

L'impact des écrans sur l'obésité chez l'enfant âgé de 2 à 8 ans en Franche-Comté

Pauline Obérlé

▶ **To cite this version:**

Pauline Obérlé. L'impact des écrans sur l'obésité chez l'enfant âgé de 2 à 8 ans en Franche-Comté. Médecine humaine et pathologie. 2026. ⟨dumas-05825597⟩

HAL Id: dumas-05825597

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05825597v1

Submitted on 20 Oct 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

ANNEE 2026 - N°26-119

L'impact des écrans sur l'obésité chez l'enfant âgé de 2 à 8 ans en Franche-Comté

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le 8 octobre 2026 à 9 h 00
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pauline OBERLÉ

Né(e) le 9 mai 1997 à Montbéliard (*Doubs*)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Pr LEPETZ Thierry	Professeur Universitaire Associé
Directeur de la thèse :	Dr BORGES Liliana	Médecin généraliste
Juges :	Dr PEREIRA Victor	Praticien hospitalier universitaire
	Dr PONCHON-GOUSSET Marie	Chef de Clinique de médecine générale

ANNEE 2026 - N°26-119

L'impact des écrans sur l'obésité chez l'enfant âgé de 2 à 8 ans en Franche-Comté

THÈSE

présentée et soutenue publiquement
le 8 octobre 2026 à 9 h 00
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pauline OBERLÉ

Né(e) le 9 mai 1997 à Montbéliard (*Doubs*)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Pr LEPETZ Thierry	Professeur Universitaire Associé
Directeur de la thèse :	Dr BORGES Liliana	Médecin généraliste
Juges :	Dr PEREIRA Victor	Praticien hospitalier universitaire
	Dr PONCHON-GOUSSET Marie	Chef de Clinique de médecine générale

DIRECTION

Directeur	Professeure	Marie-France	**SERONDE**
Directeur Adjoint/Doyen Pharmacie	Professeur	Lhassane	**ISMAILI**
Responsable des Services Administratifs	Madame	Carole	**COINTEAU**

DÉPARTEMENT MÉDECINE

Directeur des Etudes	Professeur	Guillaume	**BESCH**
Assesseur 1er cycle	Professeur	Quentin	**LEPILLER**
Assesseur 2ème cycle	Professeur	Yann	**CHAUSSY**
Assesseur 3ème cycle	Docteure	Elisabeth	**DE BUSTOS-MEDEIROS (MCU)**
Coordonnateur Pédagogique - Chirurgie	Professeur	Zaher	**LAKKIS**
Coordonnateur Pédagogique - Médecine Générale	Professeur	Benoît	**DINET (PAST)**

DÉPARTEMENT PHARMACIE

Doyen Pharmacie	Professeur	Lhassane	**ISMAILI**
Directrice des Etudes	Docteure	Céline	**BOUVIER-SLEKOVEC (MCU)**
Coordonnateurs Pédagogiques 3ème cycle	Professeur	Samuel	**LIMAT**
	Professeure	Virginie	**NERICH**

DÉPARTEMENT MAIEUTIQUE

Directrice Département	Madame	Marilia	**GIRAULT (Sage-Femme)**

DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE

Doyenne Odontologie	Docteure	Dina	**IANDOLO (MCU)**

DÉPARTEMENT SCIENCES DE LA RÉÉDUCATION

Directeur Département	Monsieur	Alexandre	**KUBICKI (MCF)**
Coordonnateurs Pédagogiques - Orthophonie			
Coordonnateur Pédagogique - Kinésithérapie	Monsieur	Yoshimasa	**SAGAWA (MCF)**
Coordonnatrice Pédagogique - Ergothérapie	Madame	Julie	**LAPREVOTTE (MAST)**
Coordonnatrice Pédagogique - Psychomotricité	Madame	Clémence	**VAILLIER (MAST)**
Coordonnateur Pédagogique - Orthoptie	Monsieur	Pierre-Louis	**BASSAND (MAST)**

DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIÈRES

Directrice Département	Madame	Aline	**CHASSAGNE (MCF)**
Coordonnateurs Pédagogiques - IPA	Docteur	Matthieu	**BEREAU (MCU)**
Coordonnateur Pédagogique - IBODE	Docteur	Yann	**CHAUSSY (MCU)**
Coordonnateur Pédagogique - IADE	Professeur	Guillaume	**BESCH**

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE ET DE SIMULATION

Assesseurs	Docteure	Eléonore	**BRUMPT (MCU)**

	Professeur	Kévin	**BOUILLER**

DEPARTEMENT MANIPULATEUR ELECTRO RADIOLOGIE MEDICALE

Coordonnateur Pédagogique - DE MERM	Professeur	Hatem	**BOULAHDOUR**
Formatrice - DE MERM	Madame	Justine	**LEGAIN (Formatrice)**

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

Assesseur Recherche-Présidente	Professeure	Katy	**JEANNOT**
	Professeur	Frédéric	**AUBER**
	Professeure	Francine	**GARNACHE-OTTOU**

RELATION AVEC L'UNIVERSITE

	Professeure	Virginie	**WESTEEL**

REPRESENTANTS DES PRATICIENS HOSPITALIERS

	Docteure	Karine	**BARDONNET**
	Docteur	Jean-Baptiste	**ANDREOLETTI**

CHARGES DE MISSION

Coordonnatrice - Relations Humaines de l'UFR	Professeure (Emérite)	Sylvie	**NEZELOF**
Coordonnateurs - Formation Continue	Docteure	Sylvie	**BOBILLIER-CHAUMONT (MCF)**
	Professeur	Laurent	**OBERT**
Coordonnateur - Histoire de la médecine	Professeur	Laurent	**TATU**
Coordonnateurs - Relations Internationales	Professeur	Frédéric	**GRENOUILLET**
	Docteur	Franck	**VERHOEVEN (MCU)**
	Docteur	Oleg	**BLAGOSKLONOV (MCU)**
	Docteure	Irène	**GALLAIS SEREZAL (MCU)**
Coordonnateur-USB ALUMNI	Professeur (Emérite)	Gilles	**CAPELLIER**
Président Honoraire-USB ALUMNI	Professeur (Emérite)	Benoît	**DE BILLY**

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

ONCOLOGIE	Monsieur	Olivier	**ADOTEVI**
CHIRURGIE INFANTILE	Monsieur	Frédéric	**AUBER**
DERMATOLOGIE	Monsieur	François	**AUBIN**
IMMUNOLOGIE	Monsieur	Jamal	**BAMOULID**
PNEUMOLOGIE	Madame	Cindy	**BARNIG**
PSYCHIATRIE ADULTES	Madame	Djamila	**BENNABI**
ANESTHESIE REANIMATION	Monsieur	Guillaume	**BESCH**
ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Monsieur	Frédéric	**BIBEAU**
NEURORADIOLOGIE & THERAPIE ENDOVASCULAIRE	Madame	Alessandra	**BIONDI**
ONCOLOGIE	Monsieur	Christophe	**BORG**
MALADIES INFECTIEUSES	Monsieur	Kevin	**BOUILLER**
MEDECINE NUCLEAIRE	Monsieur	Hatem	**BOULAHDOUR**
CANCÉROLOGIE, RADIOTHÉRAPIE	Madame	Jihane	**BOUSTANI**
MALADIES INFECTIEUSES	Madame	Catherine	**CHIROUZE**
CHIRURGIE THORACIQUE & CARDIAQUE	Madame	Sydney	**CHOCRON**
CARDIOLOGIE	Monsieur	Romain	**CHOPARD DIT JEAN**
NEPHROLOGIE	Madame	Cécile	**COURIVAUD**
CANCÉROLOGIE, RADIOTHÉRAPIE	Madame	Elsa	**CURTIT**
PHARMACOLOGIE	Monsieur	Siamak	**DAVANI**
HEMATOLOGIE	Monsieur	Eric	**DECONINCK**
RADIOLOGIE VISCERALE	Monsieur	Eric	**DELABROUSSE**
URGENCES SAMU	Monsieur	Thibaut	**DESMETTRE**
HEPATOLOGIE	Monsieur	Vincent	**DI MARTINO**
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Monsieur	Alexandre	**DOUSSOT**
NEPHROLOGIE	Monsieur	Didier	**DUCLOUX**
BIOCHIMIE	Monsieur	Jean-Paul	**FEUGEAS**
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	Monsieur	Patrick	**GARBUIO**
OPHTALMOLOGIE	Madame	Anne-Sophie	**GAUTHIER**
PSYCHIATRIE ADULTES	Monsieur	Emmanuel	**HAFFEN**
CHIRURGIE VISCERALE DIGESTIVE	Monsieur	Bruno	**HEYD**
HYGIENE HOSPITALIERE	Monsieur	Didier	**HOCQUET**
BACTERIOLOGIE	Madame	Katy	**JEANNOT**
PNEUMOLOGIE	Madame	Virginie	**KAULEK WESTEEL**
UROLOGIE	Monsieur	François	**KLEINCLAUSS**
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE	Monsieur	Paul	**KUENTZ**
CHIRURGIE DIGESTIVE	Monsieur	Zaher	**LAKKIS**
ANATOMIE - (CHIR ORTHOPEDIQUE)	Monsieur	Daniel	**LEPAGE**
VIROLOGIE	Monsieur	Quentin	**LEPILLER**
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Monsieur	Aurélien	**LOUVRIER**
NEUROLOGIE	Monsieur	Eloi	**MAGNIN**

MEDECINE INTERNE	Madame	Nadine	**MAGY-BERTRAND**
CENTRE METHODOLOGIE CLINIQUE ST-JACQUES	Monsieur	Frédéric	**MAUNY**
CARDIOLOGIE	Monsieur	Nicolas	**MENEVEAU**
CHIRURGIE MAXILLO FACIALE STOMATOLOGIE	Monsieur	Christophe	**MEYER**
MEDECINE PHYSIQUE READAPTATION	Monsieur	Fabrice	**MICHEL**
PARASITOLOGIE	Madame	Laurence	**MILLON**
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Monsieur	Nicolas	**MOTTET**
NEUROLOGIE	Monsieur	Thierry	**MOULIN**
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE	Monsieur	Laurent	**OBERT**
GENETIQUE	Madame	Juliette	**PIARD**
REANIMATION CHIRURGICALE	Monsieur	Sébastien	**PILI FLOURY**
REANIMATION MEDICALE	Monsieur	Gaël	**PITON**
RHUMATOLOGIE	Monsieur	Clément	**PRATI**
BIOLOGIE CELLULAIRE	Monsieur	Jean-Luc	**PRETET**
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Monsieur	Rajeev	**RAMANAH**
CHIRURGIE VASCULAIRE	Monsieur	Simon	**RINCKENBACH**
ANESTHESIE REANIMATION	Monsieur	Emmanuel	**SAMAIN**
CARDIOLOGIE	Madame	Marie-France	**SERONDE**
ANATOMIE	Monsieur	Laurent	**TATU**
O.R.L.	Monsieur	Laurent	**TAVERNIER**
HEPATOLOGIE	Monsieur	Thierry	**THEVENOT**
NEUROCHIRURGIE	Monsieur	Laurent	**THINES**
PEDIATRIE	Monsieur	Gérard	**THIRIEZ**
E.F.S.	Monsieur	Pierre	**TIBERGHIEN**
CIC-BT CHU ST-JACQUES	Monsieur	Eric	**TOUSSIROT**
PSYCHIATRIE ADULTES	Monsieur	Pierre	**VANDEL**
ANATOMIE	Monsieur	Fabrice	**VUILLIER**
GASTRO-ENTEROLOGIE	Madame	Lucine	**VUITTON**
PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Madame	Lauriane	**VULLIEZ COADY**

PROFESSEURS ÉMÉRITES

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Monsieur	Jean-Luc	**BRESSON**
MEDECINE INTENSIVE REANIMATION	Monsieur	Gilles	**CAPELLIER**
MEDECINE LEGALE	Monsieur	Jean-Luc	**CHOPARD**
NEUROCHIRURGIE	Monsieur	Alain	**CZORNY**
OPHTALMOLOGIE	Monsieur	Bernard	**DELBOSC**
PHYSIOLOGIE	Monsieur	Gilles	**DUMOULIN**
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE	Monsieur	Dominique	**FELLMANN**
CHIRURGIE GENERALE	Monsieur	Georges	**MANTION**
BIOLOGIE CELLULAIRE	Madame	Christiane	**MOUGIN**
PEDOPSYCHIATRIE	Madame	Sylvie	**NEZELOF**
ANATOMIE	Monsieur	Bernard	**PARRATTE**
BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE	Monsieur	Patrick	**PLESIAT**

PHYSIOLOGIE	Monsieur	Jacques	**REGNARD**
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Monsieur	Christophe	**ROUX**
PSYCHIATRIE D'ADULTES	Monsieur	Daniel	**SECHTER**
CARDIOLOGIE	Monsieur	François	**SCHIELE**
IMMUNOLOGIE	Madame	Dominique	**VUITTON**
RHUMATOLOGIE	Monsieur	Daniel	**WENDLING**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

B.D.R.	Madame	Clotilde	**AMIOT**
PARASITOLOGIE	Madame	Anne-Pauline	**BELLANGER**
NEUROLOGIE (THERAPEUTIQUE)	Monsieur	Matthieu	**BEREAU**
GENETIQUE	Madame	Oxana	**BLAGOSKLONOV**
ENDOCRINOLOGIE	Madame	Sophie	**BOROT**
PHYSIOLOGIE	Madame	Malika	**BOUHADDI**
ANATOMIE - IMAGERIE DIGESTIVE	Madame	Eléonore	**BRUMPT**
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Monsieur	Paul	**CALAME**
NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	Monsieur	Guillaume	**CHARBONNIER**
CHIRURGIE INFANTILE	Monsieur	Yann	**CHAUSSY**
HEMATOLOGIE	Monsieur	Etienne	**DAGUINDAU**
ENDOCRINOLOGIE	Monsieur	Maxime	**DESMARETS**
DERMATO-VENEREOLOGIE	Madame	Irène	**GALLAIS SEREZAL**
MÉDECINE PALLIATIVE	Madame	Mathilde	**GIFFARD**
PSYCHIATRIE D'ADULTES ADDICTOLOGIE	Madame	Julie	**GIUSTINIANI**
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE	Madame	Jennifer	**LAGOUTTE RENOSI**
TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE	Monsieur	François	**LOISEL**
SAMU	Madame	Tania	**MARX**
NEUROLOGIE	Madame	Elisabeth	**MEDEIROS**
PHARMACOLOGIE	Monsieur	Patrice	**MURET**
DERMATOLOGIE	Madame	Charlee	**NARDIN**
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE	Monsieur	Alexis	**OVERS**
DERMATOLOGIE	Monsieur	Fabien	**PELLETIER**
CHIRUGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE	Madame	Isabelle	**PLUVY**
BACTERIOLOGIE	Madame	Anaïs	**POTRON**
BIOLOGIE CELLULAIRE	Monsieur	Zohair	**SELMANI**
ONCOLOGIE	Monsieur	Antoine	**THIERY-VUILLEMIN**
RHUMATOLOGIE	Monsieur	Frank	**VERHOEVEN**
HEPATOLOGIE	Madame	Delphine	**WEIL VERHOEVEN**
REANIMATION MEDICALE	Monsieur	Adrien	**WINISZEWSKI**

ENSEIGNANTS ASSOCIES

MEDECINE GENERALE (MCF Associé)	Monsieur	Pascal	**AMIOTTE**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	Rémi	**BARDET**
ANESTHESIE REANIMATION (Professeur Associé)	Monsieur	Francis	**BERTHIER**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Madame	Anne-Lise	**BOLOT**
BIOPHYSIQUE, MÉDECINE NUCLÉAIRE (MCF Associé)	Madame	Cécile	**CAODURO**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	Benoit	**DINET**
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE (Professeur Associé)	Madame	Catherine	**GAY**
MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET BIOLOGIE (Professeur Associé)	Monsieur	Helder	**GIL**
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL (MCF Associé)	Monsieur	Marc-André	**GOLTZENE**
MEDECINE D'URGENCE (Professeur associé)	Monsieur	Abdo	**KHOURY**
MEDECINE GENERALE (MCF Associé)	Madame	Aurore	**LEBEAU**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	Thierry	**LEPETZ**
MEDECINE LEGALE (MCF Associé)	Madame	Elisabeth	**MARTIN**
MEDECINE GENERALE (Professeur Associé)	Monsieur	José-Philippe	**MORENO**
MEDECINE GENERALE (MCF Associé)	Monsieur	Thomas	**RODRIGUEZ**

PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE	Monsieur	Xavier	**BERTRAND**
PHARMACOLOGIE	Madame	Céline	**DEMOUGEOT**
HEMATOLOGIE	Madame	Francine	**GARNACHE OTTOU**
PHARMACOGNOSIE	Madame	Corine	**GIRARD**
PHARMACIE	Monsieur	Yann	**GODET**
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Monsieur	Frédéric	**GRENOUILLET**
CHIMIE ANALYTIQUE	Monsieur	Yves	**GUILLAUME**
CHIMIE ORGANIQUE	Monsieur	Lhassane	**ISMAILI**
PHARMACIE CLINIQUE	Monsieur	Samuel	**LIMAT**
SCIENCES DU MEDICAMENT	Monsieur	Frédéric	**LIRUSSI**
PHARMACIE CLINIQUE	Madame	Virginie	**NERICH**
PHARMACIE GALENIQUE	Monsieur	Yann	**PELLEQUER**
CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE	Monsieur	Bernard	**REFOUVELET**
PHARMACIE CLINIQUE	Madame	Marie-Christine	**WORONOFF-LEMSI**

PROFESSEURS EMERITES

BIOLOGIE CELLULAIRE	Madame	Laurence	**NICOD**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

BIOCHIMIE	Madame	Aurélie	**BAGUET**
PHARMACIE GALENIQUE	Monsieur	Arnaud	**BEDUNEAU**
BIOCHIMIE	Monsieur	Laurent	**BERMONT**
BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	Monsieur	Oleg	**BLAGOSKLONOV**
HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX	Madame	Céline	**BOUVIER SLEKOVEC**
CHIMIE PHYSIQUE ET MINERALE	Monsieur	Eric	**CAVALI**
PHARMACIE	Madame	Anne-Laure	**CLAIRET**
PHYSIOLOGIE	Madame	Sylvie	**BOBILLIER CHAUMONT**
SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES	Madame	Jeanne	**GALAINE**
CAMSP DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE	Madame	Marie	**KROEMER**
BIOCHIMIE / ISIFC	Madame	Isabelle	**LASCOMBE**
TOXICOLOGIE	Madame	Carole	**MIGUET-ALFONSI**
PHYSIOLOGIE	Monsieur	Johnny	**MORETTO**
PHARMACIE GALENIQUE	Monsieur	Brice	**MOULARI**
PHARMACOGNOSIE	Monsieur	Frédéric	**MUYARD**
PHARMACOLOGIE	Monsieur	Marc	**PUDLO**
SCIENCES BIOLOGIQUES	Monsieur	Florian	**RENOSI**
BIOMATHEMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES	Madame	Nathalie	**RUDE**
PHARMACOGNOSIE	Monsieur	François	**SENEJOUX**
PHARMACOLOGIE	Madame	Perle	**TOTOSON**

ENSEIGNANTS ASSOCIES

PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT (PAST)	Monsieur	Lionel	**PAZART**
PHARMACIE CLINIQUE-OFFICINE (PAST)	Madame	Anne-Charlotte	**GRILLON**

ODONTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES	Monsieur	Alfredo	**IANDOLO**
DENTISTERIE RESTAURATRICE	Madame	Dina	**IANDOLO**
PHARMACIE	Monsieur	Gwénael	**ROLIN**

ENSEIGNANTS ASSOCIES

ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Madame	Hélène	**BIGEARD-JOUFFROY**
CHIRURGIE ORALE (Professeur Associé)	Monsieur	Edouard	**EUVRARD**
ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Madame	Saaida	**LAFI**
ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Monsieur	Alaeddine	**MAHFOUDHI**
ODONTOLOGIE (MCF Associée)	Monsieur	Philippe	**MAURIN**

ODONTOLOGIE (Professeure Associée)	Madame	Christine	**ROMAGNA**
ENDODONTIE (Professeur Associé)	Monsieur	Thierry	**ROOS**

PROFESSIONS DE SANTE

MCF SCIENCES INFIRMIERES	Madame	Aline	**CHASSAGNE**
MCF ASSOCIE SCIENCES INFIRMIERES	Madame	Virginie	**HURTARD**
MCF ASSOCIE SCIENCES INFIRMIERES	Monsieur	Jean	**MAILLET CONTOZ**
MCF SCIENCES DE LA REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE	Monsieur	Alexandre	**KUBICKI**
MCF SCIENCES DE LA REEDUCATION ET DE READAPTATION – KINESITHERAPIE	Monsieur	Yoshimasa	**SAGAWA**
MAST ERGOTHERAPIE	Madame	Julie	**LAPREVOTTE**
MAST ERGOTHERAPIE	Madame	Aude	**GONCALVES**
MAST ERGOTHERAPIE	Madame	Elodie	**DAMBRINE**
MAST ASSOCIE PSYCHOMOTRICITE	Madame	Clémence	**VAILLIER**
MAST ASSOCIE PSYCHOMOTRICITE	Monsieur	Pierrick	**BOYER**
PSYCHMOTRICITE	Madame	Mathilde	**PUIG**
MCF ORTHOPHONIE	Monsieur	Guillaume	**DUBOISDINDIEN**
MAST ORTHOPTIE	Monsieur	Pierre-Louis	**BASSAND**

AUTRES ENSEIGNANTS

PROFESSEURE AGREGEE ANGLAIS	Madame	Vanessa	**MARTIN**
PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS	Monsieur	Charles Dale	**SANTANA**
PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS	Monsieur	Gulcin	**KABAKCI**
PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS	Monsieur	Keith	**BRAND**

Remerciements

À Monsieur le Professeur Thierry LEPETZ

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail ainsi que pour le temps que vous lui avez consacré. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde gratitude, de ma reconnaissance la plus sincère et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Victor PEREIRA

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'examiner et de juger ce travail de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Marie PONCHON-GOUSSET

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Merci pour l'intérêt que tu portes à ce travail. Merci de ton soutien et de ta gentillesse lors de notre stage en gériatrie.

À Madame le Docteur Liliana BORGES

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour ta patience dans ce long travail, tes conseils et ta disponibilité. Merci de ton soutien lors de mon premier stage d'internat et ton implication afin de faire de nous, étudiants, de meilleurs médecins.

À Mesdames les Docteurs Maryse MAIRE, Marie-Paule PERLES, Virginie SIA et Charline GUILLARD

Merci de m'avoir accueilli parmi vous pendant mon SASPAS et de m'avoir fait confiance pour mes premiers pas en tant que jeune médecin. Merci de m'avoir permis d'interroger votre patientèle.

À tous mes co-internes

Merci pour votre bonne humeur, votre entraide et tous ces moments partagés ensemble.

Merci à Mathilde, Léa, Lise, Laurine, Mélissa, Wendy, Alexandre, Nathanaël, Lucien pour avoir grandement participé à tenir ces longues journées et nuits passées aux urgences.

Merci à toute la team dermato, Claire, Théo, Dorian, Pauline, Yuliya, Charlotte vous m'avez fait vivre le meilleur stage de mon internat.

À l'ensemble des parents interrogés pour cette thèse

Merci, sans vous ce travail n'existerait pas.

À ma famille

À mon mari, Tom

Aucun mot ne saurait exprimer pleinement ma gratitude pour ton soutien tout au long de ces années d'études. Merci d'avoir partagé avec moi les moments de doute comme les moments de joie, d'avoir toujours cru en moi, parfois même davantage que moi-même.

Ta patience, ta bienveillance et ton amour ont été une source de force précieuse dans les périodes les plus exigeantes de ce parcours. Merci pour ton écoute, tes encouragements quotidiens et tous les sacrifices consentis pour me permettre d'avancer vers cet accomplissement.

Cette thèse marque l'aboutissement d'un projet personnel, mais elle est aussi le reflet de ton soutien indéfectible. Je suis profondément reconnaissante de pouvoir partager cette réussite avec toi.

Avec tout mon amour. Je t'aime.

À mes parents

A vous Papa et Maman, sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Vous qui m'avez toujours soutenu et porté depuis 29 ans. Vous êtes le pilier de ma réussite et de la personne que je suis devenue. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour tout ce que vous faites toujours pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez pour cela.

Je ne vous le dis pas assez mais je vous aime.

À mes frères et sœurs, Sandrine, Nanou et Sandrine et leurs conjoints

Merci pour votre présence tout au long de mon parcours. Malgré nos différences d'âge, vous avez toujours occupé une place importante dans ma vie.

Merci pour votre bienveillance, vos encouragements et tous les moments partagés au fil des années. Merci également de m'avoir offert le bonheur d'être la tante de six merveilleux neveux et nièces, qui apportent tant de bons moments à notre famille.

Je suis reconnaissante de vous avoir à mes côtés et fière de faire partie de cette fratrie.

À mes neveux et nièces, Hoan, Mila, Louise, Robin, Julia et Charline

Merci d'apporter autant de joie, de rires et d'énergie à nos réunions de famille. Vous m'avez vu grandir autant que je vous ai vus grandir, et c'est un vrai bonheur de partager tous ces moments avec vous.

Au cours de ces années difficiles, vous avez su, souvent sans le savoir, m'apporter de la bonne humeur et un équilibre précieux.

Je vous souhaite de poursuivre vos rêves avec curiosité, confiance et enthousiasme. Je suis très fière de chacun d'entre vous et j'ai hâte de découvrir tout ce que l'avenir vous réserve.

À ma tante et marraine de cœur, Bibiche

Merci pour ta présence à mes côtés depuis 29 ans. En dehors de la ressemblance physique, tu es pour moi comme une deuxième Maman. Toujours présente dans les bons comme les mauvais moments. Ressentir ta fierté pendant ces dix années a été un véritable moteur dans ma réussite. Je t’en suis profondément reconnaissante.

À mon tonton Denis

Merci de m’appeler Docteur depuis le début. Cette fois c’est officiel.

À mon parrain Nico, Gaëlle et Émile

Même si depuis quelques années l'Atlantique nous sépare, nous suivons nos vies mutuelles via « Radio Mathay-Dasle » et nos petits mots échangés sur Instagram me font toujours plaisir. Je sais qu'aujourd'hui vous êtes présents par la pensée (et le téléphone de Bibiche… !)

Aux cousins de Besançon

Merci à vous tous pour ces cousinades que j'apprécie toujours autant et qui me permettaient de me changer les idées pendant ces dix années.

Dom et Jacotte, merci pour votre accueil au cours de cette première année. Vous m'avez apporté beaucoup de réconfort pendant ces moments de doute. Je vous en remercie.

À mes grands parents

Vous qui veillez sur moi depuis les étoiles.

À ma belle-famille

Merci pour votre accueil lors de mes week-ends de révisions et votre soutien depuis 10 ans.

À mes amis

Salomé et Baptiste

Merci pour votre amitié, votre présence et tous les bons moments partagés au fil des années. Salomé, merci d'avoir traversé toutes ces années d'études à mes côtés. Merci également d'avoir partagé une coloc, des WEI, des blocs et autres activités extra-scolaires ! Avoir pu partager tous ces moments avec toi n'ont fait que renforcer notre amitié.

Merci à tous les deux pour nos vacances, nos soirées jeux de société qui se terminent toujours dans la bonne humeur (ou à moitié endormi). Merci pour nos moments improvisés, que ce soit autour de votre piscine ou simplement chez vous. Vous faites partie de ces personnes avec qui les souvenirs se créent naturellement et qui rendent le quotidien plus léger.

Je suis très heureuse de vous compter parmi mes amis, et j'espère que nous partagerons encore de nombreux moments ensemble.

Marine et Kylian

Je vous ai connu séparément mais finalement vous deux c'est comme une évidence, le grain de folie qui vous unis !

Marine, merci pour ton amitié depuis 10 ans et tes mots toujours réconfortants dans les moments de doute et de peur.

Kylian, merci pour ces Chifou-buissons de compét'.

Merci à vous deux de nous accueillir du vendredi soir au dimanche soir chez vous, ces moments partagés sont toujours incroyables.

Claire et Karim

Vous êtes les amis qu'on rencontre dans la vingtaine et quels amis !

Claire, je sais que je peux compter sur toi pour rager autant que moi. Nos semaines de cabinet sont toujours un plaisir pour moi même si on râle beaucoup (trop). Tu es ma Blair Waldorf pour l'éternité.

Karim, un ami sincère et un docteur passionné sur qui m'appuyer en cas de difficulté personnelle ou professionnelle. Tu as le titre de « plus vieil ami » et ça c'est un honneur !

Merci à vous deux.

Laure

De notre rencontre au lycée à aujourd'hui, on en a vécu des choses mais tu as toujours répondu présente. Une amitié précieuse et chère à mon cœur. Merci d'être avec moi une fois de plus aujourd'hui.

Mathilde et Benoît

De notre rencontre dans ce cabinet d'Audincourt à notre mariage et la naissance de votre Lison, on en a vécu des événements marquants. Celui d'aujourd'hui en est un de plus. Je vous remercie pour votre présence et votre amitié sincère.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

Sommaire 1

Liste des abréviations 3

Introduction 5

Matériels et méthodes 15

Résultats 19

Discussion 29

Conclusion 39

Annexes 41

Références bibliographiques 61

Tables des figures 65

Plan détaillé 67

Liste des abréviations

- OMS : Organisation mondiale de la santé
- IMC : Indice de masse corporelle
- IOTF : International Obesity Task Force
- ELFE : Étude longitudinale française depuis l'enfance
- INED : Institut national d'études démographiques
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- TV : Télévision
- AFPA : Association française de pédiatrie ambulatoire
- CSA : Conseil supérieur de l'audiovisuel
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- QR code : Quick Response Code
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- PNNS : Programme national nutrition santé
- SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
- ANOVA : Analyse de variance (Analysis of Variance)
- CSP : Catégorie socioprofessionnelle
- PSFP : Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité
- PubMed : Public MEDLINE
- Kg : kilogramme
- % : pourcentage

Introduction

I. Les écrans dans la société actuelle

Phénomène de société avec une croissance exponentielle depuis environ trois décennies, les écrans font partie intégrante de notre quotidien.
Le développement du numérique a tout d'abord été marqué par l'arrivée de la télévision en 1930 puis son évolution en couleurs en 1967, suivie de l'arrivée de l'ordinateur dans les années 80. (1) Depuis les années 90, nous les utilisons aussi bien pour nous informer, communiquer et travailler que pour nous divertir et nous sociabiliser. Dans les années 2000, une transformation profonde des sociétés et des rapports humains en résulte avec l'arrivée du premier smartphone et des tablettes tactiles. Ces évolutions sont désignées de façon globale comme la révolution numérique qui peut alors prendre de multiples formes, et concerner tous les âges de la vie. (2) Chez certaines personnes, un certain mésusage peut apparaitre et créer une dépendance au détriment d'autres activités, du travail ou de la vie familiale.

En France, en 2019, 40% des foyers sont équipés des 4 écrans (Télévision, smartphone, ordinateur, tablette) et les foyers possèdent en moyenne 6,4 écrans (contre 4,2 en 2015) (3). La télévision reste en tête avec 92,5% des foyers qui en sont équipés suivi des ordinateurs avec 85,5% des foyers, des smartphones avec 73,6% des individus de 11 ans et plus et enfin des tablettes avec 48,2% des foyers. Au quotidien, ce sont 43,3 millions de français qui se connectent à Internet dont 34 millions uniquement via leur smartphone (4). En 10 ans le temps passé sur internet a quadruplé, et cela est très certainement lié à l'essor du smartphone dans notre quotidien.

Selon les données de 2019, les Français passent en moyenne 4 h 30 par jour devant les écrans, soit 8 minutes de plus qu'en 2018 (5). 90% de leur durée de visionnage de la TV est faite de façon linéaire classique.

Mais pour les 15-24 ans, cette durée passe à 79% de visionnage de la TV classique. Les 21% restants sont constitués de replay, de TV hors écran de TV ou de TV hors domicile.
Chez les 15-24 ans, la TV en live sur téléviseur est passée à 43% de l'usage TV, contre 53% en 2017. 28% de la fréquentation est consacrée aux vidéos en ligne contre 24% en 2018 (6).

Les ménages avec enfants sont d'autant plus concernés car ils sont davantage équipés en biens électroniques. En 2015, on note que les Français sont équipés de 9,8 écrans par foyer avec enfant, soit deux fois plus que la moyenne. (4)
Selon les données de 2017, les 7-12 ans passaient en moyenne 6 h 10 sur internet par semaine et les 1-6 ans y passaient 4 h 37. Un mésusage des écrans chez les enfants peut être à l'origine de nombreux troubles et pathologies tout au long de leur vie. L'une d'entre elle étant le surpoids et l'obésité.

II. Le surpoids et l'obésité de l'enfant

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une accumulation excessive ou anormale de graisse corporelle pouvant avoir des conséquences néfastes sur la santé. (7)
Chez l'enfant comme chez l'adulte, l'indice de masse corporelle (IMC) est un indicateur fiable de la masse grasse. Il se calcule en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres) au carré : IMC = poids (kg) / taille² (m²).
Chez l'enfant, l'IMC doit être interprété en le reportant sur des courbes de corpulence adaptées à l'âge et au sexe.(8) On parle de surpoids lorsque l'IMC dépasse le 97e percentile de ces courbes (ou la référence IOTF-25 selon les critères), et d'obésité lorsque l'IMC dépasse la courbe IOTF-30.
Chez l'adulte, on parle de surpoids lorsque l'IMC dépasse 25 kg/m², et d'obésité lorsqu'il est supérieur à 30 kg/m².
Les courbes de corpulence mettent en évidence trois grandes phases d'évolution (9) :

- De la naissance à 1 an : l'IMC augmente de façon normale (cette hausse peut être plus marquée chez les enfants allaités) ;

- Entre 1 an et 6–7 ans : l'IMC diminue physiologiquement, les enfants paraissant souvent plus minces, ce qui peut parfois inquiéter les parents ;
- De 6 à 18 ans : l'IMC remonte progressivement jusqu'à atteindre les valeurs de l'âge adulte ; cette phase est appelée le rebond d'adiposité.

Lorsque ce rebond survient avant 6 ans, on parle de rebond d'adiposité précoce, associé à un risque plus élevé d'obésité ultérieure. Par ailleurs, si l'IMC ne diminue pas après l'âge de 1 an, on parle d'une augmentation continue de la courbe depuis la naissance.

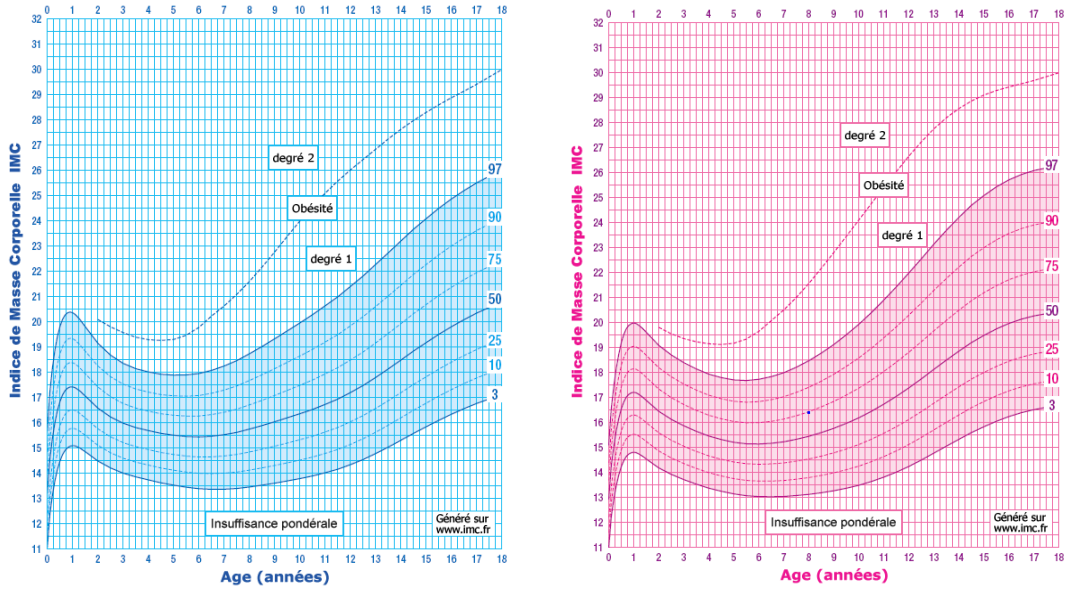


Figure 1 - Courbe de poids

Le surpoids et l'obésité résultent d'une interaction complexe entre des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux. (10)

Les facteurs génétiques jouent un rôle majeur (environ 50 % de l'IMC), mais ils interagissent avec des influences précoces, notamment durant les 1 000 premiers jours de vie. À cette période, des mécanismes comme l'épigénétique (modification de l'expression des gènes) et le microbiote intestinal peuvent influencer durablement le risque d'obésité.

Plusieurs facteurs prénataux augmentent ce risque : tabagisme maternel, diabète gestationnel, surpoids de la mère, prise de poids excessive pendant la grossesse, ou encore certaines conditions de naissance (césarienne, antibiotiques). Après la naissance, l'alimentation joue un rôle clé : l'allaitement est protecteur, tandis qu'un excès de protéines

ou un manque de lipides peuvent favoriser le surpoids. Le comportement alimentaire de l'enfant, influencé par l'éducation, est également déterminant.
Les facteurs environnementaux jouent également un rôle : déséquilibre entre apports et dépenses énergétiques, sédentarité, manque d'activité physique, insuffisance de sommeil, contexte socio-économique et exposition aux écrans. L'alimentation (notamment les sucres), les préférences gustatives et les habitudes familiales influencent aussi le risque.
Enfin, des facteurs psychologiques (comme la dépression ou les troubles alimentaires), éducatifs, et certaines situations (handicap, maltraitance) peuvent également favoriser le développement du surpoids et de l'obésité. (9)

Malgré une stabilisation depuis 2006, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent reste trop élevée : 20 % des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids dont 5,4 % en situation d'obésité en 2017. Cet enjeu est d'autant plus important car la probabilité qu'un enfant en surcharge pondérale ou obèse à l'âge de 6 ans le reste varie de 20 à 50 % avant la puberté mais elle atteint 50 à 70 % après la puberté.(10)
Outre les complications et comorbidités somatiques liées à la surcharge pondérale, l'obésité dès l'enfance peut contribuer à des difficultés émotionnelles et psychologiques avec une mauvaise estime de soi, des problèmes de stigmatisation et de mauvais résultats scolaires.

Une étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) a été réalisée par l'Ined et l'Inserm. 9 798 enfants ont été suivis dès la naissance par la cohorte Elfe puis par trois vagues d'enquêtes à deux ans, trois ans et demi et cinq ans et demi. (11)
La part des enfants utilisateurs des écrans numériques (ordinateurs ou tablettes) augmente au cours des six premières années de la vie. À deux ans, les enfants non-utilisateurs – qu'ils ne soient pas équipés à domicile ou qu'ils n'y aient pas accès – sont largement majoritaires (73 %). Cette proportion se réduit ensuite à 58 % à trois ans et demi, puis à 46 % à cinq ans et demi.
Entre deux ans et cinq ans et demi, la part des forts utilisateurs (entre 30 et 60 minutes par jour) est multipliée par 4, passant de 4 % à 16 %, et celle des très forts utilisateurs (plus d'une heure par jour) par 10, passant de 1 % à 10 %.
De façon contradictoire, 38 % des enfants sont maintenus à l'écart des écrans bien que la plupart d'entre eux vivent dans des foyers qui en sont équipés.

Le contexte social et culturel dans lequel vivent les enfants intervient sur la manière dont leur utilisation d'écrans numériques évolue durant les six premières années de la vie. D'après les études réalisées s'intéressant plutôt au contexte social, plus le niveau de diplôme de la mère est élevé, plus l'utilisation des écrans par les enfants apparaît contrôlée dans le cadre familial.(11) Les écarts d'utilisation des écrans selon le niveau de diplôme du père sont en revanche moins importants.

Au sein de la fratrie, on note que les cadets ou cadettes sont plus enclins que les aînés et les enfants uniques à s'inscrire dans une utilisation importante des écrans. Ils paraissent bénéficier d'un effet d'entraînement, leurs grands frères et grandes sœurs les initiant à l'ordinateur ou à la tablette.

À l'inverse, les aînés sont plus souvent maintenus à distance des écrans numériques que leurs cadets, et même que les enfants uniques (46 %, contre 36 % et 39 %). Leurs frères et sœurs étant trop jeunes pour être initiés aux pratiques numériques, ils en sont eux-mêmes écartés, notamment lorsque celles-ci sont fortement encadrées par les parents. (11)

A l'ère du numérique, la consommation des écrans augmente de manière exponentielle, même chez les plus petits.

En 2016, le temps hebdomadaire sur Internet pour les 1-6 ans est de 4 h 37. Cette consommation a augmenté de 55 min depuis 2015 (3 h 42) mais a doublé depuis 2012 (2 h 10). (12)

III. Les liens entre exposition aux écrans et obésité

Ce projet s'intéresse aux enfants d'âge primaire, et plus particulièrement à ceux âgés de deux à huit ans. Cette tranche d'âge demeure encore relativement peu explorée dans la littérature scientifique, alors même qu'elle représente une période charnière en matière de prévention. En effet, la majorité des études et des interventions se concentre aujourd'hui soit sur la petite enfance (0–3 ans), soit sur l'adolescence, laissant un intervalle pourtant stratégique moins investi.

Plusieurs arguments soutiennent ce choix.

D'une part, les habitudes de vie, notamment celles liées aux rythmes quotidiens et aux dynamiques familiales, tendent à se stabiliser après l'âge de neuf ans, rendant les modifications comportementales plus complexes. D'autre part, les enfants accèdent de plus en plus précocement à des équipements numériques personnels. Selon des données récentes, l'âge moyen d'acquisition d'une tablette est d'environ 6,9 ans, celui d'un ordinateur de 8,5 ans et celui d'un smartphone de 9,9 ans. (12) Avant cet âge, l'usage des écrans se fait encore majoritairement sur des appareils familiaux, ce qui offre aux parents une plus grande visibilité et un meilleur contrôle des pratiques. Ainsi, intervenir entre deux et huit ans apparaît particulièrement pertinent pour favoriser l'adoption d'habitudes durables avant une autonomisation accrue des usages.

Cette réflexion s'inscrit dans un contexte où les écrans occupent une place centrale dans l'environnement quotidien des enfants. En France, les foyers sont fortement équipés en dispositifs numériques, avec en moyenne près de dix appareils à écran par ménage (smartphones, téléviseurs, ordinateurs, tablettes, consoles de jeux, etc.). (13) À cela s'ajoute la progression rapide des objets connectés (enceintes intelligentes, dispositifs de santé ou de domotique). L'exposition aux écrans ne se limite pas au cadre familial : elle est également présente à l'école, où les outils numériques (ordinateurs, tablettes, tableaux numériques interactifs) sont de plus en plus utilisés à des fins pédagogiques. (14) Au cours de la dernière décennie, le taux d'équipement des établissements scolaires s'est d'ailleurs nettement amélioré.

Cette omniprésence des écrans s'accompagne d'une exposition de plus en plus précoce.

Des données issues de cohortes françaises montrent que le temps d'écran quotidien débute dès les premières années de vie et augmente rapidement avec l'âge. (12) Parallèlement, les enfants présentent des niveaux élevés de sédentarité : une proportion importante d'entre eux ne pratique pas suffisamment d'activité physique, et les comportements sédentaires, notamment liés aux écrans, sont en constante augmentation.

Or, la sédentarité, le manque d'activité physique et le surpoids constituent des facteurs de risque majeurs pour la santé. Ils sont associés à une augmentation du risque de maladies

cardiovasculaires et métaboliques, mais aussi à une hausse de la mortalité toutes causes confondues. Chez l'enfant, ces facteurs peuvent avoir des conséquences précoces, avec l'apparition de pathologies autrefois réservées à l'adulte, telles que l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 ou encore les troubles lipidiques.
De plus, la probabilité de persistance de l'obésité à l'âge adulte est élevée, en particulier lorsqu'elle s'installe après la puberté.

Dans ce contexte, les écrans apparaissent comme un facteur contributif important, bien que non exclusif. Leur utilisation favorise mécaniquement la sédentarité en augmentant le temps passé en position assise ou allongée, et en réduisant celui consacré à des activités physiques, par un effet de substitution. Elle influence également les comportements alimentaires : le fait de manger devant un écran perturbe les signaux de satiété et favorise la surconsommation, tandis que l'exposition à la publicité augmente l'attrait pour des aliments riches en sucres, en graisses et en sel. Plusieurs études mettent en évidence une relation dose-effet entre le temps d'écran et le risque de surpoids ou d'obésité, même si cette association est parfois moins visible chez le jeune enfant en raison des particularités de la croissance. (15)

Face à ces enjeux, des recommandations ont été progressivement formulées pour encadrer l'usage des écrans chez l'enfant. Parmi les plus diffusées figure la règle du « 3-6-9-12 », qui propose des repères en fonction de l'âge, ainsi que d'autres recommandations insistant sur la limitation du temps d'exposition et l'encadrement des usages (absence d'écran avant le coucher ou pendant les repas, par exemple). Toutefois, ces repères restent hétérogènes et leur application demeure variable selon les contextes familiaux.
Ainsi, la tranche d'âge des 2–8 ans apparaît comme une période clé, à l'interface entre dépendance parentale et acquisition progressive de l'autonomie. Elle constitue un moment privilégié pour intervenir sur les comportements de santé, notamment en lien avec l'usage des écrans, l'activité physique et les habitudes alimentaires, afin de prévenir durablement le risque de surpoids et d'obésité.

IV. Les recommandations actuelles

Depuis une trentaine d'années, les scientifiques tentent de mettre en œuvre des moyens afin de limiter les conséquences négatives de l'exposition aux écrans. L'accompagnement des foyers face à cette croissance exponentielle d'utilisation des écrans est essentiel.

Serge Tisseron, psychiatre engagé sur les questions liées à l'exposition des enfants aux écrans, a largement contribué à la prévention en multipliant les publications et les initiatives sur ce thème. En 2008, il propose la doctrine « 3-6-9-12 », conçue pour aider les familles à mieux encadrer l'exposition des enfants aux écrans selon leur âge.(16) Réactualisée en 2016, elle propose les recommandations suivantes :

- Avant 3 ans : privilégier le jeu et les échanges verbaux, éviter les écrans.

- De 3 à 6 ans : limiter leur usage, les partager avec l'enfant, en parler ensemble.

- De 6 à 9 ans : favoriser une utilisation créative, expliquer le fonctionnement d'Internet.

- De 9 à 12 ans : enseigner la protection de soi et de ses échanges en ligne.

- Après 12 ans : rester présent et à l'écoute, l'accompagnement parental reste essentiel.

- À tout âge : limiter les écrans, choisir les contenus avec soin, encourager l'enfant à exprimer ce qu'il voit et fait, et soutenir des usages créatifs.

Le rapport « L'enfant et les écrans » publié en 2013 par l'Académie des Sciences (17) a contribué à structurer l'usage des écrans dans les foyers en proposant des repères pratiques. Toutefois, face à l'évolution rapide et à la sophistication croissante des technologies numériques, ces repères sont vite devenus insuffisants. Le numérique, omniprésent dans notre quotidien depuis près de trois décennies, continue de transformer profondément notre société, tout en soulevant de nombreuses interrogations.

En 2019, l'Académie des Sciences, l'Académie Nationale de Médecine et l'Académie des Technologies (18) ont uni leurs expertises pour publier « L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques ». Ce document interroge l'impact comportemental des écrans, les inégalités d'accès selon les situations sociales, ainsi que les effets sur le développement moteur, relationnel et les apprentissages. Il appelle les parents à se repositionner comme figures éducatives et modèles, capables d'accompagner une utilisation équilibrée des écrans.

Ce travail interdisciplinaire a donné lieu à des recommandations reprises par l'AFPA (19):

- Avant 3 ans : éviter tout usage d'écrans en autonomie ; si usage, il doit être partagé avec un adulte et favorisant l'interaction.

- De 3 à 10 ans : instaurer des moments cadrés d'utilisation, privilégier les usages partagés, et discuter avec l'enfant de ses expériences numériques.

- Après 10 ans : maintenir un dialogue constructif, surveiller les signes de fatigue, d'isolement ou de troubles du sommeil liés aux écrans.

- Pour les parents : adopter eux-mêmes une utilisation mesurée, en particulier en présence de jeunes enfants.

Le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) a pour mission de protéger les enfants et adolescents de contenus audiovisuels pouvant nuire à leur développement. En réponse à la création de deux chaînes dédiées aux tout-petits en 2008, le CSA a lancé une campagne annuelle de sensibilisation, relayée par l'ensemble des chaînes, rappelant que la télévision n'est pas adaptée aux enfants de moins de 3 ans. (20)

Depuis 2004, une campagne sur la signalétique jeunesse est également menée chaque année. En 2014, elle a été enrichie de messages clés comme : « Les images violentes, on doit les éviter, sinon il faut en parler » ou « Les images choquantes, on doit les éviter, sinon il faut en parler ».

Malgré les nombreuses recommandations disponibles, la relation entre exposition aux écrans et obésité chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire reste imparfaitement caractérisée, notamment chez les enfants de 2 à 8 ans.

V. Objectif de l'étude

Le domaine du numérique évolue en permanence, porté à la fois par l'apparition continue de nouvelles technologies et par la transformation des usages. Cette dynamique rapide rend difficile, pour la communauté scientifique, l'acquisition d'un recul suffisant afin d'évaluer précisément les effets à moyen et long terme de l'exposition aux écrans chez les enfants. Dans ce contexte, les conséquences d'un usage inapproprié des écrans sur leur développement constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de l'exposition aux écrans sur l'obésité chez les enfants âgés de 2 à 8 ans.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier l'association entre différents paramètres liés à l'exposition aux écrans (temps d'écran quotidien, nombre d'écrans au domicile, modalités d'utilisation) et le risque de surpoids ou d'obésité.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire diffusé auprès de parents d'enfants âgés de deux à huit ans, entre le 30 juin 2024 et le 4 mars 2025.

II. Mise en place de l'étude

Cette étude a été réalisée sur plusieurs cabinets de médecins généralistes en Franche-Comté : une maison de santé pluridisciplinaire à Villersexel (70), une maison de santé pluridisciplinaire à Grandvillars (90), une maison de santé pluridisciplinaire à Navenne (70) et un cabinet de groupe composé de deux médecins généralistes à Vesoul (70).
Les maisons de santé pluridisciplinaires et le cabinet de groupe situés en Haute-Saône, où j'effectuais mon stage de SASPAS en dernière année d'internat, possède une patientèle familiale ce qui a conduit à débuter le recueil de données dans ces structures.
Afin de diversifier la population étudiée, des patients consultant dans différentes structures de soins primaires (cabinet de groupe et maison de santé pluridisciplinaire) ont été inclus.
La maison de santé pluridisciplinaire de Grandvillars a été choisie comme dernier site de recueil afin d'avoir une population avec des catégories socio-professionnelles les plus variées possible et une plus grande diversité socio-économique. Ceci dans un but d'obtenir un échantillon le plus représentatif de la population générale.

Le questionnaire a été distribué à des parents (mère ou père) ayant au moins un enfant âgé de deux à huit ans.
Sur les trois sites situés en Haute-Saône, le questionnaire a été distribué par les médecins généralistes exerçant dans la structure et moi-même, soit lors de la consultation soit en salle

d'attente. Une partie des questionnaires a été remplie sur smartphone à la suite de la capture d'un code de réponse rapide (« QR code »). Je me rendais disponible afin de répondre à quelques incompréhensions et accompagner les parents dans le remplissage du questionnaire lorsque cela était nécessaire.

Sur le site de recueil de Grandvillars, le questionnaire a été complété par les parents uniquement au format numérique à la suite de la capture du code de réponse rapide avec leur smartphone.
Une quarantaine de questionnaires a été distribuée sur chaque site.

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient les parents (père et/ou mère) d'au moins un enfant âgé de deux à huit ans.
La classe d'âge de deux à huit ans a été retenue pour cette étude. C'est une période peu étudiée dans les précédentes publications, au cours de laquelle l'enfant se développe sur le plan physique et psychique.

Une autorisation auprès de la CNIL a été demandée et obtenue sous le numéro 2234600. (Annexe 1)

III. Le questionnaire

Le questionnaire a été établi après une recherche bibliographique. Il a ensuite été revu et modifié après relecture par une statisticienne.

Le questionnaire est composé de 8 sections (Annexe 2) :

- La première section permet de recueillir les informations démographiques de l'enfant et du parent répondeur. Elle est composée de 8 questions.
- La seconde section s'intéresse aux écrans. Elle permet de quantifier le nombre d'écrans disponible au domicile et le temps d'utilisation, en précisant le type d'activité sur les écrans.

- La troisième section se consacre aux habitudes alimentaires des enfants. Elle comporte 4 questions.
- La quatrième section s'intéresse à la pratique d'une activité physique par l'enfant. Elle évalue le temps quotidien et le type d'activité pratiqué.
- La cinquième section permet d'évaluer la quantité et la qualité de sommeil.
- La sixième section permet de recueillir les perceptions parentales sur l'impact des écrans.
- La septième section interroge les parents sur leurs connaissances des recommandations de temps d'écran pour leur enfant.
- Enfin, la huitième section permet aux parents de laisser un commentaire s'ils le souhaitent.

IV. Statistiques

Après vérification et validation, les données collectées sur les questionnaires ont été saisies sur le logiciel Excel Windows avec un codage pour chaque item.

Les résultats ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives sur le logiciel SPSS pour Windows version 18.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL) par Madame Sandrine LOMBION, statisticienne indépendante.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages, et les variables quantitatives par leur moyenne ± écart-type, ainsi que leur médiane et leurs extrêmes lorsque cela était pertinent.

L'analyse principale a comparé les caractéristiques des enfants selon le groupe d'IMC (bas, normal, supérieur). Les enfants ont été répartis en trois groupes selon leur IMC : faible corpulence ou IMC bas (<3e percentile), corpulence normale ou IMC normale (3e à 97e percentile) et surpoids/obésité ou IMC supérieur (>97e percentile), conformément aux courbes de corpulence du Programme national nutrition santé (PNNS).

Les comparaisons de variables qualitatives entre groupes ont été réalisées à l'aide du test du χ^2 de Pearson ou Fisher. Les comparaisons de variables quantitatives entre groupes ont été effectuées par analyse de variance (ANOVA). Des corrélations non paramétriques de Spearman ont également été utilisées dans les analyses exploratoires afin d'étudier les

relations monotones entre l'IMC et certaines variables quantitatives ou ordinales. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

I. Population étudiée et caractéristiques générales

L'étude a été faite à l'aide de questionnaires comportant huit sections complétés par les parents. L'analyse a porté sur 112 questionnaires exploitables pour un total de 115 questionnaires recueillis, trois ont été exclus car ils semblaient être des doublons. L'âge moyen des enfants était de 5,0 ± 1,9 ans.

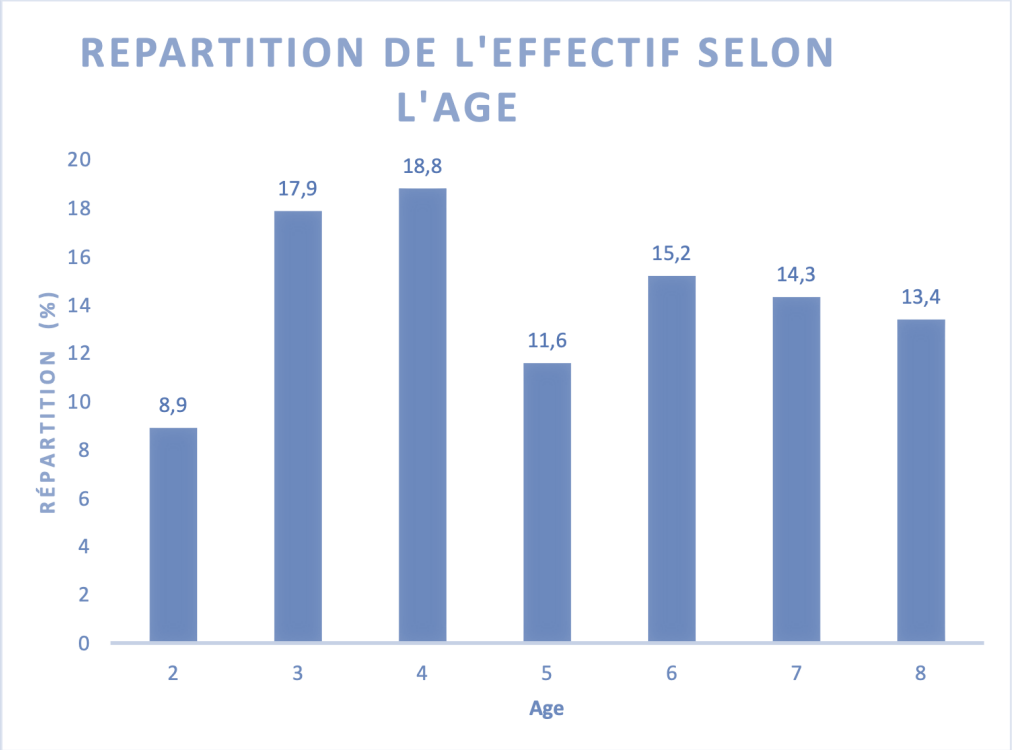


Figure 2 : Histogramme – Répartition de l'effectif selon l'âge

La population comprenait 61 filles (54,5 %) et 51 garçons (45,5 %). Parmi les 110 enfants disposant de données anthropométriques complètes, 13 (11,8 %) appartenaient au groupe d'IMC bas, 72 (65,5 %) au groupe d'IMC normal et 25 (22,7 %) au groupe d'IMC supérieur.

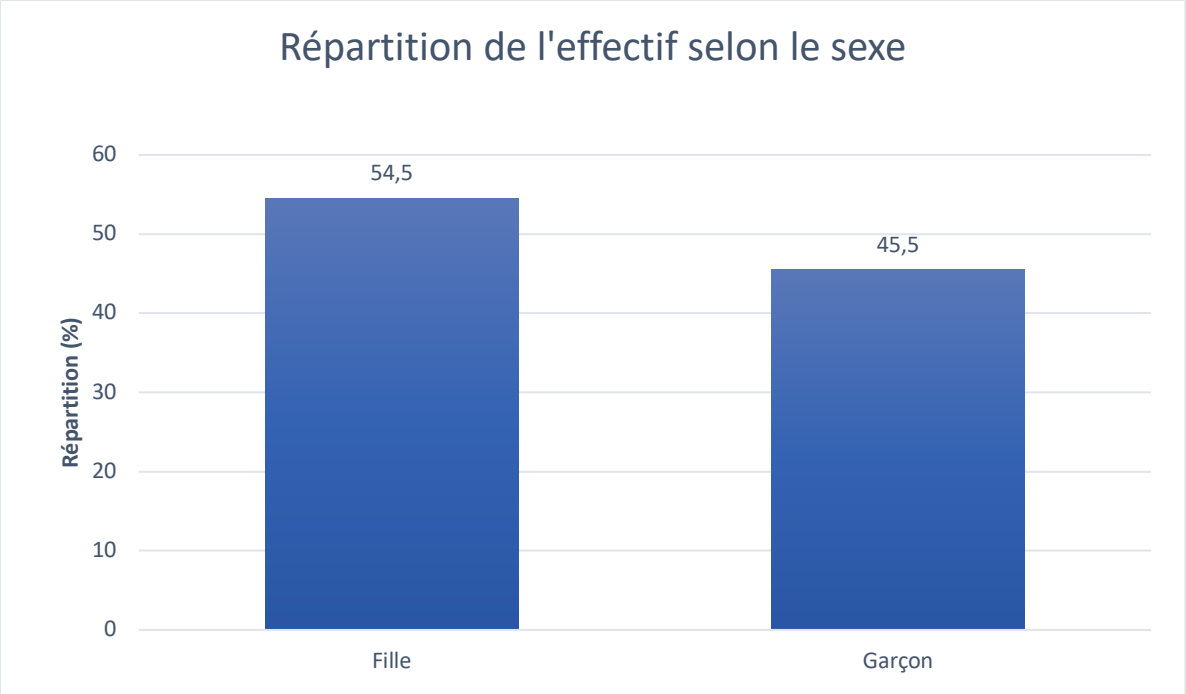


Figure 3 : Histogramme – Répartition de l'effectif selon le sexe

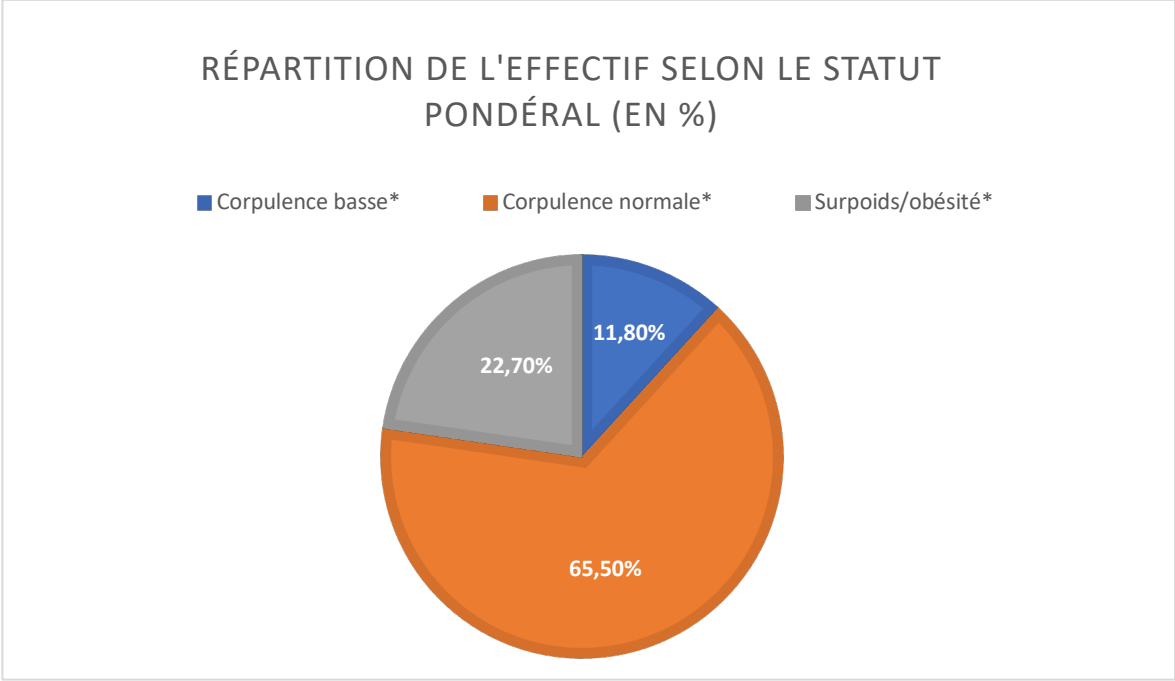


Figure 4 : Diagramme circulaire - Répartition de l'effectif selon le statut pondéral

** Le statut pondéral (Groupe_IMC) était disponible pour 110 enfants ; 2 valeurs étaient manquantes.*

Le parent répondant avait un âge moyen de 35,1 ± 5,2 ans. Le milieu de vie était rural pour 50,0 % des familles, semi-rural pour 30,4 % et urbain pour 19,6 %. Les catégories socio-professionnelles les plus représentées étaient les employés (43,8 %) et les cadres/professions intellectuelles supérieures (32,1 %).

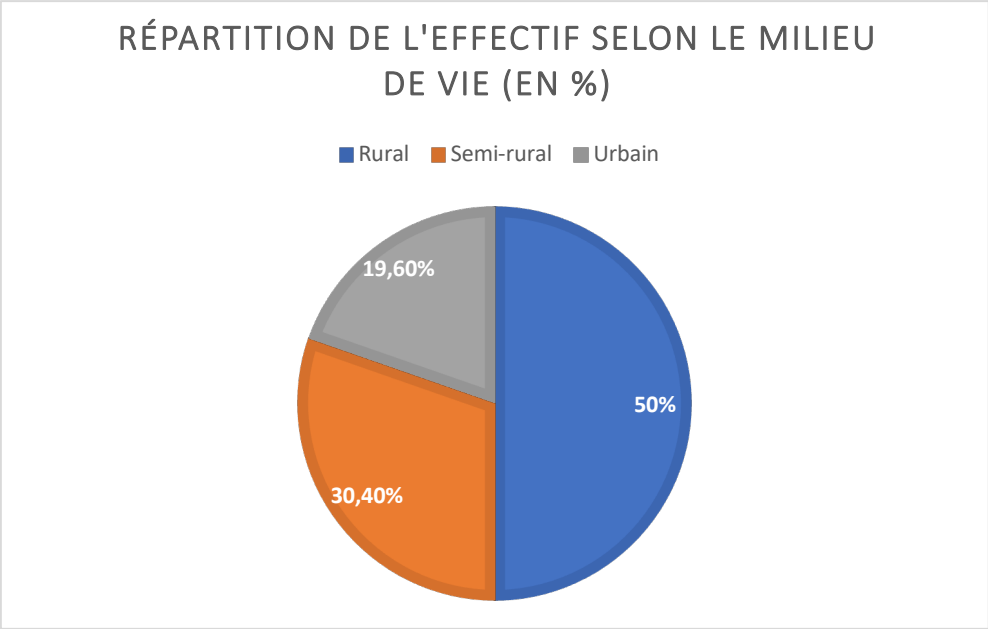


Figure 5 : Diagramme circulaire - Répartition de l'effectif selon le milieu de vie

II. Description de l'exposition aux écrans

Concernant l'exposition quotidienne aux écrans, 53 enfants (47,3 %) passaient moins d'une heure par jour devant les écrans, 37 (33,0 %) entre 1 et 2 heures, 17 (15,2 %) entre 2 et 3 heures, 4 (3,6 %) entre 3 et 4 heures et 1 enfant (0,9 %) plus de 4 heures par jour.

Temps d'écran quotidien	Nombre d'enfants	% de l'effectif
Inférieur à 1 heure par jour	53	47,3 %
1 à 2 heures par jour	37	33,0 %
2 à 3 heures par jour	17	15,2 %
3 à 4 heures par jour	4	3,6 %
Supérieur à 4 heures par jour	1	0,9 %

Tableau 1: Temps d'écran quotidien

La télévision constituait l'activité d'écran la plus fréquente (80,4 %), suivie des jeux vidéo (33,0 %), du visionnage de vidéos en ligne (27,7 %) et des applications éducatives (23,2 %).
Au domicile, les familles déclaraient en moyenne 1,39 télévision, 2,06 smartphones, 0,68 tablette tactile, 1,01 ordinateur et 1,00 console de jeux.

Activités sur les écrans	Nombre d'enfants	% de l'effectif
Télévision	90	80,4 %
Jeux vidéo	37	33,0 %
Vidéos en ligne	31	27,7 %
Applications éducatives	26	23,2 %

Tableau 2 : Principales activités sur les écrans (choix multiples)

III. Description des habitudes de vie

Sur le plan de l'alimentation, la majorité des enfants prenaient trois (42%) ou quatre (54,5%) repas par jour et plus de la moitié consommaient des fruits et légumes tous les jours (58 %). La majorité des enfants ne rapportaient pas de prises alimentaires en dehors des repas (50,9%).

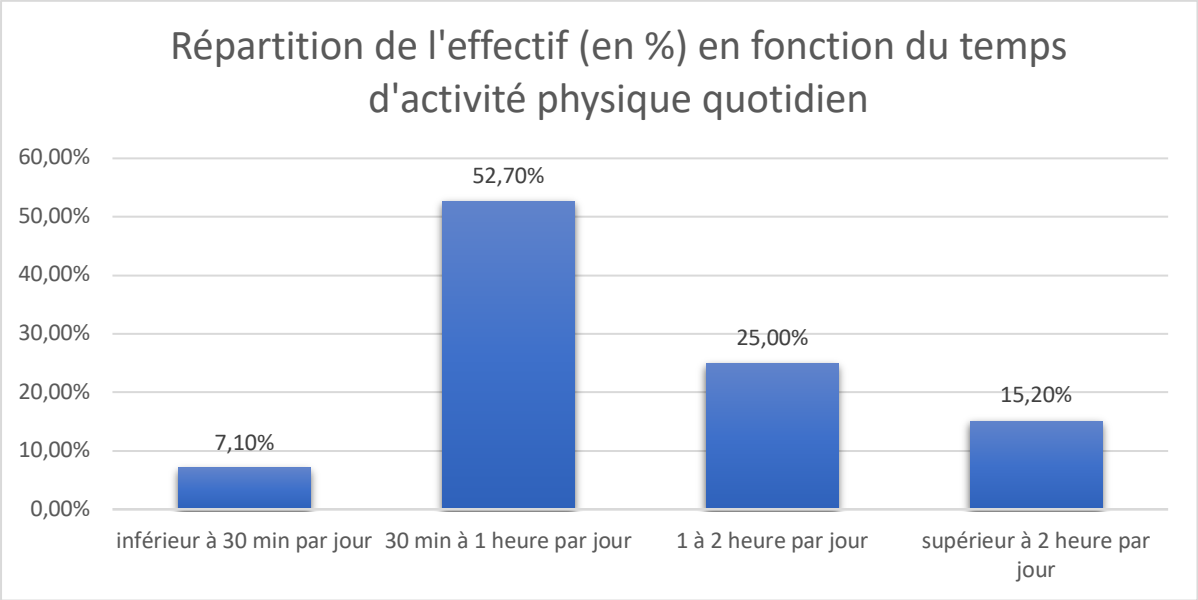


Figure 6 : Histogramme - Répartition de l'effectif en fonction du temps d'activité physique quotidien

Pour l'activité physique, principalement composée de jeux en plein air, 52,7 % avaient entre 30 minutes et 1 heure d'activité physique quotidienne, 25% avaient 1 à 2 heures par jour et 15,5 % plus de 2 heures. La majorité des enfants pratique quotidiennement (58%).

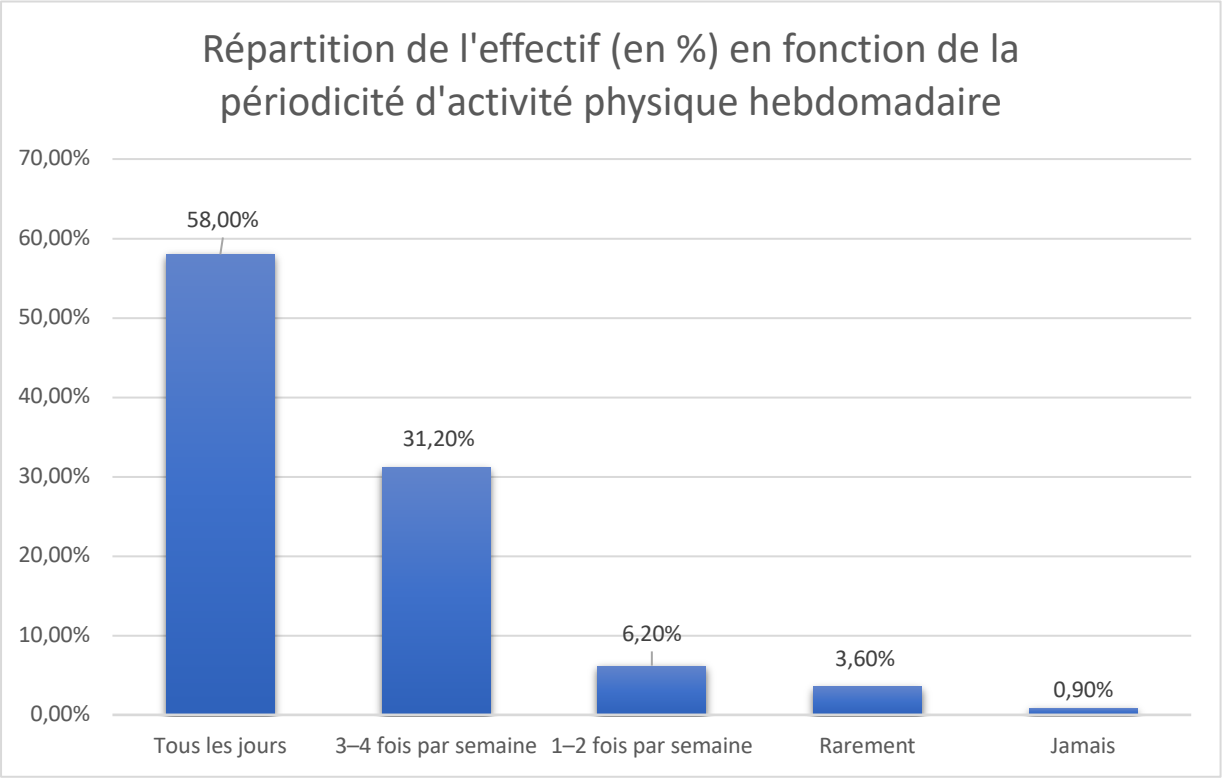


Figure 7 : Histogramme - Répartition de l'effectif en fonction de la périodicité d'activité physique hebdomadaire

Les données de sommeil ne mettaient pas en évidence d'anomalie majeure au niveau descriptif.

Temps de sommeil	Nombre d'enfants	% de l'effectif
10 heures ou plus	36	32,1 %
9 à 10 heures	50	44,6 %
8 à 9 heures	24	21,4 %
Inférieur à 8 heures	2	1,8 %

Tableau 3 : Temps de sommeil quotidien des enfants

IV. Résultats analytiques répondant aux objectifs

a. Objectif principal

Temps d'écran	IMC bas (n=13)	IMC normal (n=72)	IMC supérieur (n=25)
Inférieur à 1 heure / jour	5 (38,5 %)	38 (52,8 %)	8 (32,0 %)
1–2 heures / jour	4 (30,8 %)	23 (31,9 %)	10 (40,0 %)
2–3 heures / jour	2 (15,4 %)	9 (12,5 %)	6 (24,0 %)
3–4 heures / jour	2 (15,4 %)	1 (1,4 %)	1 (4,0 %)
Supérieur à 4 heures / jour	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)

Tableau 4 : Analyse croisée entre temps d'écran quotidien et le groupe IMC

L'analyse croisée entre le temps moyen quotidien passé devant les écrans et le groupe d'IMC n'a pas retrouvé d'association statistiquement significative (χ^2 de Pearson = 10,380 ; ddl = 8 ; p = 0,239). Dans cet échantillon, le temps d'écran déclaré par les parents n'apparaissait pas associé au statut pondéral de l'enfant.

La répartition du temps d'écran était globalement comparable entre les groupes d'IMC. Une proportion légèrement plus élevée d'enfants du groupe d'IMC supérieur présentait un temps d'écran compris entre 1 et 3 heures par jour, sans que cette différence n'atteigne le seuil de significativité.

b. Objectifs secondaires : facteurs liés aux écrans

L'étude ne mettait pas en évidence d'association significative entre le groupe d'IMC et le nombre de smartphones au domicile (ANOVA p = 0,989), le nombre de tablettes tactiles (p = 0,828), le nombre d'ordinateurs (p = 0,889) ou le nombre de consoles de jeux (p = 0,639). De même, les corrélations de Spearman entre l'IMC et ces variables n'étaient pas significatives.

En revanche, le nombre moyen de télévisions différait significativement selon le groupe d'IMC (ANOVA F = 3,276 ; p = **0,042**) : il était de 1,28 dans le groupe d'IMC normal, contre 1,64 dans le groupe d'IMC supérieur et 1,54 dans le groupe d'IMC bas. Ce résultat reste toutefois à

interpréter avec prudence, car la corrélation monotone entre l'IMC et le nombre de télévisions n'était pas significative (rho de Spearman = 0,137 ; *p* = 0,155).

Les autres variables directement liées aux écrans, notamment la perception parentale de l'impact des écrans sur le comportement de l'enfant (ANOVA *p* = 0,486) et le niveau d'inquiétude parental vis-à-vis des écrans (ANOVA *p* = 0,502), n'étaient pas associées au groupe d'IMC.

Variable	IMC bas	IMC normal	IMC supérieur	*p*
Télévisions au domicile	1,54 ± 0,78	1,28 ± 0,61	1,64 ± 0,64	**0,042 ;** corrélation de Spearman *p*=0,155
Smartphones au domicile	2,08 ± 0,49	2,06 ± 0,75	2,08 ± 0,91	0,989
Tablettes tactiles au domicile	0,77 ± 0,93	0,65 ± 0,72	0,72 ± 0,61	0,828
Ordinateurs au domicile	1,08 ± 0,64	0,99 ± 0,69	1,04 ± 0,84	0,889
Consoles de jeux au domicile	0,77 ± 1,09	1,07 ± 1,25	0,92 ± 0,86	0,639
Perception parentale de l'impact des écrans sur le comportement	6,18 ± 2,48	5,66 ± 2,46	5,16 ± 2,48	0,486
Inquiétude parentale vis-à-vis des écrans	6,27 ± 2,20	5,18 ± 3,04	5,24 ± 2,62	0,502

Tableau 5 : Facteurs liés aux écrans selon le groupe d'IMC

c. Autres résultats d'intérêt pour l'étude

Parmi les variables non strictement liées aux écrans mais importantes pour l'interprétation globale, plusieurs résultats complémentaires étaient notables. (Annexe 3)

- Une tendance à l'association était observée entre le sexe de l'enfant et le groupe d'IMC, sans atteindre le seuil de significativité (p = 0,059).
- La catégorie socio-professionnelle parentale était significativement associée au groupe d'IMC (χ^2 = 38,403 ; ddl = 18 ; p = **0,003**), même si de nombreuses cases avaient des effectifs théoriques faibles. Les enfants dont les parents ont coché la case « cadres et professions intellectuels supérieures » étaient plus représentés dans le groupe IMC haut.
- La fréquence de consommation de fruits et légumes était associée au groupe d'IMC (χ^2 = 20,724 ; ddl = 8 ; p = **0,008**). Les enfants du groupe d'IMC normal consommaient plus souvent des fruits et légumes tous les jours (68,1 %) que les enfants du groupe d'IMC supérieur (36,0 %).
- La connaissance parentale des recommandations officielles sur le temps d'écran était également associée au groupe d'IMC (χ^2 = 9,003 ; ddl = 2 ; p = **0,011**). La proportion d'enfants classés dans le groupe d'IMC supérieur était plus élevée lorsque les parents déclaraient ne pas connaître ces recommandations (41,9 %) que lorsqu'ils les connaissaient (15,4 %).
- Le temps quotidien d'activité physique ne différait pas significativement entre les groupes d'IMC (p = 0,118), mais on notait une proportion plus élevée d'enfants avec moins de 30 minutes d'activité physique dans le groupe d'IMC supérieur (20,0 %) que dans le groupe normal (4,2 %).
- Le nombre de repas par jour (p = 0,298), le lieu du repas de midi (p = 0,418), le nombre de grignotages hors goûter (p = 0,784), le nombre d'heures de sommeil par nuit (p = 0,333), la qualité du sommeil (p = 0,670), l'âge du parent répondant (p = 0,135 en analyse par groupes) et le milieu de vie (p = 0,146) n'étaient pas significativement associés au groupe d'IMC.
- En analyse corrélationnelle exploratoire, l'IMC augmentait modestement avec l'âge de l'enfant (rho de Spearman = 0,202 ; p = **0,034**). Cette association n'était toutefois pas significative dans l'analyse de variance entre les trois groupes d'IMC (p = 0,151).

d. Synthèse des commentaires parentaux

Les commentaires libres des parents ont été regroupés par thématiques afin de faciliter leur présentation (n = 114). (Annexe 4)

- Trente-trois parents (28.9 %) rapportaient connaître les recommandations concernant le temps d'écran chez l'enfant,
- Quarante commentaires (35.1 %) insistaient sur l'absence d'écrans avant l'âge de 3 ans,
- Plusieurs répondants évoquaient la nécessité de limiter le temps passé devant les écrans soit 36 (31.6 %),
- Trois parents (2.6%) exprimaient des inquiétudes concernant l'impact des écrans sur le comportement ou le développement de l'enfant,
- Six commentaires (5.3%) traduisaient une position très restrictive vis-à-vis des écrans,
- Deux parents (1.8%) faisaient également référence au libre arbitre ou à l'autonomie de l'enfant dans l'usage des écrans :
    - *« Dans certaines situations de crises, cela permet de calmer l'enfant » ;*
    - *« Pas trop d'écran mais en laissant le choix à l'enfant »*

Discussion

I. Objectif principal de l'étude

Le principal résultat de cette étude est l'absence d'association statistiquement significative entre le temps d'écran quotidien déclaré par les parents et le groupe d'IMC des enfants (*p*=0,239). Ainsi, nos résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse initiale d'une association entre le temps d'écran quotidien et le statut pondéral chez les enfants âgés de deux à huit ans.

Néanmoins, une étude transversale de Börnhorst & al (21) visant à étudier simultanément les associations entre la durée du sommeil, le temps d'écran et les fréquences de consommation alimentaire chez 10 453 enfants âgés de six à neuf ans recrutés dans cinq pays européens, suggère une relation potentielle entre une exposition élevée au temps d'écran et l'augmentation des fréquences de consommation d'aliments riches en graisses, en sucre libre ou en sel. Dans notre étude, le questionnaire ne distinguait pas les différents types d'aliments consommés. Seules la consommation de fruits et légumes et la fréquence des grignotages étaient recueillies. La fréquence des grignotages n'était pas associée significativement au groupe d'IMC. Cependant nous relevons tout de même une consommation de fruits et légumes significativement (*p*= 0,008) associée au groupe d'IMC. Les enfants appartenant au groupe d'IMC normal déclaraient plus fréquemment une consommation régulière de fruits et légumes (68,1 %).

Au cours des dernières décennies, dans un contexte d'épidémie mondiale d'obésité infantile, de nombreuses études ont évalué les associations entre regarder la télévision et l'obésité infantile, mais ont donné des résultats incohérents.

Néanmoins, nous retrouvons des données dans la littérature qui suggèrent cette association entre temps d'écrans et IMC. La revue de littérature effectuée par Carson & al (22), en 2014, compare les données issues de 235 articles. Elle conclut à « une corpulence néfaste pour l'état de santé » des enfants de cinq à 17 ans trop exposés aux écrans. Une méta-analyse de quatorze études issues des bases de données PubMed et Embase effectuée par Zhang & al (23) précise qu'une relation dose-réponse linéaire a également été trouvée pour regarder la

télévision et l'obésité infantile (p < 0,001), avec un risque augmenté de 13% pour chaque heure quotidienne de visionnage de la télévision.

Restreindre le temps passé devant la télévision pour les enfants semble être une stratégie importante de santé publique pour prévenir l'obésité infantile. Cette divergence de résultats pourrait s'expliquer par la taille relativement limitée de notre échantillon. Elle pourrait également refléter l'évolution des pratiques familiales et des messages de prévention au cours de la dernière décennie.

II. Objectifs secondaires de l'étude

Les analyses secondaires de notre étude suggèrent néanmoins que la relation entre écrans et statut pondéral est plus complexe qu'un simple effet dose-réponse du temps passé devant les écrans. Le signal observé pour le nombre de télévisions au domicile, bien que cette association doive être interprétée avec prudence (p= 0,042) et apparait discordante avec l'analyse corrélationnelle, peut refléter un environnement familial globalement plus exposé aux écrans.

D'après le rapport 2024 du service statistique ministériel de la Culture (24), les niveaux d'équipement numérique des ménages français apparaissent globalement stables. La seule exception concerne les télévisions connectées, dont l'adoption continue de croître. En 2023, 90 % des foyers possèdent un téléviseur, un taux en recul de trois points sur les quatre dernières années. Parallèlement, l'équipement en smartphones poursuit sa progression (+ 4,2 points en un an), alors que les taux de possession d'ordinateurs (86,9%) et de tablettes (47,4%) restent inchangés. L'absence de téléviseur est plus fréquente chez les personnes seules, les ménages appartenant aux catégories sociales supérieures et les résidents des grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants.

Au deuxième trimestre 2023 (24), les ménages français disposent en moyenne de 5,8 écrans, répartis entre 1,5 téléviseur, 1,6 ordinateur, 2 téléphones mobiles (dont 1,9 smartphone) et 0,6 tablette tactile. Cette situation de multi-équipement demeure relativement stable depuis 2018, seule la présence des smartphones continuant à progresser légèrement. Cette répartition des équipements numériques est comparable dans notre étude. Seules, les consoles de jeux vidéos ne sont pas citées.

Parallèlement, les données de Médiamétrie (25) montrent que la durée d'écoute de la télévision poursuit son recul en 2023, confirmant une tendance déjà observée avant la crise

sanitaire. Pour les individus âgés de quatre ans et plus vivant dans un foyer équipé d'un téléviseur, la durée moyenne d'écoute s'établit à trois heures et 19 minutes par jour, soit sept minutes de moins qu'en 2022. Il s'agit du niveau le plus faible enregistré depuis 2001. Cette baisse est particulièrement marquée chez les plus jeunes (quatre à quatorze ans), dont le temps d'écoute quotidien a diminué d'une heure en dix ans, passant de 1 heure 58 minutes en 2014 à seulement 58 minutes en 2023. Dans notre étude, la plus grande majorité des parents déclarent que leurs enfants (47,3%) regardent les écrans moins d'une heure par jour. À l'inverse, (26) les catégories d'âge adulte, particulièrement les plus de 50 ans, ont vu leur consommation télévisuelle augmenter de quatorze minutes sur la même période. Enfin, les catégories socioprofessionnelles supérieures, qui restent les moins consommatrices de télévision avec une durée moyenne de 2 heures et 27 minutes par jour en 2023, enregistrent elles aussi une diminution de leur temps d'écoute.

Les résultats les plus solides de cette étude concernent en réalité des variables contextuelles et comportementales : la catégorie socio-professionnelle parentale, la fréquence de consommation de fruits et légumes et la connaissance des recommandations officielles sur les écrans. Ces résultats plaident en faveur d'un déterminisme multifactoriel de l'excès pondéral, dans lequel les écrans ne constituent probablement qu'un marqueur parmi d'autres d'un environnement de vie plus complexe.

III. Les facteurs favorisant le surpoids chez l'enfant

La tendance observée pour l'activité physique, sans atteindre la significativité statistique, mérite également d'être mentionnée en discussion car elle va dans le sens de la littérature. Dans les pays industrialisés, la diminution de l'activité physique chez les enfants contribue à une baisse des dépenses énergétiques et favorise le développement du surpoids. Cette situation touche davantage les filles, dont la pratique sportive est moins fréquente : en France, 81% des garçons déclarent pratiquer un sport contre 67% des filles (27). Seulement 7,1% des enfants de notre étude pratiquent une activité physique inférieure à 30 minutes par jour. L'analyse n'a cependant pas été stratifiée selon le sexe.

Néanmoins, une tendance à une association a été observée (p = 0,059), sans atteindre le seuil de significativité statistique entre le sexe de l'enfant et le groupe IMC. Une tendance à une

plus forte proportion de filles dans le groupe d'IMC supérieur a été observée (27,1% versus 17,6%), tandis que les garçons étaient plus souvent classés dans le groupe d'IMC normal (76,5% versus 55,9%).

Parallèlement, les loisirs des enfants sont devenus plus sédentaires. Le temps consacré à la télévision, aux jeux vidéo, aux ordinateurs ou aux smartphones augmente, réduisant les occasions de bouger. Ces activités s'accompagnent souvent de grignotages riches en sucres et en graisses (chips, bonbons, cacahuètes, etc.), ce qui accentue le risque de prise de poids.

L'inactivité physique peut également perturber le sommeil. Dans nos résultats, nous ne retrouvons pas de significativité (p=0,333) entre le nombre d'heures de sommeil et l'IMC. En analyse descriptive, la quasi-totalité des enfants (98%) dormaient au moins huit heures par nuit. D'après les recommandations, un temps de sommeil optimal se situe entre neuf et treize heures pour cette catégorie d'âge (28). Par ailleurs, plusieurs études montrent qu'un sommeil insuffisant est associé à un risque accru de surpoids. Pendant le sommeil, l'organisme produit notamment des hormones qui participent à la régulation de l'appétit ; leur diminution peut favoriser une prise alimentaire excessive.

Les filles sont plus nombreuses dans notre étude, elles sont également plus nombreuses dans le groupe d'IMC supérieur mais également plus nombreuses dans le groupe d'IMC inférieur, il y a une plus grande ambivalence de leur IMC. Selon l'enquête Obépi-Roche et Inserm de 2020 (29), menée auprès de 2 229 jeunes de moins de 18 ans, la surcharge pondérale concerne 34% des enfants de deux à sept ans et 21% des jeunes de huit à 17 ans. L'obésité touche quant à elle 18% des plus jeunes et 6% des adolescents. Parmi les enfants obèses, les garçons sont plus nombreux que les filles (62 % contre 38 %) (27).

IV. L'influence du poids de naissance

Le poids de naissance n'a pas été recueilli dans notre étude mais d'après une étude de 2017 (30), le poids à la naissance constitue également un facteur associé à la corpulence future. Les enfants nés avec un poids élevé (4kg ou plus) présentent davantage de risques d'être en surcharge pondérale à l'âge de cinq ou six ans. Environ 20% d'entre eux sont concernés, contre 12% des enfants nés entre 2,5 et 4kg et 8% de ceux nés avec un faible poids de naissance. À

l'inverse, les enfants de petit poids sont plus fréquemment en situation de maigreur durant l'enfance.

Cette relation entre poids de naissance et corpulence persiste jusqu'à l'adolescence. Ainsi, un enfant sur deux en surpoids à l'âge de cinq ou six ans présente encore un excès pondéral à quinze ans, alors que cette situation ne concerne qu'environ 11% des adolescents qui avaient une corpulence normale au même âge.

V. Le rôle des inégalités sociales

La catégorie socio-professionnelle du parent répondant est associée au groupe d'IMC de son enfant (p=0,003), les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées semblent présenter un moindre risque d'obésité chez leurs enfants. Les différences sociales jouent alors un rôle majeur dans le risque de surpoids (30). Cela s'accentue si le poids de naissance est élevé. Bien que les bébés de poids élevé soient légèrement plus fréquents dans les familles de cadres, les enfants d'ouvriers sont davantage touchés par la surcharge pondérale dès l'âge de six ans (16% contre 7% chez les enfants de cadres).

À poids de naissance identique, les enfants issus de milieux ouvriers présentent un risque plus élevé de développer un surpoids. Cette situation s'explique en partie par des habitudes de vie moins favorables à la santé : temps d'écran plus important, présence plus fréquente d'un écran dans la chambre, prise irrégulière du petit-déjeuner et niveau d'activité physique souvent plus faible.

Les analyses (30) montrent notamment que l'absence ou l'irrégularité du petit-déjeuner ainsi qu'un usage quotidien prolongé des écrans sont associés à un risque accru de surcharge pondérale. Toutefois, ces comportements n'expliquent pas entièrement les écarts observés entre les groupes sociaux. À habitudes de vie comparables, les enfants d'ouvriers ont encore un risque près de deux fois plus élevé d'être en surpoids à six ans que les enfants de cadres. Le surpoids et l'obésité durant l'enfance ont tendance à se maintenir au fil des années. Parmi les enfants en surpoids à six ans, la moitié présente encore un excès pondéral à quinze ans. De même, 42% des enfants obèses à l'entrée en primaire restent obèses à l'adolescence. La persistance de l'obésité varie également selon le milieu social. Parmi les enfants obèses à six ans, seuls 19% des enfants de cadres le sont encore à quinze ans, contre près de la moitié des

enfants issus des catégories sociales les moins favorisées. Ces résultats soulignent l'importance des facteurs sociaux, environnementaux et comportementaux dans la prévention et l'évolution du surpoids infantile.

VI. Le rôle des connaissances et perceptions parentales

Il nous semblait intéressant d'étudier la perception parentale et le niveau d'inquiétude des parents vis à vis des écrans et de leur relation avec leurs enfants. Nous ne relevons pas d'association significative entre le niveau d'inquiétude des parents et l'appartenance de l'enfant au groupe d'IMC.

Néanmoins la connaissance parentale des recommandations d'utilisation des écrans par leurs enfants entre en compte, les enfants dont les parents ne connaissaient pas les recommandations semblaient présenter plus fréquemment un excès pondéral. Malheureusement cette tendance semble diminuer lorsque l'enfant grandit. C'est ce que l'on retrouve dans l'enquête Enabee publiée par Santé publique France (31). Ainsi, alors que neuf parents sur dix indiquaient limiter « toujours » ou « souvent » le temps d'écran de leur enfant, le contrôle des contenus diminuait progressivement : 52% des parents d'enfants âgés de trois à cinq ans, 45% de ceux ayant des enfants de six à huit ans et 36% de ceux ayant des enfants de neuf à onze ans déclaraient empêcher « souvent » l'accès à certains contenus. À l'inverse, entre 5% et 9% des parents, selon l'âge de l'enfant, indiquaient ne « jamais » restreindre les contenus consultés. Ces résultats confortent la pertinence des actions déjà menées par Santé publique France dans le cadre de son programme de soutien à la parentalité (31). Parmi elles figurent le projet « Moins d'écrans, plus d'interactions », qui sensibilise les parents de jeunes enfants aux usages des écrans, l'intervention Panjo, qui accompagne les familles en situation de vulnérabilité dès la grossesse et intègre un volet de prévention de l'exposition aux écrans, ainsi que le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP), qui renforce les compétences parentales, notamment en matière de gestion des écrans, et les compétences psychosociales des enfants.

Dans notre étude quelques parents indiquaient ne pas limiter le temps d'écran de leur enfant. Nous retrouvons également cela dans l'étude Enabee (32), 9,1 % des parents d'enfants de

trois à cinq ans, 5,7% des parents d'enfants de six à huit ans et 5,4% des parents d'enfants de neuf à onze ans déclaraient ne « jamais » limiter le contenu visionné par leur enfant.
L'étude de Ding et al. (33) rapporte une diminution du temps d'écran de loisirs de l'ordre de 11% dans le cadre de l'application de règles parentales strictes encadrant les usages. Cette étude souligne le rôle déterminant des parents dans la régulation des usages numériques des enfants, à la fois par l'accompagnement qu'ils proposent et par l'exemple qu'ils donnent. Le temps d'écran des enfants étant étroitement associé à celui des parents et aux comportements des adultes qui les entourent, la mise en place de règles claires, de limites de temps d'utilisation et d'un accompagnement adapté constitue un levier important pour encadrer les pratiques et prévenir les risques liés à un usage excessif des écrans.

VII. Limites et points forts

Après revue de la littérature, il apparaît que notre étude est l'une des seules à s'intéresser spécifiquement aux enfants âgés de 2 à 8 ans concernant l'usage des écrans et leurs conséquences sur leur poids.
Cette recherche vient ainsi enrichir les travaux déjà disponibles sur l'exposition aux écrans chez les tout-petits (0–3 ans) ou des enfants d'âge pré-adolescents (10-13 ans). En effet, les études consacrées à ces tranches d'âge demeurent moins nombreuses que celles portant sur les adolescents.
Par ailleurs, le caractère multicentrique de notre étude a permis de recueillir les données d'une population variée sur les plans sociodémographique et géographique à l'échelle de la Franche-Comté. Mais notre échantillon représente une population majoritairement rurale qui est probablement plus souvent en extérieur par rapport à une population urbaine.
Lors du recueil des questionnaires, les parents semblaient intéressés par le sujet. En effet, plusieurs parents m'ont interrogé sur les recommandations de temps d'écrans pour leur enfant et sur les résultats de notre étude. Certaines fois ce questionnaire a permis d'initier une consultation de prévention sur les écrans et leur impact sur le poids de leurs enfants. Plusieurs biais ont pu survenir notamment un biais de déclaration suite au protocole de collecte des questionnaires.

Cette étude présente certaines limites. Tout d'abord, le recueil des données reposait sur des déclarations parentales, exposant à un biais de mémorisation et de désirabilité sociale, notamment pour les variables comportementales telles que le temps d'écran, l'activité physique ou le sommeil. De plus, le calcul de l'IMC était basé sur des données déclarées, sans mesure objective, ce qui peut entraîner une imprécision dans la classification du statut pondéral. La taille modérée de l'échantillon a également pu limiter la puissance statistique, expliquant l'absence de significativité pour certaines variables malgré des tendances observées. Enfin, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre l'exposition aux écrans et le statut pondéral.

Cependant, cette étude présente plusieurs points forts. Elle repose sur une analyse détaillée de multiples facteurs environnementaux et comportementaux, permettant une approche globale de la problématique. L'utilisation d'un questionnaire structuré a permis une collecte homogène des données, et l'analyse statistique rigoureuse a permis d'identifier des associations pertinentes, notamment concernant les facteurs socio-économiques et alimentaires. Enfin, cette étude apporte des données originales dans une population pédiatrique jeune, encore peu étudiée sur cette thématique.

VIII. Perspectives

Notre étude s'est intéressée au temps d'écran et son impact sur le poids des enfants de 2 à 8 ans. Nous avons pu mettre en lumière que plusieurs facteurs environnementaux et comportementaux semblent avoir une influence sur le statut pondéral des enfants. L'absence d'association significative entre le temps d'écran et le statut pondéral observée dans cette étude ne remet pas nécessairement en cause l'existence d'un lien entre ces variables, mais souligne la nécessité d'explorer davantage les mécanismes intermédiaires susceptibles de les relier. Des études longitudinales, reposant sur des mesures objectives des comportements de santé et tenant compte des déterminants sociaux, pourraient permettre de mieux appréhender la contribution respective des écrans, des habitudes alimentaires et du contexte socio-familial dans le développement de l'obésité infantile.

Une autre ouverture intéressante consiste à questionner non plus la quantité d'écran, mais la qualité de l'usage. A l'heure où les écrans occupent une place croissante dans le quotidien des

jeunes enfants, il apparaît pertinent de dépasser la seule mesure du temps d'exposition pour s'intéresser à la nature des usages, à l'accompagnement parental et aux comportements associés, qui pourraient constituer des leviers plus pertinents dans la prévention du surpoids et de l'obésité pédiatriques.

Enfin, au regard de ces résultats, une piste d'amélioration pourrait être le développement d'un support de prévention. Dans cette optique, une affiche de prévention a été élaborée dans le cadre de ce travail. Destinée aux parents et aux professionnels de santé, elle vise à diffuser les recommandations actuelles concernant l'usage des écrans chez l'enfant et à favoriser une sensibilisation simple et accessible lors des consultations de médecine générale. (Annexe 6)

Conclusion

L'obésité infantile demeure un enjeu majeur de santé publique dont les déterminants sont multiples et intriqués. Si les écrans occupent aujourd'hui une place importante dans le quotidien des enfants, notre étude n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre la durée quotidienne d'exposition aux écrans et le statut pondéral. Ce résultat invite à nuancer l'idée d'un lien direct entre exposition aux écrans et obésité.

En revanche, plusieurs facteurs apparaissent associés au groupe d'IMC, notamment la catégorie socio-professionnelle parentale, la fréquence de consommation de fruits et légumes ainsi que la connaissance des recommandations relatives au temps d'écran. Ces résultats confortent l'hypothèse selon laquelle l'excès pondéral de l'enfant s'inscrit dans un déterminisme multifactoriel, où les écrans constituent davantage un élément d'un ensemble de comportements et de facteurs environnementaux qu'un facteur causal isolé.

Pour le médecin généraliste, cette étude souligne l'intérêt d'une approche globale de la prévention. L'évaluation des habitudes numériques ne devrait pas se limiter à la durée d'exposition aux écrans, mais s'intégrer à une analyse plus large des habitudes de vie de l'enfant et de son environnement familial. La prévention repose ainsi sur la promotion conjointe d'une alimentation équilibrée, d'une activité physique régulière, d'un sommeil de qualité, de relations sociales épanouissantes et d'un usage raisonné des écrans, adapté à l'âge et aux besoins de chaque enfant.

Au-delà de la consultation, la prévention de l'obésité infantile implique une mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés : familles, professionnels de santé, système éducatif, acteurs du numérique et pouvoirs publics. Le développement d'un environnement numérique plus favorable à la santé, la limitation de l'exposition précoce aux écrans et la réduction des inégalités sociales de santé constituent des leviers complémentaires pour accompagner les jeunes générations.

Enfin, les limites méthodologiques des études disponibles, en particulier leur caractère majoritairement observationnel, l'hétérogénéité des mesures du temps d'écran et la difficulté à prendre en compte l'ensemble des facteurs de confusion, justifient la poursuite des recherches. Les futurs travaux gagneraient à s'intéresser davantage à la qualité des usages

numériques, aux différents types d'écrans et de contenus, ainsi qu'aux interactions entre les comportements de santé.

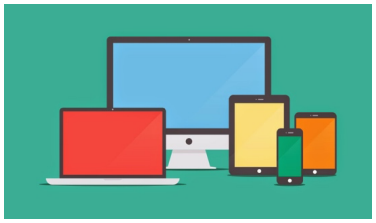
Ainsi, l'objectif de cette étude, qui était d'explorer l'existence d'une association entre le temps d'écran et le statut pondéral chez l'enfant, n'a pas permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif. En revanche, il souligne l'importance de considérer l'enfant dans toute la complexité de ses déterminants comportementaux, familiaux et sociaux.

En définitive, cette thèse invite à dépasser une approche réductrice de la relation entre les écrans et l'obésité infantile. Plus que le temps d'écran lui-même, c'est l'ensemble des habitudes de vie, du contexte familial et des déterminants qui doit être pris en compte pour prévenir efficacement le développement de l'obésité chez l'enfant.

Annexe 2 - Questionnaire de l'étude



UFR SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ



Chère Madame, Cher Monsieur,

Actuellement interne en dernière année de médecine générale, je réalise ma thèse sur un sujet d'actualité. Il s'agit d'évaluer l'impact des écrans sur l'obésité chez les enfants âgés de 2 à 8 ans. Ce questionnaire s'adresse à vous, **parent(s) d'enfant âgé entre 2 et 8 ans, en surpoids ou non** afin de déterminer quels facteurs liés aux écrans ont un impact sur l'obésité.
Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir y consacrer quelques minutes pour y répondre de façon anonyme.
Votre participation m'est très précieuse, me permettant ainsi de recueillir un maximum de réponses pour que mon étude soit la plus représentative possible.

Veuillez remettre ce questionnaire à votre médecin.

Merci d'avance pour votre aide,
Bien cordialement,
Pauline Oberlé

QUESTIONNAIRE

Section 1 : Informations démographiques

1) Âge de votre enfant :
☐ 2 ans ☐ 3 ans ☐ 4 ans ☐ 5 ans
☐ 6 ans ☐ 7 ans ☐ 8 ans

2) Sexe de votre enfant :
☐ Garçon ☐ Fille

3) Poids de votre enfant (en kg) : _____

4) Taille de votre enfant (en cm) : _____

5) Votre âge (parent répondeur) : _____

6) Votre milieu de vie :
☐ Urbain (plus de 10 000 habitants)
☐ Semi-rural (de 2 000 à 10 000 habitants)
☐ Rural (moins de 2 000 habitants)

7) Votre catégorie socio-professionnelle :
☐ Artisans / commerçants
☐ Agriculteurs
☐ Cadres et professions intellectuels supérieures
☐ Employés
☐ Ouvriers
☐ Autres :

8) Votre situation familiale :
☐ Célibataire
☐ En couple / marié(e)
☐ Séparé(e) / divorcé(e)
☐ Veuf / veuve



Section 2 : Habitudes d'écran

9) Écrans disponibles à la maison. Veuillez indiquer le nombre d'appareils dans votre foyer en face de chaque catégorie.
Télévision : _____
Smartphone : _____
Tablette tactile : _____
Ordinateur : _____
Console de jeux vidéos : _____

10) Temps moyen quotidien passé devant les écrans (TV, tablettes, smartphones, ordinateurs, jeux vidéos) :
☐ Moins de 1 heure
☐ 1 à 2 heures
☐ 2 à 3 heures
☐ 3 à 4 heures
☐ Plus de 4 heures

11) Types d'activités de votre enfant devant les écrans (choix multiples) :
☐ Regarder la télévision
☐ Jouer à des jeux vidéos
☐ Utiliser des applications éducatives (Scratch, Duolingo etc…)
☐ Regarder des vidéos en ligne (Youtube, TikTok etc…)
☐ Autres (préciser) : _____

Section 3 : Habitudes alimentaires

12) Nombre de repas par jour de votre enfant, y compris le goûter :
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
☐ 4 ☐ 5 ou plus

13) Votre enfant prend ses repas du midi :
☐ Cantine
☐ Collectivité (crèche)
☐ Assistante maternelle
☐ Domicile / famille



14) Fréquence de consommation de fruits et légumes de votre enfant :
☐ Tous les jours
☐ 3-4 fois par semaine
☐ 1-2 fois par semaine
☐ Rarement
☐ Jamais

15) Nombre de grignotages (sucrés/salés) par jour (hors goûter) :
☐ Jamais
☐ 1 fois
☐ 2 fois
☐ 3 fois ou plus

Section 4 : Activité physique

16) Temps moyen quotidien d'activité physique (jeux extérieurs, sport, etc.) :
☐ Moins de 30 minutes ☐ 1 à 2 heures
☐ 30 minutes à 1 heure ☐ Plus de 2 heures

17) Type d'activité physique principale (choix multiples) :
☐ Jeux en plein air (avec famille ou amis)
☐ Sports organisés (en club par exemple)
- Si oui, quel sport ? _____
- Combien d'heure par semaine ? _____

☐ Activités à l'école
☐ Autres : _____



Section 5 : Habitudes de sommeil

18) Nombre moyen d'heures de sommeil par nuit :
☐ Moins de 8 heures ☐ 8 à 9 heures ☐ 9 à 10 heures ☐ 10 heures ou plus

19) Qualité du sommeil selon les parents :
☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise ☐ Très mauvaise

Section 6 : Perceptions parentales

20) Perception des parents de l'impact des écrans sur le comportement de leur enfant.
Veuillez indiquer cela par un chiffre entre 0 et 10 : _____

Sachant que 10 représente un impact très négatif et 0 un impact très positif des écrans sur leur comportement selon votre perception.

21) Inquiétudes des parents concernant l'utilisation des écrans par leur enfant.
Veuillez indiquer cela par un chiffre entre 0 et 10 : _____

Sachant que 10 représente une très grande inquiétude et 0 que vous n'êtes pas du tout inquiet concernant l'utilisation des écrans par votre enfant.

Section 7 : Connaissances des parents sur les recommandations

22) Connaissance des recommandations officielles sur le temps d'écran pour les enfants :
☐ Oui
☐ Non

Selon vous, quelles sont ces recommandations ? :
_____
_____
_____

Section 8 : Commentaires additionnels

23) Commentaires supplémentaires ou préoccupations concernant l'utilisation des écrans et la santé de votre enfant :
_____
_____

Merci

Annexe 3 - Tableau de synthèse des facteurs associés au groupe d'IMC

Variable	Modalité / statistique	IMC bas (n=13)	IMC normal (n=72)	IMC supérieur (n=25)	*p*
Sexe	Fille	10 (76,9 %)	33 (45,8 %)	16 (64,0 %)	*0,059*
	Garçon	3 (23,1 %)	39 (54,2 %)	9 (36,0 %)	
Âge de l'enfant	moyenne ± ET (ans)	4,31 ± 2,21	4,99 ± 1,86	5,56 ± 1,87	0,151
	corrélation IMC–âge		rho = 0,202		**0,034**
Âge du parent répondant	20–30 ans	4 (30,8 %)	9 (12,7 %)	6 (24,0 %)	0,135
	31–40 ans	9 (69,2 %)	49 (69,0 %)	16 (64,0 %)	
	41–50 ans	0 (0,0 %)	13 (18,3 %)	2 (8,0 %)	
	> 50 ans	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)	
	moyenne ± ET (ans)	32,15 ± 4,63	35,69 ± 4,85	34,84 ± 6,03	0,075
Milieu de vie	Rural	4 (30,8 %)	34 (47,2 %)	17 (68,0 %)	0,146
	Semi-rural	4 (30,8 %)	24 (33,3 %)	5 (20,0 %)	
	Urbain	5 (38,5 %)	14 (19,4 %)	3 (12,0 %)	
Catégorie socio-professionnelle parentale	Agriculteurs	1 (7,7 %)	2 (2,8 %)	1 (4,0 %)	**0,003**
	Artisans / commerçants	0 (0,0 %)	4 (5,6 %)	1 (4,0 %)	
	Bibliothécaire	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
	Cadres / professions intellectuelles supérieures	1 (7,7 %)	23 (31,9 %)	12 (48,0 %)	
	Employés	5 (38,5 %)	33 (45,8 %)	10 (40,0 %)	
	Libéral / entrepreneur	0 (0,0 %)	3 (4,2 %)	0 (0,0 %)	
	Mère au foyer	0 (0,0 %)	2 (2,8 %)	1 (4,0 %)	
	Ouvriers	4 (30,8 %)	3 (4,2 %)	0 (0,0 %)	
	Profession intermédiaire	0 (0,0 %)	2 (2,8 %)	0 (0,0 %)	
	Recherche d'emploi	1 (7,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	

Fruits et légumes	Tous les jours	5 (38,5 %)	49 (68,1 %)	9 (36,0 %)	**0,008**
	3–4 fois / semaine	4 (30,8 %)	19 (26,4 %)	12 (48,0 %)	
	1–2 fois / semaine	2 (15,4 %)	2 (2,8 %)	3 (12,0 %)	
	Rarement	2 (15,4 %)	2 (2,8 %)	0 (0,0 %)	
	Jamais	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (4,0 %)	
Connaissance des recommandations officielles sur le temps d'écran	Oui	10 (83,3 %)	56 (77,8 %)	12 (48,0 %)	**0,011**
	Non	2 (16,7 %)	16 (22,2 %)	13 (52,0 %)	
Activité physique quotidienne	< 30 min / j	0 (0,0 %)	3 (4,2 %)	5 (20,0 %)	0,118
	30 min à 1 h / j	9 (69,2 %)	40 (55,6 %)	10 (40,0 %)	
	1 à 2 h / j	2 (15,4 %)	19 (26,4 %)	5 (20,0 %)	
	> 2 h / j	2 (15,4 %)	10 (13,9 %)	5 (20,0 %)	
Nombre de repas / jour	2 repas	1 (7,7 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	0,298
	3 repas	6 (46,2 %)	28 (38,9 %)	12 (48,0 %)	
	4 repas	5 (38,5 %)	42 (58,3 %)	13 (52,0 %)	
	5 repas ou plus	1 (7,7 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Lieu du repas du midi	Assistante maternelle	4 (30,8 %)	8 (11,1 %)	3 (12,0 %)	0,418
	Cantine	4 (30,8 %)	34 (47,2 %)	15 (60,0 %)	
	Cantine + domicile	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
	Collectivité / crèche	0 (0,0 %)	3 (4,2 %)	2 (8,0 %)	
	Domicile / famille	5 (38,5 %)	26 (36,1 %)	5 (20,0 %)	
Grignotages hors goûter	Jamais	6 (46,2 %)	38 (52,8 %)	13 (52,0 %)	0,784
	1 fois	5 (38,5 %)	27 (37,5 %)	10 (40,0 %)	
	2 fois	2 (15,4 %)	4 (5,6 %)	2 (8,0 %)	
	3 fois ou plus	0 (0,0 %)	3 (4,2 %)	0 (0,0 %)	

Sommeil nocturne	< 8 h	1 (7,7 %)	4 (5,6 %)	1 (4,0 %)	0,333
	8–9 h	4 (30,8 %)	22 (30,6 %)	7 (28,0 %)	
	9–10 h	4 (30,8 %)	21 (29,2 %)	7 (28,0 %)	
	≥ 10 h	4 (30,8 %)	25 (34,7 %)	10 (40,0 %)	
Qualité du sommeil	Très bonne	3 (23,1 %)	17 (23,6 %)	4 (16,0 %)	0,67
	Bonne	6 (46,2 %)	33 (45,8 %)	12 (48,0 %)	
	Moyenne	3 (23,1 %)	17 (23,6 %)	7 (28,0 %)	
	Mauvaise	1 (7,7 %)	4 (5,6 %)	2 (8,0 %)	
	Très mauvaise	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	

Annexe 4 - Commentaires libres de la question 22

pas d’écran avant 3 ans / 1h30 écran par semaine au delà
1h par jour max
1h par jour et pas avant de se coucher ou pendant les repas
0
Pas d'écran avant 3 ans, limiter le temps d'exposition avec des pauses régulières et la distance ecran/yeux doit être bien respectée, enfin pas d'écran 2h avant de dormir
Peu importe les recommandations j'évite au maximum les écrans, et par conséquent je ne veux pas voir mes enfants devant H24, ils ont d'autres choses à apprendre suivant l'âge.
Pas d’écran avant 3 ans puis maximum 1h selon l’âge jusqu’à 6ans
Pas d'écran avant 3 ans et moins d'une heure après 3 ans
Pas d'écran avant 3 ans et 1 heure après 3 ans
Entre 1à 2 heures par jour maximum
Pas d’écran avant 3 ans
Pas d’écran avant 3 ans, <30 min par jour à 3 ans, <60min/j à 6 ans
NR
Limiter le temps d'écran au maximum et favoriser les autres activités
NR
Limiter le temps sur les écrans
30mn/jour
Pas d’écrans avant 3 ans et moins de 1h par Jour après 3 ans
NR
Pas d'écrans pour les 0-3 ans, puis adaptation de la durée et du contenu en fonction de l'âge, pas de console personnelle avant 6 ans, pas d'internet seul avant 9 ans, pas de réseaux sociaux avant 12 ans, après 12 ans, parlez avec l'enfant des risques et danger d'internet et réseaux
Pas d'écrans 0-3 ans 3-6 ans 20 min, 6-8 30 min 8-10 45 min +de 10 ans 1h (tps par jour)
30min
1h
Limiter le temps d'accès journalier aux écrans. Accompagner l'enfant devant les écrans, garder un contrôle et regarder des contenus adaptés à l'âge de l'enfant.
30 min
Je dirais 1h max dans la semaine
2h sem et pas d'écran av 3ans
Pas d'écran avant 3 ans, éviter les écrans au réveil, pendant les repas et avant de dormir, limiter à 30min par jour
NR

1h écran par jour
Pas d’écran avant 3 ans et le moins de temps possible par la suite
30 min par jours
Je ne les ai pas de tête, mais les enfants, en grandissant sont de plus en plus omnibulés par les écrans et c'est un véritable fléau.
Je dirais 1h d'écran par jour maximum
1h par jour ?
Pas avant 3 ans temps contrôlé moins d'une demi-heure sous contrôle et contenu cible
Pas du tout de tv avant 3 ou 4 ans
NR
Pas d'écran avant 3 ans, ensuite 30min/j maximum
Oh avant 3 ans
Pas d'écran avant 3 ans
NR
Pas d'écran avant 3 ans
Pas écran avant 3 ans Occasionnel avant 6 ans Moins d'une heure par jour ensuite
Aucun avant 2 ans
Pas d'écrans avant 3 ans et max 1h/j entre 3 et 6 ans
Nous n'avons pas d'écran accessible pour nos enfants
20 min
30 min
30min/jour
NR
0-3 ans = 0 écrans
2h maximum pour 8 ans . La règle du 36912
1heure par jour
Pas d'écran avant 3 ans, 30 minutes max après
Moins de 1h par jour
Rien avant 3 ans, 1h max à 6 ans
30 min max par jour pour un enfant de 5 ans
1h
0 < 3 ans, 30 min < 6 ans
NR
NR

NR
NR
Pas d’écran avant 3 ans Peu entre 3 et 6
Pas d'écrans avant 3 ans et de manière très progressive ensuite
Moins de 20 minutes par jour pour un enfant de 4 ans
Pas trop d’écran mais en laissant le choix à l’enfant
Max 3h/jour
Aucun écran
Regarder le moins possible.
Je ne sais plus les recommandations pour cet âge la. Mais elle ne regarde que très très peu la télévision et jamais d autres écrans.
Le principe du 3-6-9-12 (pas d’écran avant 3 ans…)
Pas d'écran avant 3 ans et 30min a 1h par jour max
Maximum 30min par jour
Pas d’écran avant 6 ans
Interdit avant 3 ans.
0-3-6-9-12
Pas d’écran jusqu'à 3 ans, respect des PEGI, pas de réseaux sociaux avant 12 ans, apprentissage de la gestion du temps / contrôle parental
Temps d'écran max 1h/jour, pas d'écrans dans la chambre
Pas d'écran avant 3 ans
Pas d'écran avant 10 ans
A 6 ans, 1h max par jour, sans réseau social, sélectionner le contenu adapté et regarder ensemble
Limiter le temps d'écran
Environ 30 min / jour ?
0 avant 3 ans, 30min avant 6 ans
Pas d'écrans avant 3 ans
NR
Pas d'écrans avant 3 ans
limiter le temps d'écran au maximum chaque jour
limiter la durée, faire attention aux contenus, pas d'écran avant le coucher
0 écran si moins de 2 ans, 30 min si plus de 2 ans
NR
NR
maximum 30 min / jour

maximum 30 min / jour
pas avant 3 ans
NR
pas d'écrans avant 2 ans, et quelques heures par semaine
pas d'écrans avant 2 ans minimum
pas d'écrans
pas d'écrans avant 2 ans, sinon 1h par jour
pas d'écrans avant 2 ans
NR *NR*
30 min max par jour
NR
NR
Pas avant l'école, limiter le temps d'écran aux jours sans école, faire attention aux programmes / films
pas avant l'école, sous surveillance du contenu, pas tous les jours, uniquement mercredi et weekend, environ 1h30
NR
pas d'écran avant 3 ans
pas d'écran avant 3 ans, limiter leurs utilisations
1h par jour
pas d'écran avant 4 ans

Annexe 5 - Commentaires libres à la question 23

Pas d’écran en semaine seulement le week-end ou mardi soir
Les écrans chez les enfants, selon moi, doivent être un juste milieu entre la quantité, le contenu, l'accompagnement et les centres d'intérêts des générations. La tv ou les jeux vidéos par exemple, sont certainement négatifs pour l'enfant, pourtant ceux-ci peuvent créer du lien entre eux, et à l'inverse, si tout les enfants parlent de "fornite" ou "harry potter", l'enfant ignorant peut se sentir exclu, inférieur ou différent. De plus, des émissions comme "c'est pas sorcier" ou des jeux comme "minecraft" sont, toujours selon moi, bons pour les enfants (avec un dosage contrôlé). Donc, ne faut-il pas vivre avec son temps et sa digitalisation ?
L’utilisation des écrans est néfaste pour enfant car elle a tendance à s’identifier à ce qu’elle voit. De plus, les contenus présents sur les écrans sont parfois inadaptés à son âge et sa limite sa créativité et son expression personnelle.
Nous limitons les temps d'usage devant les écrans car on détecte sur l'un de nos enfants plus âgé une certaine adduction même si le mot est fort, souvent lorsque l'on demande d'arrêter car le temps d'usage partagé a été atteint, se créé une petite crise de colère avant de finir par accepter le fait que la règle établie doit être appliquée
Déjà vu dans mon entourage des enfants diagnostiqués TDAH ou autre et je suis persuadé que c'est lié aux écrans.
Je sélectionné ce que mes enfants regardent, sélection sur Netflix et Disney , sans publicité et contrôle de l'âge. Je discute avec eux de leur dessin animé, j'échange sur l'histoire, les personnages...
Impact réel sur la santé (vue , cerveaux, santé mentale …) Bon courage à vous
Les enfants commencent de plus en plus tôt à être sur les écrans pas bon !
Je pense que les écrans sont LE fléaux. Mon enfant ne sait pas utiliser nos iphones ni les déverrouiller. La tablette n’est utiliser qu’en palliatif d’une tv inexistante pour un moment de « détente » maitrisé par un Adulte. J’espère que cela perdurera.

Leo bientôt 4ans qui n’utilise JAMAiS l’iphone et ipad quitter regarde 20 a 30 min de pat patrouille 4 a 5 fois par semaine
Actuellement l'usage des écrans n'est pas du tout le problème pour ma fille, elle n'en a pas à disposition et on ne la met pas devant, tout au plus elle arrive a voir la fin du dessin animé que son frère regarde le soir pendant que je la douche si l'épisode n'est pas fini quand elle sort, mais il y a bien une inquiétude sur le poids, liés a d'autres facteurs (mange bcp, trop vite, tendance au grignotage et erreurs de notre part dans son panel alimentaire --> nous y sommes désormais vigilants depuis que nous avons fait le point a la visite des 2 ans) Je me rends compte qu'au moins nous n'avons pas "aggravé" le problème avec une sédentarité excessive et passivité devant les écrans... Qui sont néfastes pour le poids mais aussi pour d'autres choses...
Très attiré par les écrans, il faut bien cadrer sinon ça déborde très vite et ça part en crise de frustration. Dès qu'on regarde plus d'écrans (JO, moments partagés en famille mais nécessairement plus que les 20min recommandés) le retour à la règle normale est difficile. Pas de problème de poids car ne mange rien, et a pris la mauvaise habitude de grignoter pour compenser (en cours de résolution)
Je pense que l’écran rend les enfants nerveux et les frustres. De plus ils ont un besoin d’instantanéité.
Les réseaux sociaux
Lorsque mon fils est devant un écran il est complètement absent pour le reste, et si je ne restreint pas il pourrait y passer la journée, tout comme ces frères et soeurs plus âgés ou c'est continuellement source de conflits, conflit d appartenance pour eux, effet de mode à suivre impérativement pour ne pas être rejeté par les amis mais qui empêche les liens sociaux familiaux et une disponibilité pour d autres activités de tout type. Pour moi c'est évolution est une catastrophe pour la génération actuelle et à venir et un fléau à cadrer beaucoup plus avec des actes de préventions majeurs et l aide d institution pour parvenir à un effet généralisé.
Les écrans sont tellement présent dans le quotidien qu'il n'est pas simple de les éviter. Il y a également l'effet de mode face auquel il est difficile de lutter. Les enfants sont devant la TV est des jeux vidéos comme Fortnite ou Roblox très tôt. Je pense qu'au delà du temps

passer devant les écrans, le contenu visualisé est également très important. 30 minutes sur Duolingo me semble moins dangereuse que des jeux ou vidéos en ligne inadaptés.
Notre fille utilise les écrans principalement pour des films adaptés à son âge et des applications ludiques et pédagogiques. C'est une lutte permanente pour que l'utilisation des écrans soit faite en sécurité. Nombreux sont les enfants de son école qui jouent à des jeux selon moi inadaptés comme Fortnite, Roblox etc. Empêcher notre fille de jouer à ce genre de jeux ou de regarder des vidéos inadaptées n'est pas toujours simple. Le risque d'exclusion fait peur.
Pas d'écran a disposition de l'enfant à la maison. Regarde parfois la télé avec ses cousins cousines lorsque nous sommes conviés, mais rarement très longtemps On voit une nette différence avec une de ses cousines qui passe énormément de temps sur les écrans depuis l'âge d'un an (retard de langage notamment)
Addictions aux écrans
Merci pour cette étude, j'espère que les résultats seront diffusés !
Le comportement agressif. Et ne plus avoir envie de jouer
Comportement agressif. Et ne plus avoir envie de lire et voir ses copains.
L'impact sur l'enfant plus tard et l'utilisation des réseaux pour les adolescents
Pas de préoccupations concernant la quantité actuelle, vigilance une fois qu'elle sera plus âgée
La télé n'est jamais allumée à la maison en présence des enfants, le seul moment autorisé c'est si le repas a été bien pris, le soir au dessert des petits épisodes disneys.
Ma fille est absorbée par l'écran quand il est allumé et présente des difficultés plus importantes à la frustration à son arrêt, lors des rares écrans.
Ras

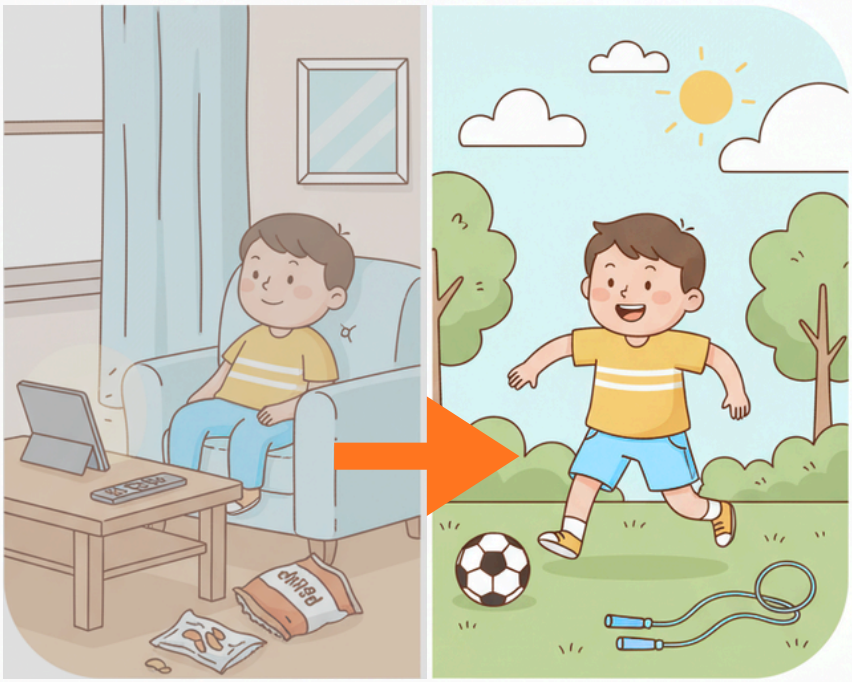
Nous regardons un Disney avec elle, les mercredis et samedis soirs. Elle regarde Bluey un peu avant le temps de préparer le repas. C'est tout chez nous mais nos parents qui la gardent de temps en temps essayent de faire attention aussi. Elle faisait souvent des crises dès que nous éteignons la télé, malgré nos précisions en amont.
Elle ne regarde quasiment jamais d’écran (peut être 1h par mois et pas tous les mois. Je fais très attention.
Accès trop facile aux applications comme YouTube
Retard sur le développement du cerveau, trouble de l'attention
Aucune préoccupation
Trop d'écran = enfant déconnecté de la réalité
Depuis plusieurs semaines, écrans seulement le week-end
Les écrans sont vite addictifs, bien que nous puisions filtré le contenu et imposer un temps
ma fille ne regarde pas un dessin animé en entier, elle décroche assez vite

préoccupation sur le plan du développement psycho-moteur, acquisitions etc...
trop d'écrans, enfant plus énervé, plus dépendant, vit dans sa bulle
temps d'écran et les répercussions sur la concentration de l'enfant
dans certaines situations de crises, cela permet de calmer l'enfant
Ils regardent la TV depuis leurs 3 ans avec précautions. Nous surveillons et limitons le temps d'écran à 1h30 max les jours sans école
nous surveillons le contenu et limitons le temps d'écran aux mercredis/ vacances/ week-end
a la maison, 0 écran pour ma fille de 3 ans et demi
utiliser à bon escient 10 min de dessin animé par jour

Annexe 6 - Affiche de prévention

Chaque heure gagnée loin des écrans est une heure gagnée pour bouger, jouer et grandir.

MOINS D'ÉCRANS, PLUS DE MOUVEMENT



Un temps d'écran excessif favorise :

- la sédentarité
- le grignotage
- les troubles du sommeil
- la prise de poids.

Montrer l'exemple !
Vos enfants vous imitent

Références bibliographiques

1. Révolution numérique. In: Wikipédia [Internet]. 2026 [cité 13 août 2026]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9volution_num%C3%A9rique&oldid=238064082

2. appel_090419.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: https://www.academie-sciences.fr/pdf/rapport/appel_090419.pdf

3. Guide-SNPTV-2020-DIGITAL-5.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Disponible sur: https://www.snptv.org/wp-content/uploads/2020/06/Guide-SNPTV-2020-DIGITAL-5.pdf

4. De plus en plus de foyers équipés de biens électroniques - Insee Focus - 20 [Internet]. [cité 28 nov 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379756

5. Les écrans en France – Le bon usage des écrans [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Disponible sur: https://lebonusagedesecrans.fr/essentiel-a-savoir/les-ecrans-en-france/

6. L'audience TV face à la multiplication des écrans – Digital Media Knowledge [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Disponible sur: https://digitalmediaknowledge.com/medias/laudience-tv-face-a-la-multiplication-des-ecrans/

7. Surpoids et obésité de l'adulte : définition, fréquence, causes et risques [Internet]. [cité 13 août 2026]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-adulte/definition-causes-risques

8. IMC enfant et IMC adolescent : calcul et informations [Internet]. [cité 12 août 2026]. Disponible sur: https://www.imc.fr/enfant-adolescent

9. PED-V033870-00-Le-Pédiatre-298-CAHIER-FMC-HD.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2026]. Disponible sur: https://afpa.org/content/uploads/2023/07/PED-V033870-00-Le-Pe%CC%81diatre-298-CAHIER-FMC-HD.pdf

10. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2025 [cité 19 févr 2025]. Surpoids et obésité chez l'enfant : vers une prise en charge globale et multidimensionnelle. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3320587/fr/surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-vers-une-prise-en-charge-globale-et-multidimensionnelle

11. Les enfants de moins de 6 ans et les écrans numériques : à chacun son rythme, d'après l'enquête Elfe – France, portrait social | Insee [Internet]. 2024 [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6535295?sommaire=6535307

12. Temps d'écran des enfants de 3 à 11 ans : un usage précoce, quotidien et marqué par les inégalités sociales | Santé publique France [Internet]. 2025 [cité 13 août 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/presse/temps-decran-des-enfants-de-3-a-11-ans-un-usage-precoce-quotidien-et-marque-par-les

13. Les Tendances digitales 2025. Stratis : l'agence digitale du secteur public et des collectivités [Internet]. 4 avr 2025 [cité 12 août 2026]. Disponible sur: https://www.stratis.fr/on-en-parle/les-tendances-numeriques-2025/

14. 881687_spf00006175.pdf [Internet]. [cité 15 juin 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/881687_spf00006175.pdf

15. 293978.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2026]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/293978.pdf

16. Les balises 3-6-9-12+ [Internet]. [cité 13 août 2026]. Disponible sur: https://www.3-6-9-12.org/les-balises-3-6-9-12/

17. Philippe Scialom, psychologie de l'enfant et de l'adolescent - L'enfant et l'écran: Rapport de l'Accadémie des Sciences [Internet]. [cité 13 août 2026]. Disponible sur: https://www.guide-psycho.com/accueil/infos-parents/l-enfant-et-l-écran-rapport-de-l-accadémie-des-sciences/

18. appel_090419.pdf [Internet]. [cité 13 août 2026]. Disponible sur: https://www.academie-sciences.fr/pdf/rapport/appel_090419.pdf

19. Enfants et écrans. A la recherche du temps perdu. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 12 août 2026]. Disponible sur: https://afpa.org/enfants-et-ecrans-a-la-recherche-du-temps-perdu/

20. ina.fr [Internet]. [cité 13 août 2026]. Campagne CSA de protection du jeune public, entre amis | INA. Disponible sur: https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/campagne-csa-de-protection-du-jeune-public-entre-amis

21. Börnhorst C, Wijnhoven TM, Kunešová M, Yngve A, Rito AI, Lissner L, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: associations between sleep duration, screen time and food consumption frequencies. BMC Public Health. 30 avr 2015;15:442. doi:10.1186/s12889-015-1793-3 PubMed PMID: 25924872; PubMed Central PMCID: PMC4440513.

22. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. Appl Physiol Nutr Metab. juin 2016;41(6 (Suppl. 3)):S240-65. doi:10.1139/apnm-2015-0630

23. 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

24. Chiffres clés, statistiques de la culture – 2024.

25. Sensio E. Médiamétrie - La vidéo à l'ère des jeunes ultra-connectés [Internet]. [cité 10 juin 2026]. Disponible sur: https://www.mediametrie.fr/fr/la-video-lere-des-jeunes-ultra-connectes

26. L'audience TV face à la multiplication des écrans – Digital Media Knowledge [Internet]. 20 févr 2025 [cité 20 févr 2025]. Disponible sur: https://digitalmediaknowledge.com/medias/laudience-tv-face-a-la-multiplication-des-ecrans/

27. Définition et causes du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) [Internet]. [cité 10 juin 2026]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surpoids-obesite-enfant-adolescent/definition-causes

28. Le sommeil de l'enfant – Le sommeil de l'enfant [Internet]. [cité 10 juin 2026]. Disponible sur: https://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/enfant/sommeil-de-lenfant/

29. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité | Ligue nationale Contre l'Obésité [Internet]. [cité 10 juin 2026]. Disponible sur: https://liguecontrelobesite.org/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/

30. Moisy M. Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? 2017.

31. Temps d'écran des enfants de 3 à 11 ans : un usage précoce, quotidien et marqué par les inégalités sociales | Santé publique France [Internet]. 2025 [cité 15 juin 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/presse/temps-decran-des-enfants-de-3-a-11-ans-un-usage-precoce-quotidien-et-marque-par-les

32. 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 | Santé publique France [Internet]. 2025 [cité 15 juin 2026]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/index.php/docs/enquetesetudes/temps-decran-des-enfants-de-3-11-ans-scolarises-en-maternelle-et-elementaire-en-france-hexagonale-en

33. Ding X, Ji Y, Dong Y, Li Z, Zhang Y. The impact of family factors and communication on recreational sedentary screen time among primary school-aged children: a cross-sectional study. BMC Public Health. 28 juin 2024;24:1733. doi:10.1186/s12889-024-19128-y PubMed PMID: 38943094; PubMed Central PMCID: PMC11214221.

Tables des figures

Figure 1 - Courbe de poids 7
Figure 2 : Histogramme – Répartition de l'effectif selon l'âge 19
Figure 3 : Histogramme – Répartition de l'effectif selon le sexe 20
Figure 4 : Diagramme circulaire - Répartition de l'effectif selon le statut pondéral..... 20
Figure 5 : Diagramme circulaire - Répartition de l'effectif selon le milieu de vie 21
Figure 6 : Histogramme - Répartition de l'effectif en fonction du temps d'activité physique quotidien..... 22
Figure 7 : Histogramme - Répartition de l'effectif en fonction de la périodicité d'activité physique hebdomadaire 23

Plan détaillé

Sommaire 1

Liste des abréviations 3

Introduction 5

I. Les écrans dans la société actuelle 5

II. Le surpoids et l'obésité de l'enfant 6

III. Les liens entre exposition aux écrans et obésité 9

IV. Les recommandations actuelles 12

V. Objectif de l'étude 14

Matériels et méthodes 15

I. Type d'étude 15

II. Mise en place de l'étude 15

III. Le questionnaire 16

IV. Statistiques 17

Résultats 19

I. Population étudiée et caractéristiques générales 19

II. Description de l'exposition aux écrans 21

III. Description des habitudes de vie 22

IV. Résultats analytiques répondant aux objectifs 24

a. Objectif principal 24

b. Objectifs secondaires : facteurs liés aux écrans 24

c. Autres résultats d'intérêt pour l'étude 26

d. Synthèse des commentaires parentaux 27

Discussion 29

I. Objectif principal de l'étude 29

II. Objectifs secondaires de l'étude 30

III. Les facteurs favorisant le surpoids chez l'enfant 31
IV. L'influence du poids de naissance 32
V. Le rôle des inégalités sociales 33
VI. Le rôle des connaissances et perceptions parentales 34
VII. Limites et points forts 35
VIII. Perspectives 36
Conclusion 39
Annexes 41
Annexe 1 - Déclaration CNIL 41
Annexe 2 - Questionnaire de l'étude 42
Annexe 3 - Tableau de synthèse des facteurs associés au groupe d'IMC 46
Annexe 4 - Commentaires libres de la question 22 49
Annexe 5 - Commentaires libres à la question 23 53
Annexe 6 - Affiche de prévention 59
Références bibliographiques 61
Tables des figures 65
Plan détaillé 67

RÉSUMÉ

****

Nom – Prénom : OBERLÉ Pauline

Thèse soutenue le : 8 octobre 2026

Titre de la thèse : *L'impact des écrans sur l'obésité chez l'enfant âgé de 2 à 8 ans en Franche-Comté*

Résumé :

Introduction : L'exposition aux écrans est exponentielle et constitue un enjeu majeur de santé publique. Leur utilisation favorise mécaniquement la sédentarité et influence également les comportements alimentaires. De nombreuses études existent mais peu de travaux se sont intéressés aux enfants âgés de deux à huit ans. Nous avons cherché à évaluer l'impact de l'exposition aux écrans sur l'obésité chez ces enfants.

Méthode : Une étude quantitative observationnelle et descriptive a été menée auprès des parents d'enfants de deux à huit ans à l'aide d'un questionnaire explorant les informations démographiques, les habitudes d'écrans, les habitudes alimentaires et l'activité physique.

Résultats : Dans notre étude portant sur 112 enfants, le temps d'écran quotidien n'était pas significativement associé au statut pondéral (p = 0,239). En revanche, la catégorie socio-professionnelle parentale, la consommation de fruits et légumes et la connaissance des recommandations sur les écrans étaient significativement associées au groupe d'IMC. Les autres habitudes de vie, notamment l'activité physique, le sommeil, le nombre de repas et les grignotages, ne différaient pas significativement selon le statut pondéral.

Conclusion : Nos résultats soulignent l'intérêt d'une approche globale des habitudes de vie et de la sensibilisation parentale. Une approche préventive centrée sur la qualité des usages, l'accompagnement parental et la diffusion des recommandations pourrait contribuer à mieux prévenir le surpoids et l'obésité pédiatriques.

Mots-clés : Exposition aux écrans - Temps d'écran - Obésité pédiatrique - Surpoids - Enfant - Habitudes de vie - Prévention