 2026]. L'importance de maîtriser le temps d'écran des enfants - Dossier. Disponible sur: <https://afpa.org/dossier/ecrans/>
76. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans - Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques | Académie des sciences [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.academie-sciences.fr/lenfant-ladolescent-la-famille-et-les-ecrans-appel-une-vigilance-raisonnee-sur-les-technologies>

77. 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*. 1 mars 2018;1(1):19-24. doi:10.1016/j.perped.2018.01.010
78. Campagne « enfants et écrans » 2025 : les conseils de l'Arcom pour protéger les plus jeunes | Arcom [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.arcom.fr/actualites/campagne-enfants-et-ecrans-2025-les-conseils-de-larcom-pour-protoger-les-plus-jeunes>
79. Exposition des enfants aux écrans Rapport au Président de la République | vie-publique.fr [Internet]. 2024 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/293978-exposition-des-enfants-aux-ecrans-rapport-au-president-de-la-republique>
80. HCSP. Actualisation du contenu du carnet de santé de l'enfant en vue de sa dématérialisation. Rapport de l'HCSP [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; mars 2022 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1203>
81. Promotion Santé [Internet]. [cité 26 avr 2026]. 40 ans de la charte d'Ottawa. Disponible sur: <https://www.promotion-sante-ara.org/40-ans-de-la-charte-dottawa-2/>
82. MG France - Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualites/publication/les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
83. Formation initiale - Département de Médecine [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: <https://ufr3s.univ-lille.fr/medecine/formation-initiale>
84. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 24 avr 2026]. EDN. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3076609/fr/edn
85. Collège National des Pédiatres Universitaires, Collège National Hospitalier et Universitaire de Chirurgie Pédiatrique CNHUCP, Benoist G, Bourrillon A, Delacourt C, Gajdos V, et al. *Pédiatrie*. 9ème édition. Elsevier Masson; 2023. (Les référenciels des Collèges).
86. Article R4127-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912872/2012-04-05#
87. Article 11 - Développement professionnel continu [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-11-developpement-professionnel-continu>
88. Se former tout au long de sa carrière [Internet]. [cité 24 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
89. Macé R. Le rôle du médecin généraliste dans la lutte contre la surexposition aux écrans des enfants. 11 déc 2020;56.
90. 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 [other]

- [Internet]. Université de Lorraine; 2019 [cité 26 avr 2026]. p. NNT : 2019LORR1106. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298552>
91. Fouilland C, Michon C. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'Isère et de Savoie sur la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans, et pistes pour l'amélioration des pratiques. 6 juill 2018;290.
 92. François HT. Place du médecin généraliste dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les enfants de moins de trois ans en Lorraine : étude épidémiologique interrogeant 114 médecins généralistes installés en Lorraine [other] [Internet]. Université de Lorraine; 2019 [cité 26 avr 2026]. p. NNT : 2019LORR1231. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298571>
 93. Salenne P. Comment les médecins généralistes abordent-ils les effets néfastes de l'exposition prolongée aux écrans chez les enfants de moins de 6 ans : étude qualitative auprès des médecins généralistes Havrais. 16 janv 2020;74.
 94. Cano SP. Prévention de la surexposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans : évaluation de l'intérêt d'intégrer ce sujet au programme de formation initiale des médecins généralistes et des pédiatres en France. 12 mai 2021;130.
 95. Avagov L. Exposition aux écrans dans la population pédiatrique âgée de moins de 12 ans : étude des pratiques de prévention chez les internes de médecine générale en France [Internet]. Université Angers; 2021 [cité 26 avr 2026]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune14484>
 96. Proposition de loi, n° 757 [Internet]. [cité 2 avr 2026]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0757_proposition-loi
 97. 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. doi:10.1016/j.respe.2008.09.006 PubMed PMID: 19013039; PubMed Central PMCID: PMC3838316.
 98. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health. mars 1972;62(3):337-42. doi:10.2105/ajph.62.3.337 PubMed PMID: 5011164; PubMed Central PMCID: PMC1530096.
 99. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 8 mai 2026]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/337
 100. Boulanger J. Comment mieux former les internes de médecine générale à la prévention de l'exposition des enfants aux écrans ? Conception d'un référentiel de compétences. 18 juin 2025;90.
 101. Chastel A, De Rambure MD. L'enfant et les écrans : prévenir, dépister et accompagner. Création d'un outil vidéo de formation pour les médecins généralistes, médecins de PMI et internes de médecine générale. 2020.
 102. Freund V. Prévention de la surexposition aux écrans des enfants de 0 à 12 ans : développement et évaluation de l'impact d'une formation vidéo et d'une fiche synthèse auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. 1 févr 2022;82.

Annexes

Annexe 1 : note d'information distribuée aux participants du groupe nominal pour fournir les explications et recueillir le consentement ainsi que les votes.

NOTE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la thèse : Attentes des internes de médecine générale de la faculté de Lille quant à une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans : étude qualitative par groupe nominal.

Investigateur : Elise Debuire, interne de médecine générale, Faculté de médecine de Lille

Directeur de thèse : Dr Jean-Yves Grosbety

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude visant à explorer les attentes des internes de médecine générale concernant une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans.

Cette étude repose sur la méthode du groupe nominal, permettant de recueillir et de hiérarchiser les propositions des participants autour de la question suivante :

« Quelles sont vos attentes concernant une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans ? »

Les informations recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de ce travail de thèse. Les données seront traitées de manière anonyme et confidentielle, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Aucun élément permettant d'identifier les participants ne sera mentionné dans la thèse ou dans une éventuelle publication.

La participation à cette étude est libre et volontaire. Chaque participant peut refuser de participer ou se retirer à tout moment sans justification.

Pour toute question concernant cette étude, vous pouvez contacter :
Elise Debuire – elise.debuire.etu@univ-lille.fr

CONSENTEMENT

Je soussigné(e) (Nom / Prénom) :
déclare avoir pris connaissance de la note d'information ci-dessus et accepte de participer à l'étude intitulée :

« Attentes des internes de médecine générale de la faculté de Lille quant à une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans : étude qualitative par groupe nominal ».

Fait à :

Le :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

« Quelles sont vos attentes concernant une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans ? »

Nombre de points attribués	Numéro de la proposition
10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

Annexe 2 : Détail des votes pas interne pour chaque proposition

	Int 1	Int 2	Int 3	Int 4	Int 5	Int 6	Int 7	Int 8	Int 9	Int 10	Int 11	Int 12
1					1							
2	6						4			2		
3		3		3			10	4	3		5	
4		7	3	4	4		9			9		4
5		9	10		10		8	7				6
6										6	9	
7			2		9		2	5	5	4	7	
8	5	8	7						2			5
9				10						10		
10		6		2	2							
11	1					10	6				8	10
12			8		5	3		9			6	
13			5			1					4	
14	3	10		9			7	6	1	8		8
15				8	6	4			4			9
16			4								3	
17				7								
18						2						
19												3
20					3			8	10			
21		4	1	1		5	5					
22		5	9			9	3	10	9	3	10	7
23												
24		1			7							
25												
26	4							2			1	
27	9		6			6				1	2	
28				6			1					
29		2						1				
30	8					8			7	5		
31												
32												
33												
34												2
35	7			5					6			
36	2					7						
37	10				8			3	8	7		1

AUTEURE : Nom : DEBUIRE

Prénom : Elise

Date de soutenance : 30 juin 2026

Titre de la thèse : Attentes des internes de médecine générale de la faculté de Lille quant à une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans : étude qualitative par groupe nominal

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine générale – Pédagogie médicale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : exposition aux écrans – enfants de 0 à 6 ans - internes - médecine générale – formation

Contexte : L'exposition aux écrans chez les jeunes enfants a fortement augmenté au cours des dernières années, suscitant des préoccupations concernant ses effets potentiels sur le développement cognitif, langagier, comportemental et social. Le médecin généraliste, principal acteur du suivi pédiatrique en France, occupe une place privilégiée dans la prévention de cette exposition. Cependant, plusieurs études montrent que cette thématique reste insuffisamment abordée au cours de la formation médicale initiale et que les internes expriment un besoin important de formation.

Objectif : Explorer les attentes des internes de médecine générale concernant une formation dédiée à l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans afin d'identifier les contenus pédagogiques jugés prioritaires.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative utilisant la technique du groupe nominal a été réalisée auprès de 12 internes de médecine générale en cinquième semestre de la faculté de médecine de Lille. À partir de la question « Quelles sont vos attentes concernant une formation sur l'exposition aux écrans chez les enfants de 0 à 6 ans ? », les participants ont généré, discuté et hiérarchisé leurs propositions. Chaque item a ensuite été coté selon un système de vote permettant d'établir un classement par priorité et par popularité.

Résultats : Trente-sept propositions ont été recueillies. Dix ont été retenues comme consensuelles après analyse des scores. Elles s'articulaient autour de trois axes principaux. Le premier concernait les connaissances théoriques, notamment les recommandations officielles, les effets des écrans sur le développement de l'enfant et les données scientifiques disponibles. Le deuxième portait sur les outils pratiques utilisables en consultation : outils de dépistage et d'évaluation, messages clés, chiffres impactants et supports mémo synthétiques. Le troisième concernait l'accompagnement des familles, avec une demande de conseils pratiques pour réduire le temps d'écran, d'activités alternatives, de stratégies de prise en charge des troubles liés à la surexposition et de ressources vers lesquelles orienter les enfants concernés. Les attentes les plus fortement priorisées concernaient la connaissance des recommandations officielles, les messages clés utilisables en consultation et les conseils pratiques destinés aux familles.

Conclusion : Les internes de médecine générale expriment une attente forte pour une formation associant connaissances scientifiques actualisées et outils directement mobilisables en consultation. Ces résultats soulignent l'intérêt de développer des enseignements davantage centrés sur les situations rencontrées en pratique afin de renforcer la prévention de l'exposition aux écrans chez les jeunes enfants.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Yves GROSBETY