

Faculté de santé publique

La perspective des professionnels pédiatriques sur les interactions parents-enfants autour des écrans

Mémoire réalisé par
Eve Nange

Promoteur
Nathalie Maulet

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

La perspective des professionnels pédiatriques sur les interactions parents-enfants autour des écrans

Mémoire réalisé par
Eve Nange

Promoteur
Nathalie Maulet

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

« Si nous savons comprendre avant de condamner, nous serons sur la voie de l'humanisation des relations humaines. »

Edgar Morin

Au terme de ce travail, j'avais envie de remercier l'ensemble des personnes qui ont fait partie de cette grande aventure. Elles sont nombreuses. Chacune d'elles à sa manière, a contribué à l'aboutissement et à la réussite de ce mémoire. Je tenais d'abord à remercier ma promotrice madame Maulet qui m'a accompagnée durant la rédaction de ce mémoire. Merci pour vos remarques pointues et vos conseils avisés. Je remercie également le Professeur Isabelle Aujoulat, lectrice de ce mémoire et présidente du Jury.

Merci à toute l'équipe enseignante de la faculté de santé publique, merci particulièrement à Hélène Garin pour sa gentillesse et sa disponibilité. Mes remerciements vont évidemment à ma famille qui m'a encouragée et soutenue tout au long de mon parcours académique. Un merci très spécial va à mon époux qui m'a accompagnée et m'a aidée à relever ce beau défi. Lors de ce master, j'ai rencontré des personnes formidables, je les appelle mes compagnons de route. Ensemble nous avons vécu des instants mémorables qui m'ont fait tant de bien : Nezhaa, Domi, Pat, Hanane et tous les autres. Merci à vous !

Merci aussi à mes collègues de travail et tous les professionnels pédiatriques qui m'ont encouragée et se sont rendus disponibles pour l'élaboration de ce mémoire. Merci enfin à ma famille spirituelle qui m'a encadrée sans relâche dans cette dernière étape et merci enfin à El Shaddai, un père formidable. Tu as été avec moi dès le commencement et tu ne m'as jamais laissé tomber. Tu m'as donné la force de continuer et dans les moments difficiles, tu m'as redonné courage. Ce travail est ton œuvre !

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

ABREVIATIONS	8
TABLEAUX ET FIGURES	8
MOTIVATIONS PERSONNELLES.....	9
1. INTRODUCTION	11
2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE PHENOMENE.....	13
2.1. Le développement des enfants de 0 à 5 ans en lien avec les écrans.....	13
2.1.1. Le point de vue des médias	13
2.1.2. Le point de vue des professionnels de santé	14
2.1.3. Le point de vue scientifique	15
2.2. Des écrans aux écrans tactiles.....	16
2.2.1. La télévision.....	16
2.2.2. Du téléphone à l'écran tactile.....	16
2.2.3. L'ordinateur	17
2.3. La parentalité et les écrans	18
2.4. Le temps d'utilisation / le temps d'écran ?	20
2.5. Le contenu des médias - Le type d'usage	21
2.6. Les écrans à l'hôpital	23
2.6.1. Politique de l'hôpital par rapport aux écrans	23
2.6.2. Les professionnels de la santé et les écrans dans la relation parents-enfants en hospitalisation	24
2.7. La promotion de la santé faite par les professionnels pédiatriques dans une relation avec parents/enfants	25
3. CONCEPTS	26
3.1. L'éducation pour la santé en intra hospitalier ?	26
3.2. La compliance.....	29
3.3. Usage problématique du smartphone, technoférence ou immersion.....	33
4. PROBLEMATISATION.....	37
5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	40
6. MATERIEL ET METHODES.....	41
6.1. Design	41
6.2. Collecte des données et méthode d'échantillonnage.....	42
6.3. Plan d'analyse	44
6.4. Biais et limites de la recherche	47
6.5. Considération éthique et autorisation.....	48
7. RESULTATS.....	49

Phase A.....	49
Phase B.....	58
8. DISCUSSION.....	71
8.1. SYNTHESE DES RESULTATS ET MISE EN PERSPECTIVE	71
8.1.1. Perspective relationnelle en lien avec l'adhésion.....	71
8.1.2. Le rôle attendu et le rôle perçu du parent.....	72
8.1.3. Parentalité et gestion des écrans pendant l'hospitalisation	73
8.1.4. L'écran, une distraction au service du soin	74
8.1.5. Promouvoir et éduquer sur la gestion des écrans	75
8.1.6. Pertinence d'une intervention sur les écrans à St Luc.....	78
9. LIMITES.....	80
10. IMPLICATION POUR LA PRATIQUE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	81
11. CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES.....	93

ABREVIATIONS

AAP American Academy of Pediatrics

CQ Certificat de qualification

E.N.I.A.C Electronic Numerical Integrator And Computer

FWB Fédération Wallonie Bruxelles

LCD Liquid crystal display

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PMI Protection maternelle et infantile

PSU Problematic smartphone use

PC Personal computer

RTS Radio Télévision Suisse

PP Professionnels pédiatriques

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Informatique à domicile Total, % de tous les ménages, 2006 – 2017

Tableau 2 : Problematic smartphone use et dysfonctionnements

Tableau 3 : Répartition des professionnels pédiatriques selon unités de pédiatrie

Tableau 4 : description échantillon

Tableau 5 : Positionnement des professionnels

Tableau 6 : Perspectives et opportunités d'action

Figure 1 : Ecran et enfant

Figure 2 : Charte d'Ottawa

Figure 3 : Facteurs explicatifs

Figure 4 : Croyance du caregiver

Figure 5 : Usage des smartphones et processus interactionnel

Figure 6 : Plan de synthèse de l'analyse des entretiens

MOTIVATIONS PERSONNELLES

Lorsque j'ai débuté ma carrière en soins infirmiers, on ne parlait pas de smartphones et autres tablettes. Les ordinateurs étaient des outils de travail qui étaient principalement installés sur des bureaux. Toutefois les programmes de télévision s'étoffaient avec des offres de plus en plus variées pour la jeune génération. Et vers la fin des années 90, le téléphone portable a fait son apparition.

Pour un enfant hospitalisé, les journées sont souvent longues et pas toujours faciles. A mes débuts, je me suis vite rendu compte que distraire et animer un enfant dans un contexte d'hospitalisation n'était pas évident. Les parents étaient énormément sollicités dans l'animation des jeunes malades et faisaient ce qu'ils pouvaient pour rendre ces moments moins difficiles. L'équipe soignante et l'équipe d'animation étaient à pied d'œuvre pour trouver des activités qui égaieraient le quotidien des petits patients. Il fallait souvent user de beaucoup d'imagination pour distraire l'enfant tout en respectant son développement, le rythme et les séquences de soins imposés par l'hospitalisation.

Avec le temps, les protocoles de soins et la prise en charge des enfants ont évolué. De la même manière, l'animation aussi a évolué. Et c'est petit à petit, de manière insidieuse que les nouvelles technologies ont fait leur apparition dans nos vies, mais aussi à l'hôpital. Les ordinateurs portables, les tablettes tactiles et les smartphones ont remplacé progressivement les moyens de communication classiques jusqu'alors utilisés comme le papier, le téléphone avec fil, etc. Rien d'alarmant semble-t-il car il faut vivre avec son temps.

Cependant depuis quelques années je suis interpellée dans mes observations : des enfants, parfois très jeunes, sont installés dans leur lit ou leur poussette devant des smartphones ou des tablettes qui diffusent très souvent du contenu pas toujours adapté et très souvent en boucle pendant un temps non négligeable ; des enfants qui manipulent des tablettes alors qu'ils n'ont que quelques années et qui ont accès à toutes sortes de contenus ; des bébés qui s'endorment avec une vidéo à quelques centimètres de leurs yeux ; des appareils qui diffusent du contenu durant de longues heures et des enfants qui passent de la télévision aux écrans tactiles et l'inverse.

J'ai pu observer des gestions de conflits parfois compliqués lorsqu'un parent tente de reprendre l'appareil et des négociations souvent interminables qui interfèrent dans les soins prodigués aux enfants. En tant que professionnelle de santé, je suis souvent démunie. Je ne peux pas porter de jugement mais je reste spectatrice d'un phénomène qui interpelle.

C'est à la suite de ces observations que m'est venue l'idée de ce mémoire. Je me suis demandé ce qu'en pensaient mes collègues et quels moyens il serait possible de mettre en place pour une meilleure prise en compte du phénomène.

1. INTRODUCTION

Dès sa naissance, et durant toute son enfance, l'enfant fait l'apprentissage de la vie au contact des autres et à travers tous ses sens. Tout son univers est créé de 1001 expériences de chaque jour pour construire l'individu qu'il sera plus tard. Ces expériences extraordinaires contribuent à l'apprentissage et au développement des nombreuses capacités qu'il est amené à développer. Ces dernières années ont vu exploser la vente de smartphones et tablettes à écran tactile en tous genres. En effet ces outils par ailleurs très utiles pour la gestion de la vie quotidienne et pour communiquer de manière rapide, se sont rapidement retrouvés entre les mains d'un public très vulnérable : les enfants !

Comment devons-nous percevoir l'émergence de ces nouvelles technologies ? Comme une révolution numérique au service du développement humain ou le début d'une catastrophe intellectuelle et culturelle pour les jeunes enfants ?

Ce phénomène relève d'une certaine complexité (Vlachopoulou, 2017), caractérisée par les nombreuses inquiétudes sur l'utilisation des écrans chez les tout- petits, et la polémique que cela engendre. Ce phénomène est déroutant pour les professionnels de la petite enfance. Il interroge également le rôle parental sur le plan qualitatif et quantitatif dans l'usage de ces outils. Les bénéfices possibles liés à l'usage des écrans sont mis en perspectives. Le débat est riche et les arguments sont nombreux, parfois semblables, parfois divergents. Cependant, chez les enfants, il est "un problème de santé publique de plus en plus préoccupant" (Tisseron, 2017) . Tisseron désigne les écrans comme un facteur "détournant les enfants" « d'apprentissages cognitifs, manuels et relationnels essentiels, avec des conséquences graves à la fois sur leur développement cognitif et sur leurs compétences sociales. » (Tisseron, 2017).

Le temps d'écran chez les jeunes enfants interpelle (AFPA, 2016).

L'usage et la surexposition des écrans chez les jeunes enfants et adolescents est un sujet qui est à l'origine de plusieurs études scientifiques. Certaines études parlent d'effets néfastes de ces nouvelles technologies sur le développement des enfants en bas âge. Une revue de littérature éditée en 2017 concluait entre autres que « [...] chez les plus jeunes, il existe un effet délétère de la vidéo [...] » (Esseily et al., 2017). Il semble qu'aucun enfant ne soit épargné ; de plus le niveau socio-économique familial constituerait un facteur d'influence non négligeable dans l'exposition aux écrans (Baton-Hervé, 2020)

L'enfant en bas âge qui se retrouve hospitalisé pour des raisons de santé intègre un environnement particulier où ses habitudes de vie, d'animation sont bouleversées. Les contraintes liées à l'hospitalisation et l'absence d'alternatives favorisent l'usage des écrans

(télévision, tablettes, smartphones). Ses journées et ses nuits sont alors rythmées par les soins prodigués et l'animation disponible dans le cadre hospitalier pédiatrique qui l'accueille. Les parents sont souvent désarçonnés par la situation médicale et les répercussions familiales à gérer. Le facteur "éducation" joue un rôle important car de nombreux parents non conscients des effets des écrans sur les tout-petits les y exposent des heures entières. Les professionnels de santé jouent un rôle considérable durant le séjour de l'enfant à l'hôpital. Ils sont en charge des soins, mais ils dispensent aussi toute une série d'informations dans un cadre éducatif pour rendre le patient et/ou son accompagnant plus autonome dans la gestion de sa maladie, mais également pour lui fournir les informations pour son bien-être en général. C'est souvent le cas lorsque le patient vient d'un environnement précaire ou vit dans un contexte socio-économique défavorisé. En ce qui concerne l'utilisation des écrans chez les tout- petits, Vlachopoulou mentionne que : « le professionnel lui-même ne trouve que peu de références validées scientifiquement lui permettant d'apporter un éclairage à ceux qui s'adressent à lui ». L'auteure pose également cette question : « Comment rester à sa place de professionnel sans que son rapport personnel aux écrans ne prenne le dessus ? »(Vlachopoulou, 2017).

Ainsi ce mémoire à visée exploratoire, s'intéresse aux représentations et perspectives des professionnels pédiatriques (PP) sur les interactions présentes entre les parents et leurs enfants autour des écrans pendant les hospitalisations pédiatriques. Ces éléments sont investigués en vue d'une action en promotion de la santé.

La première partie de ce travail concerne le cadre théorique.

Dans celui-ci nous ferons d'abord le point sur la situation actuelle concernant notre sujet, nous passerons en revue la littérature en abordant chaque élément de la problématique. Cet état des connaissances nous permettra de dégager les concepts qui seront abordés dans ce mémoire. Les concepts mis en lumière serviront de base pour la formulation de notre problématique. Nous définirons alors les objectifs de recherche.

La seconde partie de ce travail est la partie empirique. Au cours de celle-ci, nous détaillerons notre méthodologie, nous procéderons à différentes analyses qui permettront de faire part des résultats obtenus.

Dans la partie discussion, nous confronterons les résultats obtenus aux cadres conceptuels définis dans la partie théorique. Nous exposerons ensuite nos suggestions en termes d'implications pour la pratique, nous ferons part de nos perspectives de recherche et avant de conclure, nous parlerons des limites rencontrées lors de la réalisation de ce mémoire.

2. ETAT DES CONNAISSANCES SUR LE PHENOMENE

Les écrans et la petite enfance sont des sujets qui font l'objet de nombreux débats sur le plan de la santé physique, mentale et sur le plan sociologique. L'intérêt de différents secteurs est croissant, parmi ceux-ci, l'industrie des nouvelles technologies qui voient dans le profil des jeunes enfants la possibilité d'étendre un business très prometteur. Si de nombreux parents sont admiratifs face à l'aisance de leur progéniture dans la manipulation des smartphones et tablettes en tous genres, certains professionnels de la petite enfance, par contre, y voient une menace sans précédent pour le développement futur des enfants, notamment en âge préscolaire.

Ainsi la réflexion engagée par notre problématique nous questionne sur l'état actuel des connaissances sur le sujet. Un sujet qui interpelle de plus en plus la communauté scientifique qui a vu le nombre d'études en la matière s'accroître depuis quelques années. Ainsi pour cet état des lieux, les bases de données scientifiques étaient essentiellement les suivantes : MeSH /PubMed, Psycinfo, Cairn, Google scholar, Science direct.

Nous l'avons constaté, ce sujet occupe également une place importante dans les médias qui s'intéressent de plus en plus aux enjeux de santé publique mobilisés par le phénomène des écrans. C'est la raison pour laquelle, nous en ferons mention avec prudence dans cette revue de littérature.

2.1. Le développement des enfants de 0 à 5 ans en lien avec les écrans

Avec l'apparition et l'exposition croissante des jeunes enfants aux écrans, l'impact sur le développement a été questionné et nécessite d'être pris en compte dans la gestion des nouvelles technologies.

2.1.1. Le point de vue des médias

De manière générale, l'avis des médias est plutôt défavorable aux écrans, surtout lorsque cela concerne les jeunes enfants. Le positionnement négatif des médias est surtout lié à leurs inquiétudes face aux dangers d'une surexposition aux écrans (*Vos jeunes enfants face aux écrans – Le bon usage des écrans*, s. d.). Un média explique dans ses lignes que les premières expériences des enfants, soit les liens qu'ils créent avec leurs parents et leurs premiers apprentissages, affectent profondément leur développement physique, cognitif, émotionnel et social ultérieur. (*Importance du développement des jeunes enfants*, s. d.).

2.1.2. Le point de vue des professionnels de santé

Dodson, cité par Catherine Marchi, insiste sur l'importance des cinq premières années de vie de l'enfant. Chaque enfant passe par les mêmes stades de développement des acquisitions fondamentales telles que la marche, le langage, la propreté, la socialisation, la conscience de soi, etc. Selon ce psychologue, le type de stimulations intellectuelles qu'un enfant reçoit durant ces cinq années formatrices détermine son intelligence adulte.(Psychologies.com, 2009). Hentsch, spécialiste du psycho-développement dans les hôpitaux universitaires de Genève, explique comment l'usage des mains, l'usage de la force et la perception du monde en trois dimensions par l'enfant est importante pour le développement de ses capacités motrices globales.

« Ce ne sont pas des choses qu'on peut construire toute la vie. Par exemple pour l'apprentissage du langage, on sait que le cerveau est le plus ouvert sur le plan développemental à l'âge de 6 mois, c'est à partir de cette période que l'enfant va construire ce qui va lui servir plus tard à parler, c'est-à-dire tous les éléments de communication non verbale et d'interaction et qui serviront à mettre le langage par-dessus après." (Edupax, 2018). Ces témoignages de professionnels décrivent l'importance des premières années de vie de l'enfant où l'expérience à l'égard des écrans peut être déterminante sur le plan du développement. Les risques de surexposition et de dépendances sont réels. C'est une période où les habitudes de vie se cristallisent avec le risque d'une utilisation plus importante au fil du temps.(Société canadienne de pédiatrie, 2017)

Les écrans ont-ils réellement une influence sur le développement des enfants ? En répondant par l'affirmative, quel en serait le mécanisme ? Pour Hentsch c'est une question de temps « mangé » par les écrans. La quantité de temps passé avec un écran remplace souvent le temps que l'enfant peut avoir avec son parent dans une interaction naturelle. (Edupax, 2018).

En synthèse, nous dirons que le positionnement des professionnels est plutôt négatif. L'intérêt pour le développement de l'enfant durant ses premières années tend à dire que l'usage actuel des écrans lui est défavorable (Berdot-Talmier, 2017).

2.1.3. Le point de vue scientifique

En 2012, Harlé et Desmurget publiaient un article sur les effets de l'exposition chronique aux écrans et le développement cognitif de l'enfant. Des effets liés à la pauvreté qualitative des stimuli cognitifs, physiques et sociaux par rapport à ceux de son environnement physique. (Harlé & Desmurget, 2012). Ces effets influencent plusieurs domaines au niveau cognitif :

- la performance scolaire
- le langage : Une étude récente établit en effet un lien significatif entre l'utilisation des appareils de médias mobiles et les retards de langage/parole chez les enfants de 18 mois. (Van den Heuvel et al., 2019)
- l'attention
- le sommeil
- le comportement

Avec des répercussions potentielles tout aussi importantes sur d'autres plans comme :

- la surconsommation et l'addiction
- le comportement sédentaire et les risques associés
- la vulnérabilité des relations sociales, caractérisée par un désordre durable des relations sociales en cas d'exposition majeure

(Adès et al., 2019)

Ces éléments interpellants interrogent les professionnels qui identifient les prémices d'un nouveau syndrome : l'exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE) (Marcelli et al., 2020) Ce syndrome serait constitué d'un ensemble de symptômes qui vont des troubles de la communication aux troubles de comportement (voir Annexe 1). De manière générale quel que soit le point de vue, ce syndrome renseigne des effets préjudiciables au développement du jeune enfant.

2.2. Des écrans aux écrans tactiles

Derrière le mot « écrans », nous retrouvons toute une série d'éléments ou d'objets, allant de la télévision au smartphone en passant par la tablette. Parler des écrans revient à parler d'un univers très vaste.

Figure 1 écran et enfant



(Histoire des premiers écrans aux écrans tactiles, s. d.-a)

L'objectif de cette section n'est pas de relater toute l'histoire du petit écran, mais de faire prendre connaissance des grandes avancées qui ont eu lieu dans ce domaine et qui influencent notre problématique. Les écrans ont une longue histoire qui s'inscrit dans l'évolution de la technologie de l'univers audio-visuel.

2.2.1. La télévision

Les premiers écrans étaient ceux des téléviseurs qui ont vu le jour vers la fin du 19^{ème} siècle. Ils étaient d'ailleurs fort encombrants, du fait de leur taille. Et cela était particulièrement dû à la technologie de l'époque. Plus tard, vers 1964 d'autres technologies basées sur les cristaux liquides et le principe du plasma donneront naissance aux écrans plats. Ainsi les écrans dits à LCD s'afficheront d'abord en noir et blanc. Avec les années 2000 le développement de l'écran plasma prend de l'ampleur notamment en termes d'affichage (couleur, etc.) *.(Histoire des premiers écrans aux écrans tactiles, s. d.-b)*

2.2.2. Du téléphone à l'écran tactile

Le téléphone fait son apparition vers 1876. En 1973 a lieu la première démonstration du téléphone portable dans les rues de New York, il faudra cependant attendre une dizaine d'années pour voir les premiers modèles commercialisés.(Mayer, 2018). Les premiers téléphones portables étaient relativement lourds et imposants. « [...], c'est avec le lancement de l'iPhone par Apple, en 2007 que tous les fabricants optent pour l'écran tactile et que les ventes de smartphones explosent » (Mayer, 2018).

2.2.3. L'ordinateur

L'évolution de l'ordinateur au 20ème siècle est marquée par des étapes importantes, notamment l'invention des circuits intégrés (1958) et des microprocesseurs (1971). Ces deux derniers éléments constituent un apport considérable en termes de puissance et de réduction de la taille des machines (L'ordinateur, s. d.).

Les premières versions de micro-ordinateurs datent de 1976 et inaugurent ainsi l'ère du numérique (Histoire de l'ordinateur, s. d.). Parler du numérique en informatique revient à parler d'un concept qui englobe l'informatique, mais avec un périmètre plus large recouvrant aussi les télécommunications (téléphone, radio, télévision, ordinateur) et Internet. (Le numérique, c'est quoi ? s. d.)

Tableau 1 : Ordinateurs et ménages belges

Pays ▼	▼ 2006	▼ 2007	▼ 2008	▼ 2009	▼ 2010	▼ 2011	▼ 2012	▼ 2013	▼ 2015	▼ 2017
Belgique	57.5	67.2	70.0	71.1	76.7	78.9	80.3	81.9	82.1	85.1

Informatique à domicile Total, % de tous les ménages, 2006 – 2017 (Technologie de l'information et des communications (TIC) - Informatique à domicile - OCDE Data, s. d.)

En 2006, presque 6 ménages belges sur dix disposaient d'au moins un ordinateur en état de marche à domicile. En 2017, soit une décennie plus tard, on en est à plus de huit.

En 1994, l'évolution technologique permet de combiner les fonctionnalités des différents appareils et donne ainsi naissance aux ordinateurs mobiles miniatures. Le terme « smartphone » apparaît en 1997 (Histoire de l'ordinateur, s. d.). Le smartphone est un téléphone mobile qui peut être utilisé comme un petit ordinateur et qui se connecte à l'internet » (Cambridge dictionary, s. d.). Ainsi cet objet est considéré comme l'équipement le plus utilisé pour accéder à Internet. En France, 46 % de la population l'utilisent prioritairement pour accéder au réseau, avec une prédilection pour les 12-17 ans (Ministère de la Culture et de la Communication, 2019).

La mobilité caractérisée par le smartphone en fait le support principal. Il est portable et facilement accessible partout. Les conséquences sur le temps d'écran sont manifestes avec une influence plus importante sur les enfants que la télévision (Park & Park, 2021). Des observations en milieu hospitalier sur les écrans ont montré une utilisation chez 21 à 80 % des enfants hospitalisés (Chaiseksamphan & Chonchaiya, 2022)

Le concept des écrans recouvre toute une série d'éléments : les écrans fixes que sont la télévision et les ordinateurs de bureau, les écrans mobiles et tactiles que représentent les tablettes, les ordinateurs portables, les smartphones.

Les éléments auxquels je m'intéresserai dans ce mémoire sont les tablettes, les smartphones et les écrans de télévision car les enfants y sont régulièrement exposés dans les hôpitaux.

2.3. La parentalité et les écrans

Des sources scientifiques questionnent le rôle de l'adulte dans la gestion du temps et dans l'usage des écrans par les enfants.

Une étude publiée en 2020, révèle que non seulement les parents sont de grands utilisateurs de médias mais qu'il existe un lien entre les attitudes, les comportements et l'utilisation personnelle des médias par les parents et l'utilisation des médias par les enfants (Lauricella & Cingel, 2020).

Bien que cette étude s'intéresse aux enfants âgés de 8 à 18 ans, elle considère qu'il ne faut pas seulement s'intéresser aux médias, mais qu'il faut aussi tenir compte des différents facteurs qui peuvent influencer l'usage du média. Un article cite « Les parents » comme un des facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des médias par les jeunes à travers leurs propres comportements, attitudes etc. (Vaala & Bleakley, 2015). Cela peut s'expliquer par le fait que dans le milieu familial les parents et la fratrie peuvent être considérés comme des modèles pour les jeunes enfants qui n'hésitent pas à imiter le comportement de leur entourage. Dans leur revue de littérature, Bois et Sarazin évoquent la théorie de Bandura sur le modelage social :

« Leurs comportements, mimiques, habitudes, manières de parler, en bref tous leurs faits et gestes visibles sont susceptibles d'être adoptés par leurs enfants à la suite d'un processus d'apprentissage par observation encore appelé apprentissage vicariant (Bandura, 1986). »

Selon les auteurs qui se réfèrent aux travaux de Bandura, cette manière de faire renforce le développement de la personnalité de l'enfant dans le processus d'identification vis-à-vis des parents tant en bien qu'en mal. Ce sont là des éléments qui reflètent à la fois l'importance de l'environnement et la force subtile que peut contenir l'apprentissage social dans la transmission des valeurs, des modes de pensées et des comportements.(Bois & Sarrazin, 2006)

Il est également fréquent de voir un adulte utiliser son smartphone tout en ayant des interactions avec un jeune enfant. Ces moments s'accompagnent de mimiques moins nombreuses et

d'échanges verbaux plus limités, réduisant du même coup les interactions verbales et non verbales de l'enfant en retour (Adès et al., 2019). Ce concept particulier porte le nom de « **technoférence** » qui se caractérise par un usage problématique du smartphone par les parents (dans ce cas-ci) pouvant ainsi accroître le risque d'accident chez les enfants qui essaient d'attirer continuellement l'attention de leurs parents. La technoférence favorise également le développement des troubles comportementaux et constitue un obstacle majeur dans la communication parent-enfant (Tisseron, 2020).

Dans un rapport publié par l'ONE en 2015, les parents interrogés se sentent fortement concernés par l'enjeu des écrans. Ils reconnaissent les écrans comme néfastes pour leurs enfants de manière générale. Une grande majorité est d'accord avec le fait qu'« un enfant a besoin de règles quand il utilise les écrans ». Cela rejoint les nombreuses recommandations émises dans la littérature scientifique et grise qui visent à impliquer le parent ou l'adulte responsable de l'enfant dans la gestion du temps d'écran (Mathen, 2015).

La présence du parent est également importante dans la régulation des usages des écrans afin de favoriser une relation authentique et sécurisée avec les tout-petits. Ce constat met en avant un concept intéressant qui est celui de la **médiation parentale** (Dubuisson, 2020). Le concept de médiation peut être défini comme : « un ensemble de processus d'interactions entre les logiques de production (l'industrie des médias) [...] et celles de réception (la vie quotidienne à travers école, famille, etc.) ». Et il peut aussi être défini comme : « une pratique sociale familiale complexe et parfois contradictoire qui renferme divers éléments comme les attitudes et perceptions générales de l'auditoire (les parents dans le cadre de la médiation parentale) vis-à-vis des loisirs, de l'éducation des enfants, des préférences en matière de contenu télévisuel » (Caron & Meunier, 2004).

Dans le contexte hospitalier pédiatrique, plusieurs personnes s'occupent de l'enfant malade et interviennent dans son environnement. Parmi ceux-ci, il y a les professionnels de la santé. Il n'est pas rare pour un médecin ou une infirmière d'intervenir pour gérer une colère ou raisonner un enfant par rapport à une décision parentale. Ce sont des éléments dont il faut tenir compte car ils questionnent la place du professionnel de la santé dans la médiation parentale face aux écrans.

2.4. Le temps d'utilisation / le temps d'écran ?

Le temps a une grande importance dans la vie de l'enfant. Les lignes directrices de l'OMS rappellent (pour les tout-petits notamment) que le temps consacré à des activités sédentaires de qualité sans écran fondées sur l'interactivité avec un aidant – lecture, chant, histoires racontées ou jeux éducatifs par exemple – est capital pour le développement de l'enfant (WHO, 2019).

Dès lors, quelle est la limite de temps autorisée pour les enfants ?

Les recommandations émises par l'OMS préconisent de ne pas placer un enfant devant un écran avant l'âge d'un an. Au-delà de cet âge et jusqu' à quatre ans, une heure d'exposition devrait être le maximum (WHO, 2019).

C'est une recommandation qui est aussi formulée par La Société canadienne de pédiatrie et la Société canadienne de physiologie de l'exercice (Sickkids, 2016). En Belgique, un programme de prévention à l'initiative de la FWB recommande d'éviter toutes formes d'écran avant l'âge de 3 ans pour permettre à l'enfant d'avoir un maximum d'activités. Néanmoins s'il y a usage de tablette tactile, le programme préconise de le faire dans un accompagnement ludique (Campagne Ecrans, s. d.). Le programme ne mentionne pas de durée d'utilisation, toutefois dès 3 ans, il préconise de limiter l'usage d'écrans en opérant une sélection de programmes et conseille d'*éviter* télévision et ordinateur dans la chambre. De manière générale, l'American Academy of Pediatrics (AAP) insiste plus sur la présence et l'interactivité du parent que sur le temps passé sur l'écran (Ceder J., Forman J., 2020). Compte tenu du contexte hospitalier, spécifique à ce travail, nous nous baserons essentiellement sur les recommandations belges citées ci-dessus dans le développement de nos analyses.

Sur le plan scientifique, une revue systématique a étudié le temps passé devant un écran chez les enfants de moins de cinq ans. Elle mentionne un temps d'écran variant de 0,1 à 5 heures par jour chez les moins de cinq ans. Il est à noter que cette étude concerne des pays à revenu élevé et intermédiaire. Dans l'ensemble, la tranche d'âge 0-2 ans avait un temps d'écran supérieur à 1 heure par jour. La durée maximale du temps d'écran a été signalée chez les enfants de 3 à 5 ans (Kaur et al., 2019b). Un point qui concorde avec une revue systématique qui s'est intéressée aux corrélations entre le temps d'écrans et différentes variables (un temps d'écran plus important)

- chez les enfants plus âgés et dans les minorités ethniques,
- une corrélation établie avec l'indice de masse corporelle de l'enfant,
- une dépression ou détresse maternelle,
- le temps passé par la mère devant la télévision,
- la stimulation cognitive dans l'environnement familial..
- Le comportement parental et un environnement digital numérique peuvent être des facteurs associés à un usage excessif des écrans.

(Duch et al., 2013)

2.5. Le contenu des médias - Le type d'usage

En dehors du temps d'écran, l'usage des différents supports et le contenu des médias sont d'autres facteurs susceptibles d'influencer le développement et le comportement des enfants.

D'un point de vue médiatique, 80% des programmes télévisés regardés par les enfants de 3 à 12 ans ne leur sont pas spécifiquement destinés. La campagne 3-6-9-12 lancée il y a plusieurs années préconise d'ailleurs la présence d'un adulte lorsque l'enfant est devant l'écran afin de ne pas laisser l'enfant seul face à un contenu. Sur son site internet, l'association prodigue toute une série de conseils comme pour une bonne gestion des médias (Yapaka, s. d.). L'exposition à un contenu inapproprié peut être perturbante émotionnellement. En effet, la violence et les comportements à risques sont des éléments auxquels les enfants peuvent être exposés lorsqu'ils regardent les écrans (Cronan & Pitone, 2021).

L'impact émotionnel qu'ils occasionnent témoigne de l'incapacité du jeune enfant à contrôler ses émotions du fait de son immaturité cérébrale ; une situation qui nécessite la présence d'un adulte bienveillant pour l'encadrement des émotions pouvant prendre la forme de « tempêtes » (Gueguen, 2015). Il est également important d'offrir aux enfants des espaces dans lesquels ils pourront s'exprimer sur les images auxquelles ils ont été confrontés. Dans un rapport publié par l'ONE on peut consulter les types d'activité pratiqués (Annexe 2) sur des écrans par des enfants dont l'âge moyen oscille entre 2 et 5 ans. Ces activités vont du visionnage de vidéos enregistrées à la recherche de jeux et d'applications sur le Net. En ce qui concerne les applications mobiles pour enfants, elles ont connu un essor considérable ; certaines à visée éducative sont d'ailleurs bien notées par une partie de la communauté scientifique. Malgré un niveau correct de conception et un apport significatif de

ces applications dans l'apprentissage informel extrascolaire, la plupart des applications n'en demeurent pas moins des moyens de distractions avec peu d'intérêt pour les très jeunes enfants, notamment à cause des effets négatifs pouvant subvenir, indépendamment du temps d'écran (Cerniglia & Cimino, 2020). Un parallèle pourrait être fait avec les résultats de l'étude sur les utilisations problématiques de smartphone (PSU) qui montrent que la principale préoccupation des enfants d'âge préscolaire atteints de PSU est l'utilisation d'applications TV/vidéo. (Park & Park, 2021).

Park et Park définissent le PSU comme : « Une utilisation problématique des smartphones (PSU) qui implique l'utilisation excessive ou incontrôlable, la préoccupation la négligence d'autres activités et la poursuite de l'utilisation malgré les preuves de dommages potentiels » (Park & Park, 2021). Selon les auteurs, un enfant d'âge préscolaire sur cinq utilisant un smartphone pourrait être victime de PSU. Dans leur revue systématique concernant des enfants de 1 à 20 ans, Fisher-Grote font même état d'association négative entre le PSU et des variables comme la qualité de vie globale ou liée à la santé, la satisfaction dans la vie et le bien-être en lien avec le PSU (Fischer-Grote et al., 2021). Billieux considère le PSU comme : « une incapacité à réguler son utilisation du téléphone portable, ce qui finit par entraîner des conséquences négatives dans la vie quotidienne » (Billieux, 2012).

C'est cette dernière définition que nous retiendrons dans ce travail et qui sera développée plus tard dans le cadre conceptuel. Dans sa revue de littérature Billieux propose un modèle (Annexe 3) qui permet d'identifier 4 chemins qui mènent à un usage dysfonctionnel du téléphone mobile.

La première voie dite **impulsive**, avec un usage du téléphone lié à une mauvaise maîtrise de soi et/ou à une régulation des émotions.

La seconde voie, est celle de l'**extraversion** qui s'intéresse davantage à des individus sociables et extravertis ayant un désir élevé de communiquer.

La troisième voie appelée voie de l'**entretien des relations**, qui concerne les personnes ayant besoin d'être rassurées dans leurs relations affectives (partenaire, famille, amis) à travers l'usage du téléphone.

La quatrième voie appelée **cyberdépendance** est caractérisée par un usage exagéré du téléphone portable.

2.6. Les écrans à l'hôpital

Les tablettes tactiles dans les hôpitaux et en particulier dans le domaine de la pédiatrie sont de plus en plus utilisées. Aux Cliniques Universitaires Saint Luc (CUSL), comme dans de nombreux hôpitaux, les écrans sont très présents. L'affichage dynamique placé aux endroits stratégiques permet de diffuser de manière constante l'information au patient qui se déplace dans les murs de l'hôpital. Les chambres d'hospitalisation pédiatriques sont équipées d'écrans de télévisions. La présence des nouvelles technologies favorise l'usage multiple des écrans pendant l'hospitalisation. Il semble d'ailleurs que l'hospitalisation augmente significativement le temps d'écran par rapport à la consommation à domicile, jusqu'à 3h30 au lieu de 2h. Une augmentation positivement corrélée à la durée de l'hospitalisation, au fait d'être seul en chambre, à la sélection des programmes par l'enfant, au temps d'écran de l'accompagnant de l'enfant et au nombre de visites (Matziou et al., 2006). A l'heure où tout le monde est connecté, on pourrait s'interroger sur la nécessité et la disponibilité d'une telle connexion pour les enfants. Il serait ainsi intéressant de se demander si les institutions de soins ont conscience du problème inhérent à l'usage problématique des écrans et de savoir si une politique a été mise en place par rapport à cela.

2.6.1. Politique de l'hôpital par rapport aux écrans

Les recommandations qui sont faites par des organismes reconnus, comme l'OMS par exemple, s'adressent notamment aux parents, aux enfants, aux professionnels de l'enfance mais il semble ne pas y avoir de politique interne dans les structures de soins. Ce genre d'information n'est d'ailleurs pas facile à trouver. Dans la charte européenne des Droits de l'enfant hospitalisé nous pouvons cependant lire que « Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité et que l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité » (« La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé », s. d.). En ce qui concerne les Cliniques universitaires Saint Luc (terrain de notre recherche), selon un cadre de département du secteur mère-enfant, il n'existe pas de politique par rapport aux écrans dans le secteur de la pédiatrie ; du moins, si cela existe, elle n'en a pas connaissance.

Néanmoins, serait-il possible pour les parents de respecter les guidelines de l'OMS dans un contexte hospitalier pédiatrique où les activités alternatives sont limitées ? (Chaiseksamphan & Chonchaiya, 2022).

2.6.2. Les professionnels de la santé et les écrans dans la relation parents-enfants en hospitalisation

Dans ce mémoire nous nous focaliserons sur les professionnels travaillant en institution hospitalière et plus particulièrement dans les unités pédiatriques. Notre attention sera principalement portée sur 6 catégories de professionnels : les pédiatres, les infirmier(e)s pédiatriques, les puéricultrices, les kinésithérapeutes, les animateurs/trices et les aides soignant(e)s. En effet aux CUSL, lors de l'hospitalisation de l'enfant, ce sont ces personnes qui sont d'avantage au contact des enfants et de leurs parents.

Il est important de prendre en compte la présence et le rôle du parent. L'article 2 de la Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé stipule : « Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. » (*EACH Charter & UN Convention*, s. d.). Bien que les rôles des PP soient complémentaires, ils sont différents. L'animatrice a la charge d'occuper et de divertir l'enfant, l'infirmier(e) s'occupe de la prise en charge des soins et des traitements et est souvent aidé (e) par une puéricultrice ou un(e) aide-soignant(e). Le pédiatre a essentiellement la prise en charge clinique de l'enfant.

Les professionnels pédiatriques sont témoins des différents épisodes de vie de l'enfant à l'hôpital. Ils jouent un rôle considérable dans la transmission d'informations notamment celles qui ont une visée préventive en matière d'éducation pour la santé (Acker, 2005), un rôle qui varie en fonction de différents facteurs comme la durée des séjours, la charge de travail, la formation, l'expérience, etc. En l'absence de données sur la perspective des PP sur l'usage des écrans en milieu hospitalier, nous partirons de l'hypothèse que leur positionnement est similaire à celui des professionnels de santé (voir 2.1.2).

2.7. La promotion de la santé faite par les professionnels pédiatriques dans une relation avec parents/enfants

En 1974, Lalonde dans une préfiguration de la Charte d'Ottawa, affirmait « que toutes les personnes concernées par les décisions relatives à la santé - y compris les professionnels de la santé, la communauté scientifique, les gouvernements et le public - devraient collaborer avec la société civile dans le but de prévenir la mauvaise santé, plutôt que de simplement réagir à la maladie. "[..]. » (Phillips, 2019). La Haute Autorité de santé française considère « L'hospitalisation comme un cadre privilégié pour donner des conseils aux enfants, aux adolescents, ou aux enfants-adolescents avec leurs parents en matière de prévention et d'éducation à la santé. » (HAS, 2011). Les recherches démontrent un besoin pour les parents et leurs enfants d'être guidés dans l'usage des écrans.(Matthes et al., 2021)

Lorsqu'on intervient en milieu hospitalier, on parle d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé se définit par : « Toute combinaison d'expériences d'apprentissage visant à faciliter l'adaptation volontaire d'un comportement favorable à la santé » (Green & Iverson, 1982). L'éducation thérapeutique du patient s'adresse essentiellement aux personnes atteintes de maladies chroniques et se définit comme : « un processus intégré à la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités d'information et d'apprentissages destinées à aider le patient à comprendre sa maladie et les traitements, à participer aux soins, à prendre en charge son état de santé' et à favoriser son retour aux activités normales».(Gremeaux & Coudeyre, 2010)

Dans le cadre de ce mémoire le concept qui sera pris en compte et développé plus bas est celui de l'éducation pour la santé.

3. CONCEPTS

3.1. L'éducation pour la santé en intra hospitalier ?

La promotion de la santé et l'éducation pour la santé sont deux concepts liés mais différents. Nous ne pouvons pas définir le concept de l'éducation pour la santé sans mentionner celui de la promotion de la santé. Il est cependant important de bien différencier les deux.

La promotion de la santé

En 1886 l'OMS, définit officiellement la promotion de la santé comme : " le processus qui permet aux gens de prendre en charge et d'améliorer leur santé." (Phillips, 2019). Le développement de ce concept peut favoriser l'identification d'actions possibles qui permettraient aux professionnels de réguler l'engagement des très jeunes enfants et de leurs parents avec les technologies numériques dans un service d'hospitalisation (Cerniglia & Cimino, 2020).

L'article de Phillips (2019) a en effet servi de toile de fond pour décrire le concept de Promotion de la santé. Bien que l'auteure l'intègre à la pratique infirmière, il pourrait être élargi à d'autres professionnels de santé pédiatriques à cause de son caractère transversal.

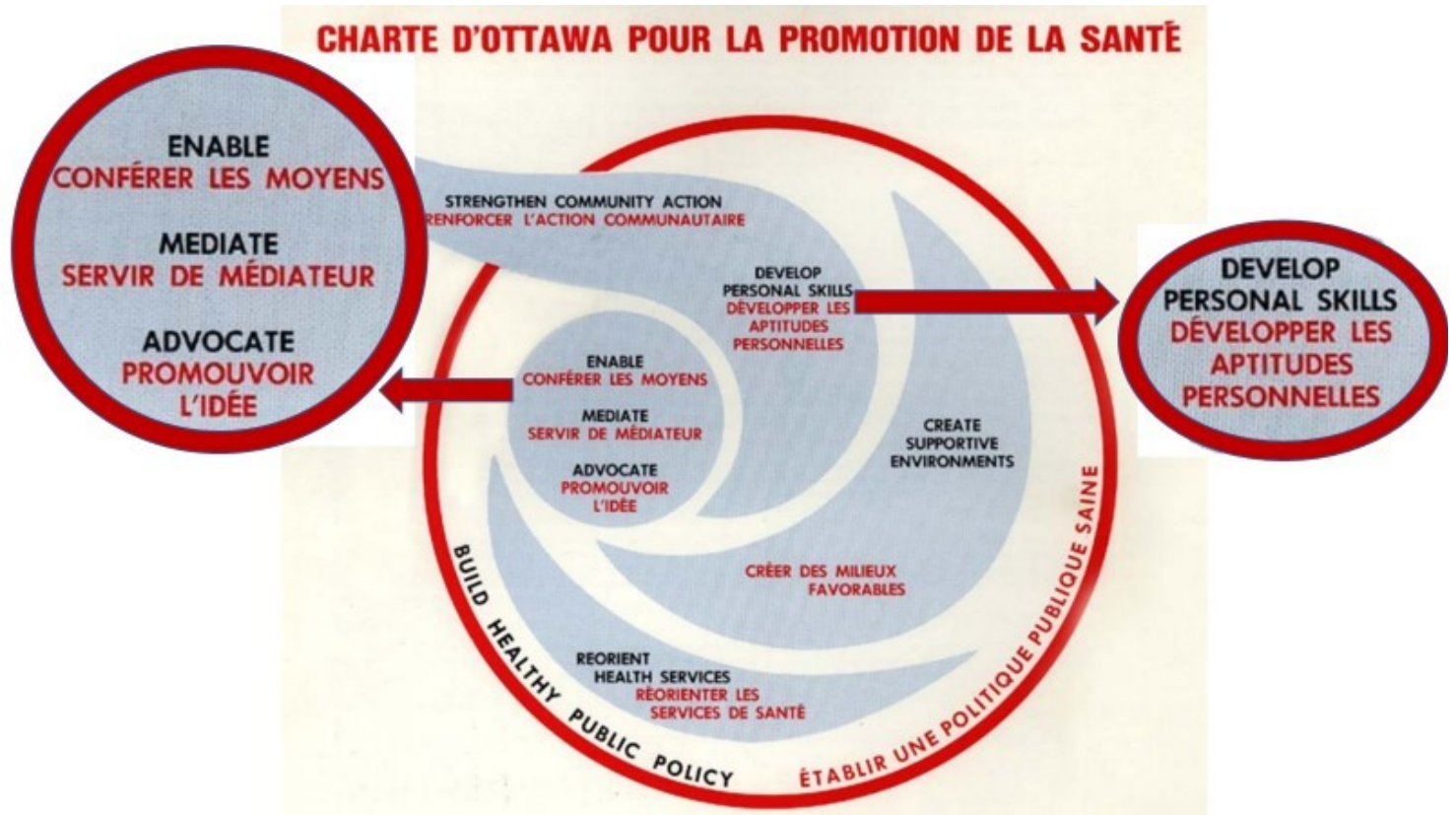
L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est un thème qui fait partie du très vaste champ de la promotion de la santé, Catford et Nutbean citent l'éducation comme un élément essentiel dans le champ de la promotion à la santé et dont la présence en conditionne le succès (Catford & Nutbeam, 1984). L'éducation pour la santé se justifie car le phénomène des écrans relève d'un problème de santé publique et mobilise de nombreux domaines (scientifique, politique, médicaux) dans la recherche de solutions

Parmi les 5 axes repris dans la charte d'Ottawa, l'éducation pour la santé s'inscrit dans l'axe 4 qui consiste à développer les compétences personnelles des individus, c'est à dire : « Fournir aux gens des informations et une éducation, améliorer les compétences de vie et leur permettre de s'en sortir. » (Phillips, 2019). Comme tous les autres axes, l'axe 4 s'appuie sur une triple stratégie alliant plaidoyer pour la santé, mise en place de moyens et médiation. Il est nécessaire d'expliquer aux individus pourquoi le comportement adopté peut constituer une menace pour la santé et leur bien-être. Il est aussi important de leur permettre d'adopter des comportements qui favorisent leur pouvoir d'agir en leur laissant le choix des alternatives. Au cours d'une hospitalisation, le rôle du professionnel de santé en matière d'information et d'éducation en

faveur de la santé semble évident. L'information confère aux patients les « moyens d'être au cœur de leur propre prise de décision », l'éducation leur fournit la possibilité de développer leur propre bonne santé grâce au développement de leurs atouts ou ressources (Phillips, 2019).

Figure 2 : Charte d'Ottawa



Cinq axes de la Charte d'Ottawa (*PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA*, s. d.)

L'éducation pour la santé constitue un axe de travail qui ; « permet aux gens, à tous les âges, d'acquérir et de renforcer les aptitudes indispensables à la vie, d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci. » (Aujoulat, 2019)

Il existe de nombreuses théories sur le comportement, ses changements et sur les facteurs associés. Dans ses travaux, Phillips indique que : « le professionnel de la santé doit s'assurer que le patient dispose des informations appropriées sur ses comportements de vie, et doit l'aider à trouver la motivation pour changer ces comportements et permettre le maintien du changement sur le long terme » (Phillips, 2019).

La motivation dans le cadre de la promotion de la santé

En promotion de la santé, la motivation est un facteur important à prendre en considération. Si la population ciblée par une intervention en santé n'y trouve pas ou peu d'intérêt, il sera difficile d'entamer un changement dans le comportement. A l'inverse, si cette même population y trouve un certain intérêt, la probabilité pour qu'elle modifie son comportement sera plus grande.

Il est un fait que le lieu d'application du concept n'est pas un lieu comme les autres. Il ne faut pas perdre de vue que l'hôpital est un contexte de vie (même temporaire) et donc un facteur d'influence de la promotion de la santé. Il est donc nécessaire d'investir pour la santé dans les lieux mêmes où les gens passent du temps au quotidien¹. Le séjour à l'hôpital ne constitue pas un environnement personnalisé et habituel pour la majorité de la patientèle. Ainsi, il est plus compliqué d'appliquer les principes d'éducation (classiques) pour la santé, comme ceux enseignés dans les écoles de nursing ou dans les facultés. Toutefois pouvoir communiquer est une compétence importante pour le professionnel. Mais pour s'inscrire dans une politique ou une vision globale de santé comme celle prônée par la charte d'Ottawa, l'éducation doit s'appuyer sur une stratégie ou être intégrée dans une stratégie. Une stratégie favorisant des *relations d'égalité et de confiance avec les patients* qui est l'un des moyens les plus simples pour les infirmières de renforcer leur rôle de promotrices de santé (Robinson & Hill, 1998). Dans cette stratégie le style de communication qui convient vise par conséquent à responsabiliser et à développer des relations efficaces avec les patients (Naidoo et Wills, 2009 in Phillips 2019).

Dans le champ de la promotion de la santé, on peut observer différentes approches. Parmi les approches identifiées par Naidoo et Wills (2009), il en est trois qui retiennent notre attention. (Voir Annexes n°4). *L'approche comportementale* tend à impliquer de manière plus active les professionnels en contact avec les parents et leurs enfants. L'information et la motivation sont des leviers importants pour le professionnel qui espère susciter un changement de comportement chez l'individu. Cette approche revêt un caractère plus individuel dans son mode de diagnostic, dans l'observation et dans la proposition de solutions. *L'approche éducative* accroît des connaissances et l'apport d'informations sont les garants d'un comportement plus sain. Cette approche à caractère/ visée pédagogique constitue le fondement

¹ Cours de promotion à la santé 1, 2018-2019, Aujoulat I., FSP UCL

de la littératie en santé où les compétences de l'individu sont questionnées et mobilisées pour la promotion et le maintien d'une bonne santé (Nutbeam, 2000, p. 263 in Phillips 2019). L'approche d'autonomisation favorise l'expression des besoins des différents acteurs en l'occurrence les parents et leurs enfants. Elle encourage la prise de décisions dans la gestion des écrans notamment. En reprenant les travaux de Simons en 2016, Phillips explique comment le dialogue entre les différents interlocuteurs (familles, patients et personnel infirmier) a permis de mettre à jour les besoins de chacun, favorisant ainsi la mise en place de plans de soins centrés sur le patient et favoriser son autonomie. Cela a mis en évidence la capacité du personnel à apporter des améliorations à la santé physique et mentale des patients grâce à une communication efficace et à de petits gestes démontrant des soins empathiques. (Phillips, 2019). Ces éléments questionnent la perception des professionnels pédiatriques sur leur rôle d'agents promoteurs de la santé par rapport à l'utilisation des écrans.

3.2. La compliance

Un autre concept important dans notre étude est celui de compliance. Dans le domaine de la santé, la compliance est souvent liée à un traitement thérapeutique, à une directive médicale, à une recommandation éducative, à une prescription de soin. Il arrive parfois qu'une situation oblige une infirmière ou un médecin à réagir lorsqu'il observe un comportement inapproprié. Le professionnel de santé prodigue alors un conseil ou prescrit un traitement, ou une démarche de soins. Il attend du patient qu'il y adhère et qu'il l'exécute, c'est la compliance. Dans notre mémoire, la compliance ne portera pas sur un traitement médicamenteux mais sur une recommandation éducative. Ce travail donne l'occasion d'amorcer une réflexion sur la manière dont les professionnels perçoivent cette compliance et la façon dont les parents et leurs enfants la mobilisent.

La littérature scientifique nous permet de définir la compliance de 3 façons : l'observance, la persistance (observance dans la durée) et l'adhésion. La signification du terme « compliance » diffère quelque peu selon les traductions².

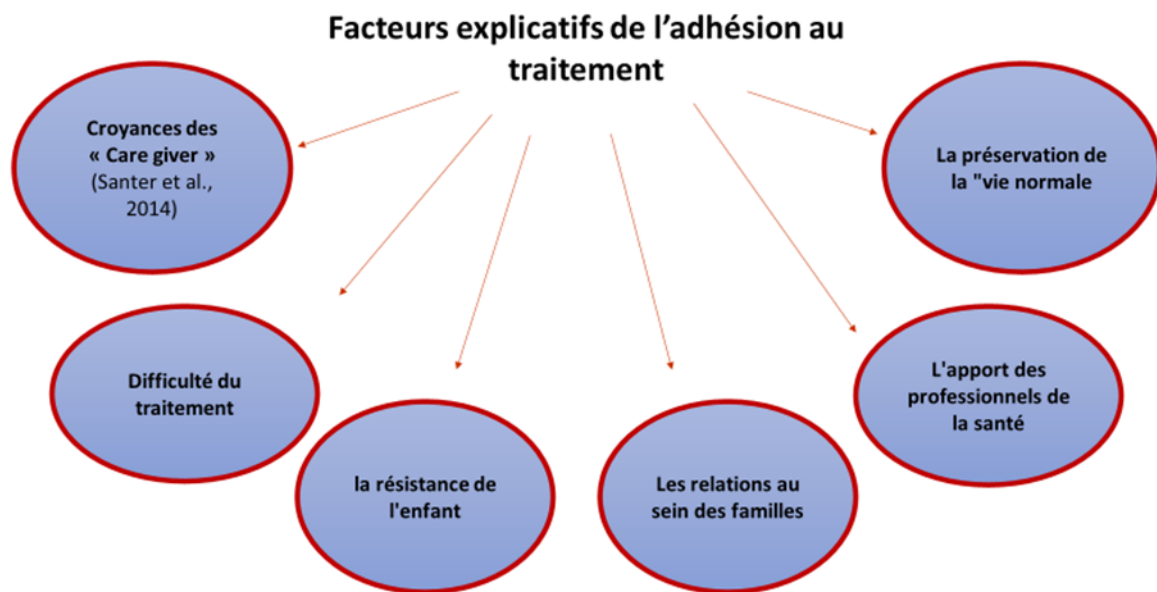
La compliance comme « observance » caractérise l'observance du patient par rapport à un traitement et est liée aux avantages significatifs qu'il procure dans tous les états pathologiques. (Gold & McClung, 2006) Le terme « compliance » fait ici référence à la manière dont le patient va répondre à la sollicitation du professionnel dans la prise en charge de son traitement et/ou dans le cadre de son hospitalisation. Santer lui donne cette définition : "la mesure dans laquelle

² Traduction Deepl pro

le comportement du patient correspond aux recommandations convenues avec le prescripteur" (Nunes, 2009 in Santer 2014). La compliance comme persistance est la capacité du patient à rester fidèle à la ligne de traitement qui lui a été prescrite. Enfin, la compliance comme adhésion fait référence à la notion d'accord de la part du patient et qui indique un certain engagement de ce dernier.(Eddy et al., 1998). Selon Santer ce terme inclut, sans la présumer, la possibilité d'une implication du patient dans le processus de prise de décision thérapeutique. (Santer et al., 2014). Dans ce mémoire nous choisirons la définition de **compliance comme adhésion** pour son caractère dynamique et interactif.

Il est un fait que le jeune enfant dépend de ses parents ou de la personne qui en prend soin (traduit caregiver dans la revue) et que l'essentiel des décisions qui le concernent sont prises par eux. De manière paradoxale, ces derniers peuvent être influencés dans leur choix par le comportement de l'enfant, allant parfois jusqu'à prendre des décisions contraires à leurs principes. Par exemple : un enfant qui fait une colère et un parent excédé qui lui donne son portable pour le calmer. Eddy (1998) mentionne le caractère multifactoriel du concept de compliance car il est fonction de plusieurs éléments comme le comportement de l'enfant et l'environnement familial par exemple. Certains facteurs sont défavorables à une bonne compliance et agir dessus peut contribuer à l'améliorer. Ainsi prendre en compte le rôle de la famille, des parents peut vraiment être intéressant, puisque le style parental peut influencer la compliance de l'enfant et cela de plusieurs manières. (Eddy et al., 1998). Dans sa revue de littérature Santer va plus loin et relève différents éléments explicatifs de l'adhésion au traitement qu'elle classe selon 6 thèmes (voir figure 3). Bien que le concept vu par Santer (2014) soit lié à un cadre thérapeutique, nous avons trouvé intéressant de l'assimiler à notre problématique à cause des caractéristiques (très proches) qui le composent. Ainsi, la pathologie ou la maladie est associée à un usage problématique des écrans (PSU), le « caregiver » est assimilé au parent, le rôle du professionnel de santé correspond au professionnel pédiatrique, le traitement représente la stratégie mise en place pour gérer le PSU dans le cadre de la promotion à la santé et le contexte se caractérise par les politiques et programme de santé concernant la problématique des écrans.

Figure 3 : Facteurs explicatifs de l'adhésion au traitement



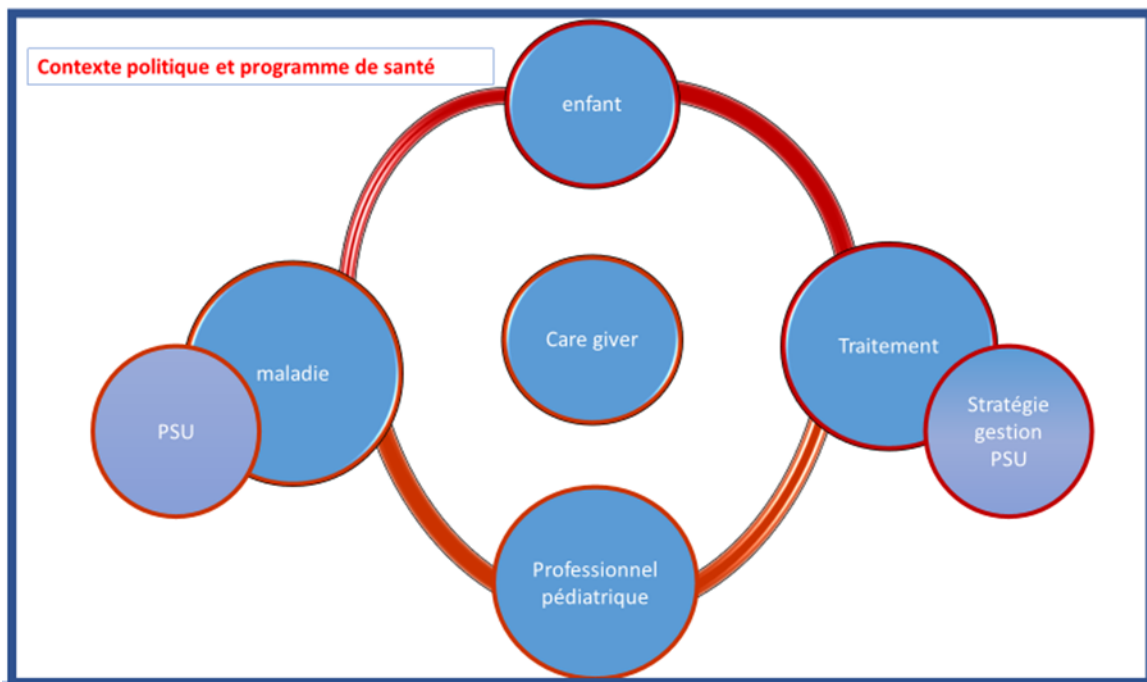
Source : adapté de Santer 2014

Parmi les facteurs cités par Santer et Al, nous en retiendrons quatre qui peuvent s'appliquer au PSU et renvoient à la perception des professionnels de santé

Les croyances des caregivers

Les croyances du caregiver concernent ses préoccupations ou ses craintes par rapport aux menaces de la pathologie à long terme sur l'enfant. Mais elles concernent aussi les recommandations éducatives et les obstacles potentiels. Le caregiver aurait tendance à mettre en balance ces types de croyance. Ce qui serait pour lui une source de tension surtout lorsque l'obligation de surmonter l'obstacle de l'observance des recommandations est liée à la conviction profonde des bénéfices importants sur la santé de l'enfant. Le caregiver se trouve en quelque sorte coincé entre l'enfant, le PSU et la recommandation éducative (Santer et al., 2014).

Figure 4 : croyance du caregiver



Source : adapté de Santer 2014

- la difficulté dans le suivi des recommandations éducatives

Pour appréhender cette difficulté, la mise en place de stratégies pratiques et l'instauration d'une certaine routine peut être envisagée. Elle peut être intégrée aux habitudes de vie de l'enfant et aider à éviter une résistance de sa part, mais à la condition de faire preuve d'une certaine souplesse. (Santer et al., 2014)

- la résistance de l'enfant

Elle génère des conflits qui constituent pour les caregivers de véritables obstacles et sources de stress dans l'observance et l'adhésion au traitement. Le caregiver, préoccupé par la situation, aura tendance à remettre en cause sa propre façon d'agir. De plus, un caregiver n'étant pas l'autre, la réaction très variable de celui-ci pourra influencer l'environnement familial dans l'observance des recommandations éducatives. La réaction est elle même influencée par l'âge et le développement de l'enfant. (Santer et al., 2014).

L'âge de l'enfant est également renseigné par Wehmeier, comme un facteur essentiel puisque la problématique de ce mémoire concerne les jeunes enfants en dessous de l'âge 5 ans. Néanmoins le jeune enfant est capable de compliance même si une étude suggère une meilleure

observance à un traitement chez les adolescents que chez les jeunes enfants. Un résultat qui pourrait être expliqué par une plus grande responsabilité et une plus grande autonomie dans la gestion des traitements par les adolescents. (Wehmeier et al., 2015)

- l'apport des professionnels de santé

L'article de Santer (2014) décrit la perception globale du caregiver comme généralement positive en ce qui concerne l'avis des professionnels de santé. Il ne fait pas mention de la perception des enfants, cela ne signifie pas qu'il ne faut pas en tenir compte. L'article relève surtout le fait que l'avis des professionnels de santé exerce une influence sur les croyances du caregiver concernant le PSU et les traitements. Cet avis est également perçu comme une source de conseils. Certains caregivers ont en effet besoin d'aide pour obtenir l'adhésion de l'enfant. Enfin cet avis renforce/ les bénéfices liés à une solide relation entre le caregiver et le professionnel de santé dans le cadre de la promotion à l'adhésion au traitement.(Santer et al., 2014). Néanmoins, il est important de relever que la perspective du caregiver et du professionnel de santé peut diverger à propos de la situation ; le caregiver peut avoir l'impression que le professionnel anticipe la participation de l'enfant avant son engagement dans la prise de décision. (Santer et al., 2014)

Ainsi, si certains facteurs sont préjudiciables à une bonne compliance, d'autres sont d'excellents moyens de les améliorer. Dans la gestion de la situation problématique, l'objectif du caregiver est la recherche permanente de l'équilibre entre ces préoccupations concurrentes. L'instauration de programmes d'éducation pour la santé constitue une réponse qui a déjà démontré de très bons résultats dans l'amélioration des comportements de santé lorsqu'ils intègrent un contact direct avec les prestataires de soins. Ainsi le rôle non négligeable des professionnels de santé est à souligner, il est même crucial puisqu'il peut contribuer à véhiculer une image positive de la santé à travers la stratégie mise en place (Santer et al., 2014).

C'est pourquoi la qualité des interactions occupe une grande place car elle favorise alors grandement l'observance et la persistance du comportement approprié. (Gold & McClung, 2006).

3.3. Usage problématique du smartphone, technoférence ou immersion

Le concept d'usage problématique des smartphones introduit plus haut concerne essentiellement les téléphones mobiles mais dans le cadre de ce travail, il sera élargi à tous les écrans concernés. En effet le « *potentiel de dysfonctionnement* » associé à l'utilisation des smartphones a suscité de nombreuses recherches dans le domaine. (Harris et al., 2020). Un

grand nombre de recherches ont en effet soulevé l'hypothèse d'une corrélation entre les dysfonctionnements psychologiques et comportementaux et l'utilisation des smartphones. Il semble difficile de déterminer le moment où l'usage de cette technologie devient problématique ; cependant en raison de modèles théoriques insuffisants sur le sujet la définition d'un PSU n'est pas évidente. Il convient alors de s'interroger sur les critères exacts qui définissent ce concept. S'agit-il de la quantité d'utilisation, du mode d'utilisation ou des conséquences négatives liées à cet usage ? (Harris et al., 2020). Ce dernier critère occupe une place importante dans la conceptualisation du PSU en raison des nombreuses corrélations entre l'utilisation des smartphones et les dysfonctionnements.

Tableau 2 : Problematic smartphone use et dysfonctionnements

Dysfonctionnement	Conséquences observées
Sociaux	Diminution des compétences sociales, de l'intelligence émotionnelle
Interpersonnels	Diminution de l'empathie, augmentation des conflits interpersonnels
De la santé mentale	Anxiété, solitude, faible estime de soi
De cognition	Diminution des performances scolaires,
Académique	faible estime de soi

Source : (Harris et al., 2020)

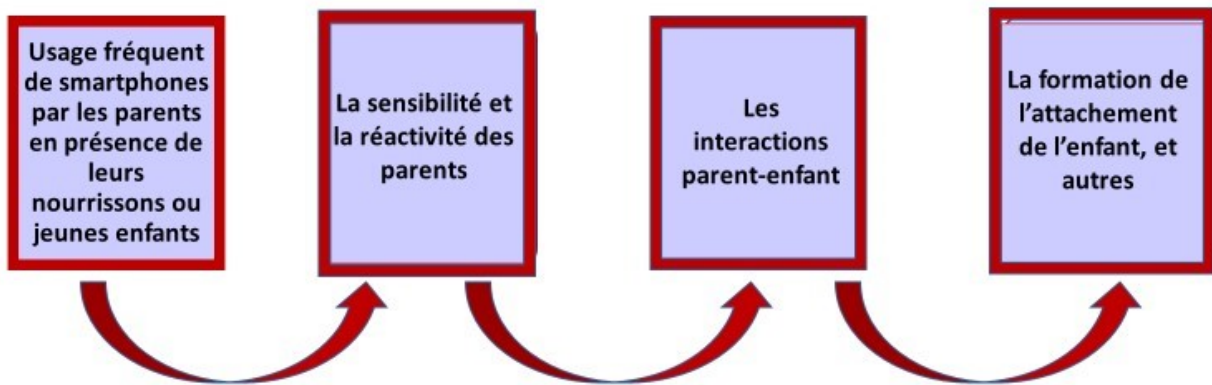
Une série de conséquences dommageables très proches de celles-ci ont été évoquées au point 2.1.3, et qui concernent le syndrome d'exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE). (Marcelli et al., 2020)

Un constat qui corrobore les travaux de Park et Park, Grote et Al et ceux de Billieux. Par rapport à la définition de Billieux, le PSU peut être interprété comme un comportement inadéquat qui peut entraîner des conséquences néfastes au maintien d'une bonne santé.

Une autre façon de s'intéresser au PSU est de comprendre l'impact de l'utilisation des smartphones par les parents sur les relations au début de la vie des enfants. Cette démarche est soutenue par une revue de littérature rédigée par Braune-Krickau. Comme nous l'avons mentionné au point 2.1.1, le développement de l'enfant, dès ses premières minutes de vie est influencé par les liens qu'il tisse avec ses parents. Même si un grand nombre de parents sont conscients de cela, nombreux sont ceux qui passent un temps non négligeable sur leur appareil

mobile ou leur écran. Les effets observés sur les enfants vont de la tristesse à la colère en passant par de la frustration et de l'épuisement. (Braune-Krickau et Al, 2021)

Figure 5 : usage des smartphones et processus interactionnel



inspirée par Braune-Krickau et Al, 2021

Dès la naissance, la sensibilité et la réactivité parentales jouent un rôle fondamental dans le processus interactionnel précoce. La sensibilité renvoie à « la capacité des parents à percevoir les signaux de l'enfant, à les lire correctement et à y répondre de manière opportune et adéquate. (Ainsworth., 1974 in Braune-Krickau 2021). La réactivité des parents représente « l'aspect de la sensibilité parentale qui englobe la contingence, la cohérence et la rapidité des réponses parentales » (Bell et Ainsworth, 1972 in Braune-Krickau 2021). La perturbation de ces deux éléments peut entraîner des répercussions sur le processus interactionnel qui est lié à l'attachement entre les parents et les enfants.

« Une éducation parentale sensible contribue à la formation d'une relation d'attachement sécurisante. La formation d'un lien d'attachement (sécurisé) est l'une des tâches développementales les plus importantes au cours de la première année de vie (Moszkowski et al., 2009). La communication d'attachement constitue la base du développement des structures cérébrales ; celles-ci sont essentielles pour le traitement des émotions et la modulation du stress, l'autorégulation et les origines fonctionnelles du soi corporel (Schoré, 2015). La communication en face à face, le contact visuel et l'attention partagée ont été décrits comme des éléments élémentaires des processus d'attachement et, en outre, de l'acquisition du langage et de l'apprentissage culturel. » (Braune-Krickau et Al, 2021)

L'auteur fait également référence à 2 concepts intéressants que sont **la technoférence** et **l'immersion**. Alors que la technoférence consiste en une « interruption de la communication, l'immersion concerne les aspects qui consistent à détourner le regard de l'interlocuteur pour le porter sur l'appareil, généralement pendant de longues périodes »(Braune-Krickau et Al, 2021)..Il semble que ces 2 composantes influenceraient négativement la sensibilité et la réactivité des parents d'enfants de moins de 5 ans lors de l'utilisation du smartphone. Une conclusion à mettre au conditionnel puisque le comportement serait fonction du contexte d'observation (Abels et al. , 2018 in Braune-Krickau 2021). Dans ce mémoire notre attention se portera sur le concept de la technoférence qui sera développé dans les points suivant.

Enfin, s'intéresser à la raison qui pousse certains parents à utiliser leur smartphone peut également contribuer à la réflexion sur la problématique. On peut comme l'ont fait MC Daniel et Radesky envisager d'observer de quelle manière le stress et le comportement (difficile ?) de l'enfant pourraient être appliqués à un usage problématique du smartphone par les parents (McDaniel & Radesky, 2018). Les séquences de technoférence ou les périodes d'immersion sont-elles induites par le stress ressenti (perçu) par le parent qui fait face au comportement difficile de son enfant ? Ou les difficultés comportementales découlent-elles de l'utilisation de la technologie par les parents, parce que ce dernier ne prête pas à son enfant l'attention qu'il demande ? Selon McDaniel et Radesky, il semble que » les appareils mobiles et autres technologies numériques servent potentiellement à soulager le stress des parents ». Même si le stress fait partie de la vie quotidienne des parents qui ont de jeunes enfants, à l'hôpital les moments déclencheurs de stress peuvent également être fréquents pour les parents comme pour les enfants. Cependant les moments de technoférence et d'immersion représentent des opportunités manquées de connexion entre l'enfant et son parent qui sont indispensables pour sa santé et son développement. (McDaniel & Radesky, 2018).

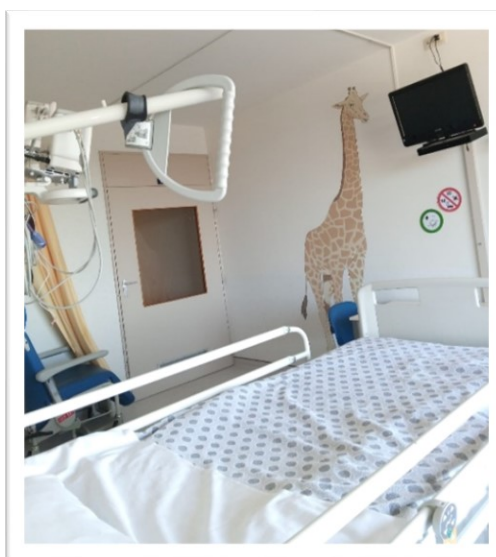
Bien que ce concept soit généralement associé à des résultats négatifs notamment par les effets observés chez les enfants, nous pouvons nous intéresser aux éventuels effets bénéfiques qu'il pourrait apporter dans le cadre d'une hospitalisation. Dans la pratique des professionnels pédiatriques, en particulier chez les soignants, il n'est pas rare d'utiliser une tablette ou un smartphone pour distraire un enfant lors d'un soin ou d'une activité potentiellement stressante. La technoférence est alors induite pour réduire le stress.

4. PROBLEMATISATION

Pour bien comprendre la problématique, il est important d'en détailler le contexte. Les CUSL comptent sept unités de pédiatrie. Ces unités sont les unités de pédiatrie générale, neurologie pédiatrique, cardiologie pédiatrique, gastro-entérologie pédiatrique, néonatalogie, endocrinologie pédiatrique, oncologie-hématologie pédiatrique. Différents secteurs sont mobilisés au sein de ces unités. Les CUSL disposent également d'une unité de soins intensifs pédiatriques.

A l'exception de quelques chambres dans l'unité de néonatalogie, toutes les chambres des unités de pédiatrie sont équipées d'un écran de télévision, y compris les chambres des soins intensifs pédiatriques. Les jeunes patients hospitalisés en pédiatrie ont entre 0 et 16 ans. L'enfant est généralement accompagné de son parent qui est autorisé à rester dormir près de lui durant toute la durée de son hospitalisation (à l'exception des soins intensifs). La présence des deux parents est habituellement autorisée. Toutefois avec l'arrivée de la covid 19, le règlement des visites a subi quelques modifications.

Les chambres peuvent accueillir au maximum 2 patients (et leurs parents). Lors de son hospitalisation, les enfants et leurs parents peuvent regarder la télévision présente en chambre gratuitement. Il s'agit toutefois d'un seul écran que les occupants de la chambre doivent se partager en se mettant d'accord sur le programme à regarder. Il n'y a pas de règlement sur l'usage de l'écran de télévision. Les parents et/ou les enfants sont libres de l'allumer ou de l'éteindre à l'heure qu'ils souhaitent.



Source : Eve Nange

En dehors de la télévision, les parents ont la possibilité d'apporter leurs propres appareils : pc, smartphone, tablette, etc. Les CUSL disposent d'un réseau wifi gratuit et accessible depuis la chambre d'hospitalisation. Il n'y a pas de règlement spécifique pour l'usage du wifi, si ce n'est celui qui est établi par le fournisseur de la connexion. Il n'y a pas non plus de règlement concernant l'usage d'appareils privés (volume, durée, etc.).

Mais de manière tacite, il est demandé au parent une gestion prudente et raisonnable. Les unités de pédiatrie des CUSL disposent d'une équipe d'animation qui fournit à la population pédiatrique des activités et des distractions durant le séjour.

L'offre est diversifiée afin de pouvoir correspondre à toutes les tranches d'âge et s'adapter à la situation clinique de chaque enfant. Cependant cela n'est pas toujours possible. Pour les enfants scolarisés, l'école Escale est présente au sein de l'hôpital.

Dans le cadre de ce mémoire l'unité de néonatalogie ne fera pas partie de notre terrain de recherche.

L'essentiel de cette recherche s'articule autour des écrans, des interactions PP-enfant-parents en hospitalisation pédiatrique.

A la lumière de ces informations, un grand nombre de questions se posent, notamment sur la possibilité d'actions en milieu hospitalier :

- Que permet le cadre institutionnel ?
- De quelle manière les professionnels pédiatriques peuvent-ils réguler l'engagement des très jeunes enfants et de leurs parents avec les technologies numériques dans un service d'hospitalisation. ?
- Quel(s) rôle(s) peuvent -ils effectivement jouer dans la médiation parents/enfants face aux différents écrans dans la structure hospitalière ?
- Quelles informations le professionnel pédiatrique pourrait-il transmettre afin d'améliorer une situation problématique ?
- Quelles répercussions cela peut-il avoir sur la relation qu'il a avec l'enfant et ses parents ?
- De quel bagage formatif ou aide institutionnelle dispose-t-il pour le faire ?
- Y a-t-il des connaissances ou une formation à acquérir pour dispenser ce genre d'information ?

Quand bien même cela serait possible, qu'en pensent les professionnels pédiatriques ? Ce sont autant de questions qui ont suscité et fait émerger la question de recherche que voici :

« Quelle est la perspective des professionnels pédiatriques sur les interactions parents-enfants autour des écrans pendant les hospitalisations dans un service pédiatrique ? »

5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Les objectifs poursuivis visent à répondre à notre question de recherche qui comprend plusieurs aspects.

Q1 : Quelle est la perspective des professionnels pédiatriques sur l'usage des écrans en pédiatrie ?

Q2 : Quelle médiation possible dans les interactions parents enfants autour des écrans ?

Q3 : Quel projet développer pour une meilleure utilisation des écrans pendant l'hospitalisation ?

L'objectif prioritaire est donc de réfléchir au rôle possible des professionnels pédiatriques dans la mise en place d'une stratégie éducative en vue d'un meilleur usage des écrans chez les tout-petits durant une hospitalisation pédiatrique.

A cette fin les sous-objectifs sont les suivants :

SO1 : Décrire le positionnement du personnel pédiatrique des CUSL par rapport à la problématique des écrans dans leurs interactions avec les parents/enfants pendant une hospitalisation.

De manière synchrone

SO2 : Analyser la perspective des professionnels pédiatriques des CUSL sur la problématique des écrans dans leurs interactions avec les parents/enfants pendant une hospitalisation

SO3 : Proposer des pistes favorisant les activités de promotion de la santé centrée sur les écrans pendant une hospitalisation en pédiatrie aux CUSL

SO4 : Emettre des recommandations pour favoriser la mise en place d'une politique pour un usage non problématique des écrans dans le secteur de la pédiatrie.

6. MATERIEL ET METHODES

6.1. Design

Pour l'élaboration de ce mémoire, nous avons opté pour une méthode d'analyse mixte parallèle. Cette combinaison associe une méthode d'analyse quantitative (phase A) à une méthode d'analyse qualitative (phase B). Dans cette combinaison, les deux phases ont été initiées en même temps et conduites de manière simultanée. Les données ont été récoltées dans chaque phase au fur et à mesure selon un délai imparti. Les analyses des 2 phases ont été effectuées de manière indépendante. Les résultats issus de ces analyses ont ensuite été mis en commun.

La phase A

La méthode d'analyse quantitative a pris la forme d'un questionnaire autoadministré. Cette méthode nous a permis par une enquête relativement ciblée d'établir le profil des intervenants pédiatriques et d'identifier leur positionnement par rapport à la problématique des écrans dans leur pratique professionnelle. Le questionnaire contenait des questions sur le profil professionnel, des questions fermées et quelques questions ouvertes. L'enquête concernait uniquement les professionnels pédiatriques ciblés par la problématique dans le cadre de ce mémoire. La méthode quantitative nous a permis d'avoir accès à un échantillon plus important, et d'examiner les relations entre les différentes variables.

La phase B

La méthode d'analyse qualitative a consisté en une série d'entretiens semi- dirigés. Cette méthode nous a permis de mieux cerner la manière dont les PP réfléchissent, d'avoir des explications quant à leur positionnement et de discerner les raisons qui motivent leurs comportements. Alors que nous nous intéressons aux rôles que peuvent jouer les professionnels pédiatriques dans les interactions parents-enfant face aux différents écrans dans la structure hospitalière, cette méthode a favorisé la compréhension de la perception de ces professionnels quant aux éventuelles répercussions des écrans au sein des interactions parents/enfants.

En synthèse, la méthode mixte nous a procuré une vision plus large et plus globale de la problématique. Les questionnaires nous ont donné accès à un contenu, certes condensé, de la perspective et du positionnement des professionnels pédiatriques mais les entretiens semi-dirigés ont mis en relief les résultats des questionnaires en amenant des détails qui permettaient une meilleure compréhension du problème (Aujoulat, 2021)

6.2. Collecte des données et méthode d'échantillonnage

Collecte des données

- *Phase A*

Une prise de contact avec toutes les infirmières chefs des unités de pédiatrie a été réalisée par courrier électronique. Elle a permis d'expliquer les objectifs de l'étude, de préciser les délais et les modalités de reprise des questionnaires. Un appel à participation a été fait oralement lors des différentes transmissions d'informations dans les différentes unités.

Les unités de pédiatrie concernées étaient celles de pédiatrie générale, neurologie pédiatrique, cardiologie pédiatrique, gastro-entérologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique, soins intensifs pédiatriques.

Une trentaine d'exemplaires du questionnaire ont été laissés à la disposition des professionnels pédiatriques souhaitant participer. Les questionnaires papiers ont été distribués simultanément dans les 6 unités de pédiatries.

La participation à l'enquête était libre et anonyme. L'accent avait été mis sur l'opportunité de contribuer à une enquête sur un sujet innovant et d'actualité auquel les professionnels pouvaient apporter leur contribution.

Les données ont été collectées du 14/12/2021 au 31/1/2022

Les questionnaires vierges étaient à disposition dans une farde plastique transparente, dans le local de détente ou à défaut dans le local choisi par l'équipe soignante. Le questionnaire était anonyme et était identifié par un numéro, pour faciliter le traitement des données. Les questionnaires étaient à glisser dans une boîte scellée, située dans le local de détente ou à défaut dans le local choisi par l'équipe soignante.

Un passage hebdomadaire assurait la récolte des questionnaires complétés et un rappel aux équipes pour les encourager à participer.

A des fins d'analyse comparative, le questionnaire contenait quelques questions sur le profil des participants à savoir : le genre, la catégorie d'âge, le nombre d'années d'expérience, la catégorie professionnelle et le temps de travail, avec toujours une possibilité de ne pas répondre. Ces éléments récoltés consistent en une série de données sociodémographiques qui nous permettront d'établir un profil des professionnels pédiatriques en place dans les unités concernées.

Le questionnaire contenait également des questions sur l'utilisation des écrans, l'opportunité des actions régulant l'utilisation des écrans et sur le rôle des PP (professionnel pédiatrique) et des parents dans le cadre des interactions parents-enfants- PP par rapport aux écrans durant l'hospitalisation en pédiatrie. Le questionnaire contenait aussi des questions sur une situation observée dans une unité pédiatrique durant une hospitalisation. La situation portait sur un exemple d'utilisation d'appareils à écrans par des parents et leur enfant durant une hospitalisation dans une unité de pédiatrie

Les résultats fournis ont été mis en relief avec les résultats de la phase B.

- *Phase B*

Un guide d'entretien a été rédigé sur base des concepts mis en évidence (au point 3). Neuf professionnels pédiatriques ont été interviewés. Les entretiens se sont déroulés du 15/12/2021 au 28/02/2022.

Critères d'inclusion

En ce qui concerne les questionnaires auto-administrés, les critères de sélection de l'échantillon concernaient uniquement les professionnels pédiatriques mentionnés au 2.7.1. En ce qui concerne les entretiens semi-dirigés, les critères de sélection de l'échantillon incluaient une ancienneté de 2 ans minimum et un temps de travail supérieur à 50 %. Il était important que la personne ait eu l'occasion d'avoir un temps de travail suffisant et d'avoir un nombre important d'interactions avec des enfants et leurs parents.

Procédure de recrutement et collecte des données

- *Phase A*

Les critères d'inclusion ont été rappelés lors des différentes transmissions dans les unités, en outre les questions relatives au profil et soumise dans le questionnaire ont permis d'exclure les personnes qui ne correspondaient pas aux critères. Le questionnaire est disponible en annexe dans sa version complète (Annexe 6).

- Phase B

Un mail d'information a été envoyé aux différentes unités concernées et contenait un appel à participation à un entretien semi-directif. En parallèle, un recrutement raisonné a été réalisé par la méthode 'boule de neige' au départ des personnes volontaires. Les entretiens ont été effectués au sein des Cliniques dans les locaux mis à disposition par l'institution (2 entretiens) ou par visioconférence (7 entretiens). La durée de ceux-ci n'a pas dépassé une heure. L'entretien était enregistré avec l'accord du participant.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement.

Le guide d'entretien se compose de 3 parties :

1. Une présentation de la démarche
2. Des questions sur le profil socio-démographique
3. Des questions sur les 3 objectifs mis en lien avec les éléments conceptuels explorés dans ce mémoire
 - Le problematic smartphone use et la technoférence
 - La promotion de la santé à l'hôpital
 - La compliance des parents et leurs enfants

Le guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe 7).

6.3. Plan d'analyse

A. Phase A

Les données ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive, avec le logiciel IBM SPSS®. Il s'agit des données issues des questions fermées et semi- ouvertes car elles engendraient un nombre restreint de réponses. Les réponses issues des questions ouvertes ne se prêtant pas à cette démarche, ont été analysées différemment, c'est-à-dire qu'elles ont été classées par catégories. Toutefois certaines questions ouvertes ont bénéficié d'un traitement par analyse statistique après avoir été catégorisées de manière qualitative.

Les questionnaires dépouillés ont été répartis selon les différentes unités participantes. Des statistiques descriptives (fréquence, moyenne, et autres, à compléter) ont été utilisées pour établir le profil des répondants ainsi que leur positionnement par rapport à la problématique.

En ce qui concerne le positionnement des répondants, notre attention s'est portée sur les variables liées à l'utilisation des écrans pendant l'hospitalisation.

Il s'agit de la considération et du sentiment par rapport à l'intensité de l'usage de l'écran. Trois autres variables ont également été prises en compte, il s'agit des variables :

- justification du sentiment,
- impacts positifs
- impacts négatifs perçus par les répondants.

Ces données étaient extraites de questions ouvertes.

Les données qualitatives ont été analysées et catégorisées selon les thématiques identifiées. Cela a permis d'établir un tableau de fréquence des différents thèmes identifiés par les répondants dans chaque variable.

Afin d'évaluer la perspective des répondants sur l'opportunité des actions en promotion de la santé centrées sur l'usage des écrans pendant l'hospitalisation, notre attention s'est portée sur 4 variables :

- la variable perspective du rôle éducationnel,
- la variable facteurs favorisant la démarche éducative,
- la variable freins à la démarche éducative,
- la variable avis sur politique générale de l'usage des écrans.

La lecture de la situation observée a permis d'identifier les actions et le positionnement des répondants par rapport à une situation concrète proposée dans le questionnaire.

L'ensemble de ces variables ont fait l'objet d'un codage pour le traitement statistique. Le codebook est disponible en annexe (Annexe 9).

B. Phase B

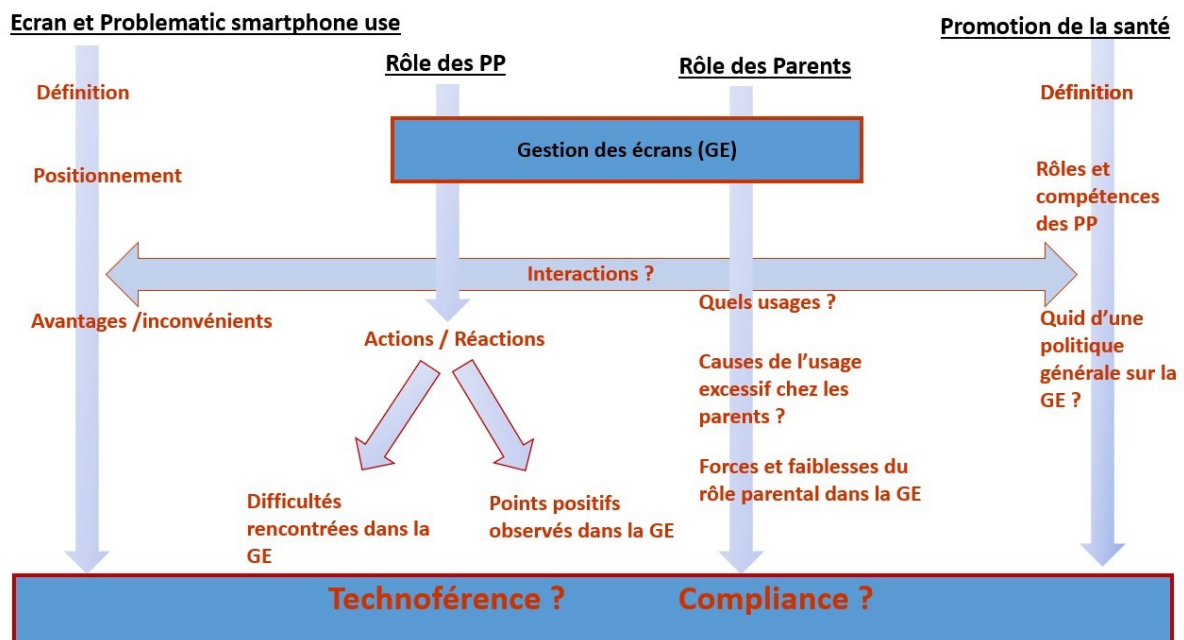
Le choix a été fait d'adopter une démarche d'analyse de contenu thématique en référence au cadre théorique basé sur les concepts abordés au point 3. Ainsi 4 unités d'analyse ont été créées en référence aux quatre thèmes et aux sous-thèmes conceptuels abordés. Au fur et à mesure de la retranscription des entretiens, le découpage du matériau a été réalisé en fonction des unités d'analyses prédéfinies. Dans un premier temps, nous avons repéré les passages en lien avec les différents thèmes. Nous avons analysé la manière dont les personnes interviewées se positionnent par rapport à ces 4 thèmes et aux sous-thèmes en dégagant les éléments récurrents qui définissent une tendance. Les données ont été extraites et analysées au fur et à mesure de

la réalisation des entretiens, ce qui a permis de prendre le temps nécessaire pour l'analyse et un réajustement éventuel des questions s'il s'avérait que certaines questions aient été mal comprises ou mal formulées.

C. Liens entre les deux

Des comparaisons ont été réalisées entre les résultats de la phase A et B sur différentes thématiques, afin d'observer de quelle manière les informations recueillies en phase B correspondaient ou non aux résultats recueillis en phase A. Dans le cas d'une correspondance, les résultats recueillis en phase B pourraient venir expliquer les résultats obtenus en phase A.

Figure 6 : Plan de synthèse de l'analyse des entretiens



L'analyse des données récoltées portait sur les points suivants :

1) Le positionnement et la perspective des professionnels pédiatriques sur la problématique liée à l'usage des écrans

Le positionnement des répondants, c'est-à-dire voir de quelle manière ils se situent par rapport à la problématique des écrans, et l'usage problématique des smartphones. (PSU). Il conviendra de décrire la perspective des répondants sur la situation qu'engendre la PSU et sur les interactions qu'ils vivent avec les parents et les enfants autour des écrans pendant l'hospitalisation.

2) Le rôle des professionnels pédiatriques

L'usage des écrans pendant l'hospitalisation et la perception qu'ils ont de leur rôle dans la gestion des écrans. Les difficultés rencontrées et les bénéfices observés par les répondants dans la gestion des écrans seront relevés, ainsi que les réactions et les actions suggérées par les comportements des différents acteurs.

3) Le rôle parental dans les interactions

La perspective des répondants par rapport au rôle parental dans les interactions avec leurs enfants autour des écrans pendant l'hospitalisation.

4) Les actions en promotion de la santé

Les actions expliquent comment les répondants envisagent une intervention en promotion de la santé, et de quelle manière ils se sentent impliqués dans cette action.

De manière transversale, la notion d'interactions sera questionnée et nous tenterons de comprendre comment les concepts de technoférence et de compliance sont mobilisés à travers les réponses des répondants.

6.4. Biais et limites de la recherche

En réalisant ce mémoire je me suis rendu compte que ma subjectivité sur le sujet, c'est-à-dire l'idée que je me faisais de la problématique avait tendance à orienter ma recherche. Le choix de mes articles était plutôt orienté en défaveur des écrans. J'ai cependant cherché de la littérature plus nuancée. J'en ai pris conscience et j'ai par la suite veillé à ne pas créer de biais d'interview durant mes entretiens.

La réalisation des entretiens s'est essentiellement déroulée au sein des CUSL dans lesquelles je travaille. Les personnes que j'ai eu à interviewer sont des professionnels que je côtoie depuis de nombreuses années et que je considère comme mes collègues. Pour ne pas créer de confusion, il était nécessaire que je me présente comme étudiante en faculté de santé publique. J'ai veillé à utiliser la messagerie de la faculté pour transmettre mes informations aux chefs d'unités. Et à rappeler ma position au début de chaque entretien.

6.5. Considération éthique et autorisation

Une autorisation a été demandée au chef du département pédiatrique des CUSL qui nous a donné une réponse favorable. Une demande d'avis a été soumise au comité d'éthique hospitalo-facultaire des CUSL. L'avis favorable a été rendu en date du 22/11/2021. (ref2021/25OCT/437) et est disponible en annexe (Annexe10).

Toutes les précautions ont été prises afin de respecter l'anonymat des participants à l'enquête. Aucun nom n'a été renseigné sur les documents et dans les retranscriptions des entretiens. Aucun lien n'a été fait avec les unités pédiatriques investiguées. Les participants à la phase A ont lu les informations relatives à la recherche en début de questionnaire. Les participants à la phase B ont reçu une fiche d'information sur la recherche et signé un consentement éclairé (en Annexe 8). La participation était libre et sur base volontaire.

Nous tenons à mentionner un incident concernant la conservation des données. Les appareils (ordinateur portable et smartphone) qui contenaient les enregistrements et la retranscription des entretiens ont été dérobés. Cet incident a fait l'objet d'une déclaration à la police.

7. RESULTATS

Phase A

Au terme de la récolte des données, 80 questionnaires ont été dépouillés (N=80).

Tableau 3 : Répartition des professionnels pédiatriques selon unités de pédiatrie N= 80

Unités de soins	n (%)
81	7 (8.8)
82	12 (15)
85	14 (17.5)
91	24 (30)
92	10 (12.5)
Soins intensifs	13 (16.3)
n = échantillon	

Nous constatons que 30% de l'échantillon fait partie de l'unité 91. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'unité 91 accueille essentiellement des enfants en dessous de l'âge de 3 ans. Un âge qui correspond à la population pédiatrique concernée par la question de recherche. Dans les autres unités l'âge des enfants est plus diversifié.

1) Description socio-démographique de l'échantillon

Tableau 4 : Description échantillon N =80

Variables	n	%	DM* en %
Age en année			0
20-34	43	53.8	
>35	37	43.3	
Genre			0
Masculin	6	7.5	
Féminin	74	92.5	
Fonction			2.5
Infirmier(e)	61	76.3	
Aide-soignant(e)	5	6.3	
Animateur/trice	2	2.5	
Médecin	6	7.5	
Kinésithérapeute	4	5	
Temps de travail			0
Mi-temps ou moins	12	15	
Plus qu'un mi-temps	68	85	
Ancienneté			0
2 ans ou plus	59	73.8	
Moins de 2 ans	21	26.3	
Utilisation personnelle écran/ jour			0
<2 h	19	23.8	
2 à 4 h	44	55	
>4 h	17	21.3	

*Données manquantes

Après regroupement des 6 catégories de tranches d'âge, nous obtenons 2 groupes d'âge relativement égaux.

Le genre féminin est majoritairement représenté dans l'échantillon. C'est souvent le cas dans les soins de santé notamment dans la population infirmière qui représente à elle seule un peu plus des trois quarts de l'échantillon.

La majeure partie des répondants sont employés à plus de 50% aux CUSL, ce qui est intéressant pour la fréquence des interactions avec les parents et les enfants.

Presque trois quarts des répondants ont deux ans d'ancienneté minimum. 21.3 % de l'échantillon a une utilisation personnelle des écrans supérieurs à 4h. En réalisant un tableau croisé nous constatons que la consommation d'écran inférieure à 2h est plus importante chez les plus de 35 ans (18%). La consommation de 2h à 4h d'écran concerne la même proportion de professionnel dans les 2 catégories d'âge (26 % et 27 %). En ce qui concerne une utilisation supérieure à 4h elle est plus importante chez les moins de 35 ans (16%) (Annexe 5).

2) Positionnement des répondants sur l'utilisation des écrans

Tableau 5 : Positionnement des professionnels (N = 80)

Afin d'évaluer si la variable, « Fréquence des écrans perçue par les répondants » est significative, nous avons procédé à une analyse descriptive de la variable. Avec une P-valeur de 0.138, nous déclarons que la variable suit une loi normale. Cela nous permet de documenter la fréquence moyenne calculée à 6.80 observations sur dix passages avec une DS ± 1.884 .

Variables	n	%	DM en %
<u>Avis sur la présence des écrans en chambre pédiatrique</u>			3.8
• Pas assez souvent	1	1.3	
• Aussi souvent que nécessaire	20	25	
• Trop souvent	56	70	
<u>Sentiments par rapport à l'écran</u>			0
• Négatif	37	46.3	
• Ni négatif, ni positif	42	52.5	
• Positif	1	1.3	

n = échantillon

<u>Justification du sentiment</u>			13.8
Vivre avec son temps	1	1.3	
Impact sur la santé/ développement	8	10	
Absence d'interaction - entourage/environnement	10	12.5	
Nécessité de distraction/temps long	12	15	
Distraction/ difficultés d'occupation	8	10	
Choix parental/éducation	9	11.3	
Autres possibilités	13	16.3	
Contexte hospitalier	12	15	
Age enfant	2	2.5	
Temps exposition	6	7.5	
Usage rationnel	3	3.8	
Distraction thérapeutique ou pendant soins	4	5	
Stress/ Angoisse	3	3.8	

<u>Impacts positifs perçus</u>			1.3
Distraction/Détendre-apaiser	16	20	
Distraction/ temps long-isolement	18	22.5	
Distraction thérapeutique	35	43.8	
Distraction /Contexte médical	12	15	
Pas d'impact	3	3.8	
Distraction/Divertissement	19	23.8	
Support pédagogique	3	3.8	
Stimulation/Apprentissage	2	2.5	
<u>Impacts négatifs perçus</u>			6.3
Impact sur santé/développement	37	46.3	
Perturbation interactions avec environnement	22	27.5	
Perturbation interactions parents-enfants	9	11.3	
Dépendance	21	26.3	
Pas ou peu d'impacts	4	5	

En ce qui concerne l'avis sur la présence des écrans, une grande majorité de l'échantillon (70%) estime que l'écran est trop souvent allumé pendant l'hospitalisation.

Au regard de cet avis, 52.5% de l'échantillon expriment avoir un sentiment neutre quand il voit un enfant de 5 ans ou moins devant un écran., alors que 46.3% expriment un sentiment négatif (Annexe 5)

Lorsqu'on demande aux répondants de se justifier par rapport à ce sentiment, ils mentionnent différentes raisons qui sont réparties selon treize thèmes (voir tableau 5). Les répondants ayant un sentiment négatif, le justifient essentiellement par : ***l'impact que l'écran peut avoir sur le développement psychomoteur et sur la santé de l'enfant en général, l'absence d'interaction avec l'entourage et l'environnement.*** Vient ensuite ***la possibilité d'avoir des alternatives***, en effet les répondants mentionnent qu'il est ***possible, utile, nécessaire*** de faire « **autre chose** » que d'être fréquemment sur un écran pendant l'hospitalisation.

Pour ceux qui ont un avis neutre, les réponses se justifient surtout par la ***nécessité de distraire*** l'enfant car le temps semble long à l'hôpital et l'écran permet de le faire passer plus facilement. On retrouve également le thème du ***contexte hospitalier*** qui amène selon les répondants tout un lot d'incapacités liées à l'hospitalisation (ex : sédentarité liée à la pathologie, au matériel médical, à l'état de santé, etc.). Vient ensuite ***l'éducation parentale ou le choix volontaire des parents*** d'utiliser l'écran comme une solution de facilité pour occuper l'enfant, ainsi que ***la***

difficulté de distraire ou d'occuper l'enfant pendant l'hospitalisation. Ce thème est d'ailleurs souvent mis en lien avec le contexte hospitalier. (Traitements stat en annexes)

Lorsqu'on interroge les répondants sur la notion d'impacts positifs et négatifs (perçus) des écrans pendant une hospitalisation de moins de 7 jours chez un enfant de 5 ans ou moins, 5 impacts positifs sont les plus cités. Il semble que la distraction soit le maître mot de ce thème avec cependant des variantes définies par la finalité de cette distraction. Ainsi, pour 43.8% des répondants, l'écran constitue une source de *distraction thérapeutique* (c'est-à-dire la capacité de distraire l'enfant pendant un soin). 23.8% estiment qu'il représente une forme de *divertissement intéressant*, surtout lorsque *le temps semble long* comme le mentionne 22.5% de l'échantillon.

Pour les impacts négatifs, trois thèmes reviennent de manière importante, *l'impact sur la santé et le développement* qui est mentionné par 46.3% des répondants. Bien qu'il puisse être considéré comme un problème de santé, 26.3% ont mentionné le thème de *la dépendance vis-à-vis des écrans* de manière bien distincte. *Les perturbations dans les interactions avec l'environnement* de manière générale apparaissent comme impact négatif pour 27.9%.

3) Perspectives sur l'opportunité des actions en promotion de la santé

Tableau 6 : Perspectives et opportunité d'action N =80

Variables	n	%	DM en %
<u>Rôle éducationnel</u>			1.3
Oui	28	35	
Peut-être	38	47.5	
Non	13	16.3	
<u>Facteurs favorisant la démarche éducative</u>			0
Formation en communication	14	17.5	
Participation des parents	52	65	
Activités d'animation pour les enfants	57	71.3	
Formation en éducation pour la santé	24	30	
Mise en place d'une politique générale sur l'usage des écrans en pédiatrie	33	41.3	
Autres*	8	10	
<u>Freins à la démarche éducative</u>			0
La charge de travail	70	87.5	
L'absence de connaissance du sujet	16	20	
L'absence de répartition des rôles	16	20	
Le comportement de l'enfant	29	36.3	
L'absence d'implication des parents	62	77.5	
L'absence de motivation	14	17.5	
Autre**	11	13.8	
<u>Politique générale</u>			7.5
Très favorable	16	20	
Favorable	21	26.3	
Ni bon, ni mauvais	26	32.5	
Défavorable	10	12.5	
Très défavorable	1	1.3	

* Informer et sensibiliser sur le sujet, mettre l'accent sur les impacts, formation sur le bon usage des écrans, plus d'animation avec jeux à proposer, un temps au dialogue et une remise en question sur la légitimité des compétences professionnelles.

** Difficulté éducative et détresse dans le rôle parentale, un manque d'activités alternatives proposées, absence d'un climat de confiance comme préliminaire à toutes démarches, doutes sur la légitimité du rôle des PP.

En ce qui concerne les perspectives sur l'opportunité des actions en promotion de la santé, 35% affirment qu'ils ont un rôle à jouer, alors qu'un peu moins de la moitié de l'échantillon hésite.

Parmi les facteurs qui pourraient encourager les répondants à amorcer une démarche éducative en lien avec l'utilisation des écrans par des enfants de moins de 5 ans au sein des CUSL, la ***Participation des parents et les Activités d'animation pour les enfants*** sont respectivement citées par 65% et 71.3% des répondants. ***La formation***, qu'elle soit ***en éducation pour la santé*** (30%) ou ***en communication*** (17.5%) est mentionnée avec une plus faible proportion.

La mise en place d'une politique générale sur l'usage des écrans en pédiatrie semble être un facteur intéressant pour 41.3% de l'échantillon. Un élément qui se confirme puisque l'avis des répondants sur ***la mise en place d'une politique générale sur l'usage des écrans en pédiatrie*** est **favorable, voire très favorable** pour 46.3% de l'échantillon.

En ce qui concerne les freins perçus qui pourraient entraver cette démarche éducative, ***la charge de travail (87.5%) et le manque d'implication des parents (77.5%)*** occupent les premières places. ***Le comportement de l'enfant*** vient ensuite pour 36.3% des répondants. ***L'absence de connaissance du sujet et de répartition des rôles*** occupent la quatrième place.

4) Lecture d'une situation observée et reportée dans le questionnaire

La situation portait sur un exemple d'utilisation d'appareils à écran par des parents et leur enfant durant une hospitalisation dans une unité de pédiatrie, l'objectif étant de mettre en valeur les éléments saillants qui ont interpellé les répondants dans la situation qui leur est présentée.

Les éléments saillants

- 1) La récurrence ou fréquence de l'observation. Vingt-huit répondants ont mentionné vivre ce type de situation de manière régulière, soit près d'un PP sur trois.
- 2) L'utilité très appréciée des écrans, en particulier de la tablette ou le smartphone, pour distraire l'enfant pendant les soins, notamment les soins désagréables et invasifs (prises de sang, pansement, etc.).
- 3) Le comportement (colérique) de l'enfant qui est mentionné. Il est associé à de la dépendance, ou à l'absence de cadre/limite parental, mais se justifie aussi comme faisant partie du processus normal de développement de l'enfant.

- 4) Pour vingt-sept répondants, cette situation amène à formuler des conseils sur un usage plus adapté des écrans (durée, contenu, finalité), des conseils dirigés notamment vers les parents dans leur rôle. Mais également des suggestions pour des alternatives à l'écran pendant l'hospitalisation.
- 5) Les sentiments exprimés sont multiples, avec une tendance générale, un *triste* constat de la situation qui *interpelle* et engendre une *frustration* par rapport à la *difficulté* dans l'intervention à avoir.
- 6) Pour 10 PP, le sujet de la dépendance est évoqué avec des termes tels : accro, drogue, habitude, addiction, addict. Des mots qui justifient le comportement de l'enfant dans la situation observée.
- 7) Neuf PP mentionnent les problèmes générés par les écrans dans les interactions, tant avec les parents qu'avec l'enfant ; qualité des échanges perturbée (durée, coupure).
- 8) Vingt-cinq PP décrivent la présence de l'écran comme un choix parental avec différentes motivations. Les PP parlent de plusieurs types de parents : ceux qui mettent un « cadre » et ceux qui n'en mettent pas. De nombreux PP mentionnent également la présence de l'écran comme la conséquence de nombreux facteurs : une longue hospitalisation dans des conditions difficiles liées à la crise sanitaire, la situation médicale de l'enfant, la présence d'un seul parent, l'obligation pour les parents de rester connecté professionnellement, etc. Tout cela engendre souvent de la fatigue, une perte d'implication voire un abandon des parents dans la gestion de l'usage des écrans. Ces derniers sont alors une source « facile » d'occupation qui permettent aux parents de « souffler ».

Sur base de la situation observée, 55 répondants ont mentionné avoir un rôle à jouer, 14 ont répondu le contraire. Les autres n'ont pas répondu.

Les motivations des personnes ayant répondu « non » sont le manque de temps, la pertinence du rôle à jouer dans un contexte médical où l'enfant est malade et où il y a d'autres priorités, la pertinence du contexte hospitalier (l'idéal est de le faire lorsque l'enfant retourne dans son environnement habituel), et enfin, le rôle éducationnel des parents qui n'est pas celui des professionnels de terrain.

Les motivations des personnes ayant répondu « oui » sont répertoriées en deux catégories

1. Les interventions auprès des parents

- Sensibilisation, information notamment sur les effets néfastes des écrans et de la durée d'exposition à ces derniers. Ce rôle se veut surtout préventif, et pourrait être joué dès le début de l'hospitalisation.
- Avoir une approche d'éducation pour la santé basée, par exemple, sur la mise à disposition de brochures ou d'affiches explicatives « non sanctionnantes » afin d'avoir des repères et d'aider à la prise de conscience, élaborer une charte en collaboration avec les familles.
- Guidance, soutien, aide au recadrage pour venir soutenir la démarche parentale
- Proposition d'alternatives, implication des parents dans les jeux éducatifs, favoriser les interactions des parents et des enfants.
- Promouvoir l'espace d'animation avec ses différentes activités.

2 : Les interventions auprès des enfants

- Réduction du temps d'écran par les professionnels pédiatriques
- Sensibilisation et information de l'enfant par rapport aux risques.
- Proposition d'alternatives.

En dehors de ces 2 catégories, il est intéressant de noter que de nombreux répondants mentionnent l'importance du dialogue entre les différents partenaires (parents-enfants-PP) et sur la confiance qui en découle. Parmi les répondants favorables à jouer un rôle, certains évoquent tout de même quelques réserves liées au manque de temps, au manque d'information, de connaissances théoriques des PP sur le sujet, à la difficulté de jouer un rôle si les parents ne mettent pas de limites, à la difficulté de jouer un rôle car dialogue difficile avec les parents (réception de l'information) et mise en question de la légitimité du rôle.

Phase B

1. Positionnement et perspective des professionnels pédiatriques

- Définitions d'un usage problématique des écrans

Les répondants définissent l'usage problématique des écrans de plusieurs façons. Ils le définissent :

- par la durée et la fréquence d'utilisation : Quand l'enfant ou son parent reste de longs moments sur l'écran, cela peut même se compter en heures, et t cela à plusieurs reprises dans la journée voire la nuit.
- par le moment de l'utilisation : Les écrans sont sollicités 24 heures sur 24. Cela commence très tôt dans la journée et se poursuit parfois très tard dans la nuit.
- par l'âge précoce des enfants : L'utilisation n'est pas adéquate, les enfants de 5 ans ou moins sont trop jeunes pour être mis devant des écrans.
- par l'absence d'interactions : Cette absence est justifiée par la présence de chacun sur les écrans et engendre une coupure relationnelle avec l'autre. Les individus n'ont plus de réaction par rapport à ce qui se passe dans leur environnement.
- par le caractère addictif de l'utilisation : l'enfant est sans cesse en demande des écrans, il ne sait rien faire d'autre comme activité. Le parent a un usage excessif voire abusif de l'écran.

Toutefois si on demande aux répondants de définir un usage non problématique, ils mentionnent un usage dans lequel interviennent les échanges et le partage. Un usage modéré dans le temps à finalité récréative essentiellement. Mais surtout un usage bien structuré où un cadre est posé, un usage où l'écran est une activité parmi beaucoup d'autres et qui ne génère pas de frustration quand on l'enlève.

- Quel positionnement ? Le point de vue sur la situation

« [...] mais oui ça doit sans doute exister mais c'est quand même assez exceptionnel que des parents soient à l'hôpital avec leurs enfants et qu'il n'y ait pas un seul écran. [...] » (ID1, infirmière)

Le sentiment général des professionnels interrogés est teinté la fois de colère, de tristesse, d'inquiétude et d'une forme de compréhension. Tous ont bien conscience de la place que les écrans occupent actuellement dans la vie des jeunes enfants et de leur présence durant l'hospitalisation. Ils sont témoins de situations qu'ils qualifient tantôt de positives ou négatives en fonction du contexte. Les observations négatives engendrent souvent une certaine irritation

et une forme d'inquiétude par rapport aux conséquences éventuelles de ces écrans sur les habitudes de vie notamment.

« [...] C'était un peu frustrant parce que notre métier c'est quand même aussi un peu d'avoir des relations humaines avec les patients, et ne pas réussir à établir un contact avec un patient c'est quand même un échec. ». (ID8, Pédiatre)

Les observations positives amènent plutôt une forme de compréhension mêlée à une certaine tristesse par rapport aux difficultés du rôle parental dans la gestion des écrans. Il revient cependant à de nombreuses reprises que le smartphone ou la tablette sont des appareils très actuels qui font partie de notre quotidien et de notre réalité et que le problème provient plus de son usage que de l'appareil en lui-même.

« Je ne suis pas contre, mais pas tout le temps, je pense qu'on doit vivre avec son temps. On ne peut pas dire : je ne mettrai pas de tv à mon enfant, je ne lui mettrai pas d'ordinateur. Je ne pense pas qu'on peut encore le faire... » (ID1, infirmière)

Lorsqu'on demande aux répondants de raconter une observation positive sur l'usage des écrans, les éléments qui reviennent souvent sont les qualités distrayantes des écrans, surtout lors des moments difficiles comme la réalisation d'un soin aigu, d'une prise de sang, etc. Ces écrans permettent à l'enfant de s'évader, de penser à autre chose qu'à l'inconfort ou la douleur liée au contexte de l'hospitalisation (soins invasifs, immobilité). Mais il y a d'autres avantages : le maintien, entre autres, du contact familial et social qui a été perturbé par la crise sanitaire. Les nombreuses applications contenues dans ces appareils sont pratiques pour communiquer avec l'extérieur, échanger, expliquer à l'enfant certaines choses (traducteur, internet, etc.). L'avis n'est cependant pas unanime, certains ont des difficultés à trouver l'usage des écrans positif pendant les soins et préfèrent la présence unique des parents qui renvoie à une sécurité que l'écran ne peut pas procurer.

Parmi les nombreux inconvénients mentionnés, l'élément marquant est l'absence de réaction, de communication et d'interaction lorsque l'enfant et /ou le parent ont les yeux fixés sur l'écran. Certains parlent d'obnubilation, d'un environnement froid où les sollicitations des PP ne suffisent pas pour attirer l'attention des enfants. Cela peut constituer un vrai problème pour certains PP qui ont besoin d'observer l'enfant dans ses réactions pour objectiver leur jugement clinique. S'il n'y a pas de réaction ou peu d'interactions possibles, c'est compliqué. La capacité de décentraliser (distraindre) l'enfant des soins était perçue plus haut comme un avantage, certains

la mentionnent tout de même comme un obstacle pour obtenir une collaboration de l'enfant qui est absorbé par l'écran.

Nous retiendrons que le PP a un avis sur les écrans et sur les conséquences qu'un usage non approprié peut avoir sur l'enfant, sa santé, son développement et sa relation avec son environnement. L'avis est plus nuancé lorsqu'il questionne l'usage de l'écran. Cet usage est contextualisé, beaucoup de facteurs sont à prendre en considération et avoir un avis tranché, donne l'impression au PP de porter un jugement sur une situation dont il ne connaît pas tous les éléments.

« [...] C'est plutôt facile de juger les gens mais on ne sait pas toujours en fait le fin fond de l'histoire. [...] » (ID2, infirmière) (utile ?)

2. Les interactions observées

- Rôle des professionnels pédiatriques dans la gestion des écrans (GE)

Lorsque les répondants sont confrontés à des situations où l'enfant est assis de longues heures durant devant un écran ou lorsque l'exposition se répète plusieurs fois dans la journée, la réaction première est souvent de s'intéresser à ce que l'enfant fait avec l'écran et d'établir un dialogue avec lui et- pourquoi pas- de déplacer la relation avec l'écran vers une relation avec le PP.

« Ce qui m'ennuie c'est quand l'enfant est seul face à son écran, qu'il ne communique pas ses peurs ou ses questions ou quoi et papa est dans son coin, ma réaction va être de parler à l'enfant pour essayer de voir et lui dire : qu'est-ce que tu regardes, qu'est-ce que cela fait ? voilà essayer de voir avec lui ce que c'est... » (ID1, infirmière).

Cette réaction dépend de plusieurs facteurs comme la durée d'hospitalisation. Par exemple, le fait d'observer un jeune enfant sur une tablette pendant plusieurs heures alors qu'il est hospitalisé pendant 3 jours ne génère pas la même réaction que s'il est hospitalisé depuis un mois. Il en est de même pour le contexte d'hospitalisation ou le motif d'admission. Une certaine tolérance peut être observée si le contexte hospitalier (un isolement, une contrainte physique) ne permet pas ou peu d'alternatives.

« Dans une chambre d'isolement, parfois ils ne peuvent pas aller à la salle de jeu, en plus avec le covid depuis 2 ans ! Ils n'ont rien comme interactif, donc ça va moins me choquer s'ils sont occupés sur une tablette. ». (ID9, aide-soignante).

Un autre facteur qui occupe une place importante est le contexte socio-éducatif qui renvoie à la relation entre les parents et l'enfant. Ce facteur constitue d'ailleurs une limite pour plusieurs PP qui craignent, par leurs réactions, de mettre en péril une relation-parent enfant -PP indispensable au bon déroulement de l'hospitalisation. La sphère éducative représente un terrain difficile à investir. Une difficulté accrue lorsque le PP est très jeune et qu'il n'a pas d'enfant.

De manière assez intuitive l'ensemble des PP agit ! Et l'action est toujours au profit de l'enfant et au désavantage de l'écran. Promouvoir une autre activité, que celle de l'écran, proposer autre chose, sont les actions qui reviennent en force. L'action s'adresse à l'enfant mais en englobant toujours les parents. Les PP communiquent avec l'enfant et son parent !

« Je ne gère pas ça, je laisse les parents gérer. Mais si je trouve que l'enfant est beaucoup devant un écran je suggère d'autres activités qu'un écran » » (ID2, infirmière).

- Les difficultés rencontrées dans la gestion du temps d'écrans pendant l'hospitalisation. Le risque de briser la relation de confiance.

« C'est la relation qu'on installe petit à petit aussi avec les parents qu'on voit fréquemment puisque les soins sont répétés parfois 2 fois par jour, même parfois plusieurs jours de suite. Donc je pense qu'à ce moment-là, petit à petit il y a un climat de confiance qui fait qu'on peut parler de choses un peu plus... ». (ID4, Kinésithérapeute).

La peur de se confronter aux parents- de confronter les valeurs parentales dans l'éducation.

« On essaie de temps en temps d'émettre certaines petites remarques mais ça reste compliqué parce que c'est l'éducation du parent à son enfant qui crée justement ces situations problématiques et donc dans ce sens-là on ne peut pas trop intervenir non plus [...] ». (ID6, infirmière).

La peur de juger et d'amener une forme de culpabilité

« Je trouve ça toujours compliqué d'intervenir dans une relation alors qu'on ne sait pas du tout quelle est leur relation à la base et de venir faire une leçon de morale c'est compliqué » (ID4, Kinésithérapeute).

- Les bénéfices observés dans la gestion des écrans pendant l'hospitalisation.

L'apport de connaissance sur le sujet -prise de conscience des risques.

« Je pense que les parents ne savent pas et quand on leur dit ils ne sont pas fâchés et les gens sont quand même conscients ou commencent à être conscients que trop d'écran ce n'est pas bon pour l'enfant. » (ID8, Pédiatre)

Le rétablissement des relations humaines

Aborder avec les parents et l'enfant la gestion du temps d'écran reste quelque chose de délicat, car même si l'objectif est bienveillant, il touche à l'aspect éducatif et relationnel. Bien qu'il le perçoive comme son rôle, le PP préférera ne pas intervenir au risque de dégrader la relation qu'il a avec le parent et l'enfant. Toutefois, si le parent est demandeur, cela motive le PP qui soutiendra le parent dans sa démarche, en recherchant d'autres activités pour l'enfant par exemple. Les répondants mentionnent cependant l'importance du dialogue pour écouter les besoins et percevoir les difficultés.

3. Rôle parental dans la gestion des écrans

- Rôle attendu-rôle perçu

Le rôle du parent, c'est d'abord une présence, un repère rassurant qui amène une sécurité, c'est un accompagnement, un soutien lors des moments difficiles. C'est aussi une implication dans la prise en charge des besoins de base et du divertissement de l'enfant.

« [...] L'enfant ne doit pas être perdu, ne doit pas se sentir abandonné et il doit garder un point d'ancrage à ce qu'il vit tous les jours, donc ne pas être mis dans une chambre qu'il ne connaît pas, sans personne qu'il connaît et être complètement perdu. Donc ça doit lui permettre d'avoir une personne ressource qui est son parent [...]. » (ID6, infirmière)

Lorsque le parent est sur son écran de manière constante, ce rôle n'est plus assuré de manière adéquate, c'est un constat récurrent de la part des PP. Le parent est certes présent mais n'est plus disponible et l'enfant est soit livré à lui-même, soit livré aux bons soins du PP qui l'a en charge

- Causes de l'usage excessif chez les parents

Loin de vouloir porter un jugement sur l'usage excessif des écrans observé chez les parents, les PP sont plutôt compréhensifs et justifient cela par un grand nombre d'éléments. Parmi les raisons citées, nous retiendrons le télétravail dont la légitimité n'est pas discutée, l'ennui, un

mode de fonctionnement personnel et le besoin d'être en relation avec l'extérieur (famille, etc.), ce dernier besoin ayant été fort sollicité avec la crise sanitaire. Il ressort pour une partie des répondants que le stress peut être envisagé comme un facteur causal. Un stress qui est influencé par l'obligation d'exercer son rôle parental 24h/24 et la charge émotionnelle liée à l'état de santé de l'enfant. L'écran permet alors d'évacuer le stress, de lâcher prise et de se « déconnecter de l'hôpital ». Il revient cependant au parent de maîtriser sa consommation d'écran.

- Les interactions parents-enfants autour des écrans

Dans les observations positives, les interactions parents-enfants autour des écrans sont généralement bien perçues car elles sont liées à des échanges et au partage. Les observations négatives observées mentionnent surtout une absence d'interactions et un usage séparé, parfois simultané des écrans par l'enfant et son parent. Quelques répondants évoquent un schéma dans lequel la durée du séjour hospitalier rend difficile le maintien d'une occupation variée ; l'écran se présente donc comme une solution de facilité qui permet au parent souvent épuisé de souffler un peu.

« [...] C'est l'enfant qui est tout seul dans son lit avec son écran et qui, soit regarde un dessin animé tout seul, ou fait un jeu ou parfois parle à ses parents pendant qu'il est sur l'écran mais le parent, il est sur un autre écran et donc il ne s'occupe pas du tout de ce que fait son petit dans son lit. » (ID2, infirmière)

- Forces et faiblesses du rôle parental dans la GE

Pour de nombreux parents, laisser son enfant seul (c'est-à-dire sans la présence du parent) est quelque chose de compliqué, d'autant plus qu'ils sont constamment sollicités dans leur rôle parental.

« [...] Et alors encore tantôt c'est une petite de moins d'un an qui est dans sa chambre seule, sans parent, donc après mon passage je retourne la voir et je vois qu'elle est devant l'écran de la télé. Donc en fait c'est la peur que l'enfant puisse être tout seul mais sans bruit et cetera. Et d'office c'est la télé qu'on met parce qu'il y aura un bruit qui va occuper. » (ID5, animatrice)

S'écloigner de leur enfant quelques minutes, voire quelques heures est difficile ! L'écran est un peu comme un baby-sitter qui semble rassurer plus le parent que l'enfant.

Lors des séjours hospitaliers de longue durée les parents sont fatigués, souvent démunis, ils ne savent pas quoi faire. Malgré leur bonne volonté, ou la limite qu'ils s'étaient fixée, de nombreux parents cèdent à l'usage de l'écran plus souvent qu'ils ne le voudraient.

« [...]Maman elle est épuisée et donc elle va plus vite céder au caprice de son enfant [...] Donc c'est une solution d'occuper facilement l'enfant qui n'est pas énergivore pour l'adulte qui est en épuisement plutôt que de raconter un livre mais ça demande à l'adulte non seulement d'être disponible mais d'avoir de l'énergie de jouer à un jeu si l'enfant a fait tomber 3 fois, il faut le ramasser aussi donc voilà. ». (ID4, kinésithérapeute)

Par exemple, certains parents ont un modèle d'éducation où l'écran est peu présent mais se trouvent confrontés à une demande répétée de l'enfant. Ces parents mentionnent souvent que ce n'est qu'une parenthèse et que dès le retour à domicile, le cadre (éducatif) sera remis.

« [...] aussi parce que les enfants le demandent tout le temps. Ils veulent tout le temps être devant les écrans donc je pense qu'il arrive aussi un moment où on dit ok, maintenant tu peux l'avoir, je vais souffler un petit peu parce que les enfants qui répètent en boucle aussi toute la journée, c'est compliqué de trouver toujours autre chose à leur mettre sous la dent et de ne jamais céder. [...] » (ID7, infirmière)

Certains parents arrivent tout de même à maintenir leur cadre éducatif, non sans difficultés car les contraintes liées au séjour hospitalier sont nombreuses. Pour ces parents qui sont demandeurs de guidance, les PP sont disposés à les aider.

« Si le parent par exemple vient vers moi et qu'il me dit : "Ah mais voilà, aujourd'hui on a décidé que c'était 1h d'écran, que ce soit la tablette, la télévision et voilà. Est-ce qu'il y a d'autres moyens d'occuper l'enfant ? Est ce qu'il y a des choses qui sont prévues aujourd'hui et cetera ..." Alors c'est avec plaisir que je contribuerai en tout cas à les aider à gérer ce temps d'écran. » (ID3, puéricultrice)

4. La promotion de la santé

- Définitions

Une définition largement partagée de la promotion de la santé est une action de sensibilisation pour le bien être multidimensionnel de l'enfant. Par multidimensionnel, on entend la prise en compte des aspects physique, psychique et social et environnemental de l'enfant et de son développement. Cette sensibilisation se décline sous plusieurs formes : fournir des explications aux parents, susciter une réflexion sur les bienfaits sur la santé liés à la gestion de l'écran ou sur le bien-être de l'enfant en général.

« [...] dispenser la bonne parole, de faire de l'éducation à la santé et qui est donc de pouvoir expliquer aux parents ce qui est mieux à faire pour leurs enfants [...] » (ID2, infirmière)

Mais c'est aussi pour certains PP mettre en avant le danger qu'induit une mauvaise utilisation de l'écran. La promotion de la santé c'est également agir en réalisant des interventions qui favorisent la bonne santé des adultes et des enfants. Si certains PP estiment que le message s'adresse plus aux enfants qu'à leur parents, de manière consensuelle tous s'accordent à dire que la visée des actions à entreprendre est essentiellement préventive.

« Ce n'est pas tellement du curatif c'est plutôt du préventif. Comment est-ce qu'on peut prévenir les choses et comment est-ce qu'on peut les améliorer pour que ça n'ait pas de répercussions sur plus tard. » (ID4, kinésithérapeute)

Pour l'ensemble des PP le sujet des écrans a clairement sa place dans la promotion de la santé, et pas seulement pour le jeune public mais aussi pour les adultes.

« [...] Parce que quand on voit, nous adultes qui avons commencé plus tard, comment parfois on est dépendant de cet écran, on imagine que ces enfants qui commencent encore beaucoup plus tôt, ben ça va être la même chose. Oui je pense qu'il y a beaucoup, beaucoup de travail à faire dès le plus jeune âge à ce niveau-là pour éviter d'évoluer vers une génération qui ne fait que communiquer par écran et qui ne communique plus physiquement, verbalement, naturellement. » (ID4, kinésithérapeute)

Pour accompagner les enfants dès leur plus jeune âge dans l'utilisation quotidienne des différents appareils à écrans, il apparaît intéressant d'instruire la jeune génération sur un usage qui ne lui est pas préjudiciable.

« [...] Je crois que les tout-petits naissent avec une tablette entre les mains et voilà. . C'est notre devoir en tout cas de les aider à mieux utiliser tous ces engins et essayer en tout cas d'en tirer un bénéfice qui soit avantageux, que ce soit au niveau physique, psychique, mental, tout ! [...] » (ID9 aide-soignante)

Tous les répondants ne trouvent pas nécessaire de faire du thème des écrans, le sujet d'une promotion de la santé. Aucun élément n'a vraiment été énoncé pour justifier cela.

- Rôles et compétences des professionnels pédiatriques en matière de promotion de la gestion des écrans

Lorsqu'on demande au PP qui serait le plus adéquat pour jouer ce rôle promotionnel, la population infirmière est citée majoritairement. L'ensemble des répondants questionnés reconnaît dans la profession infirmière une légitimité pour jouer ce rôle. Sa proximité avec le patient et sa présence constante dans son environnement proche en font un acteur de choix. En revanche cette légitimité dans ce rôle est discutable selon les jeunes infirmières. En effet, être jeune et ne pas être parent dessert la crédibilité du personnel infirmier. Le médecin est cité comme un acteur à haute légitimité, cela est dû à sa fonction et à l'image que cette fonction renvoie. Cependant sa proximité avec le jeune patient et son parent est trop faible pour jouer un rôle significatif.

« [...]ils viennent peut-être 5-10 min en chambre sur une journée et je ne pense pas qu'ils peuvent réellement changer quelque chose. [...] » (ID7, infirmière)

Le personnel de l'animation apparaît également comme un acteur de premier plan. Il s'agit de PP qui sont constamment en contact avec les enfants et dont la fonction est de répondre au besoin récréatif de ces derniers.

« [...] L'animatrice aussi puisque c'est quand même elle qui est plus axée sur la distraction de l'enfant que l'infirmière. » (ID3, puéricultrice)

Même si certains PP sont considérés comme plus qualifiés pour jouer ce rôle, tous estiment être concernés.

« [...]et après je pense que tout le monde doit être un petit peu concerné pour que ça aboutisse à quelque chose. [...] » (ID7, infirmière)

En dehors du fait de proposer des alternatives de distraction, le rôle que les PP estiment pouvoir jouer est davantage un rôle éducatif et de guidance. Beaucoup souhaiteraient pouvoir l'exercer mais manquent de moyens.

« [...]Promouvoir la santé, l'éducation à la santé fait partie de notre travail mais on n'a pas toujours les bonnes cartes en main[...] » (ID2, infirmière)

« [...]j'aimerais pouvoir un peu plus guider ces parents qui sont parfois un peu démunis face à comment est-ce qu'on arrête un écran chez l'enfant. [...] » (ID9, aide-soignante)

Ainsi pour jouer ce rôle promotionnel, l'attitude du PP est primordiale, il est important que le PP ait une présence empathique et une capacité d'ouverture. La capacité à soutenir une communication cohérente, claire avec un ton calme et non agressif revient souvent.

« [...]Il faut être ouvert d'esprit parce que si on arrive en étant vraiment hyper buté sur son idée et sans accepter d'écouter les arguments de l'autre mais ça ce n'est pas une discussion qui peut fonctionner. Je pense qu'il faut savoir un peu lâcher du lest [...] » (ID8, Médecin pédiatre)

Pour cela il est intéressant d'avoir des arguments, ce qui nécessite d'être informé sur le sujet des écrans. Il semble que le temps soit aussi un élément déterminant

« [...]Je pense qu'il faut avoir le savoir sur ce qu'on parle avant de pouvoir aller le prodiguer. Il faut pouvoir répondre aux questions des parents [...]si on n'a pas des vraies bases scientifiques pour défendre notre position, ben ça ne repose sur rien, donc autant se taire que de raconter n'importe quoi[...] » (ID8, Médecin pédiatre)

« Il nous faudrait du temps parce que faire de l'éducation à la santé ça prend du temps[...] » (ID2, infirmière)

- Le regard des PP sur une politique générale sur la gestion des écrans

Certains estiment que ce n'est ni le lieu, ni le moment. D'autres pensent qu'une action durant l'hospitalisation aurait plus d'impact que si cette action était exercée à l'extérieur. D'autres encore mentionnent l'importance d'entreprendre une action promotionnelle même si le lieu n'est pas idéal.

« [...]Je ne suis pas persuadée que l'hôpital est l'endroit le plus adéquat pour faire ce type de promotion à la santé parce que justement c'est un moment particulier dans la

vie de l'enfant et ce n'est peut-être pas ça qui est le plus important dans la prise en charge de l'enfant. [...] » (ID1, infirmière)

« [...] peut être que l'hôpital n'est pas le meilleur moment pour commencer à sevrer l'enfant des écrans, mais je pense que si on ne leur dit rien les gens vont continuer. Je pense qu'on peut quand même commencer déjà à les éveiller sur le fait qu'il faudrait un peu freiner sur les écrans, quitte à le répéter encore après ! ». (ID8, Médecin pédiatre)

La durée de l'hospitalisation est un élément important que plusieurs mentionnent comme une situation favorable et propice à une action en promotion de la santé.

« [...] ça a du sens de le faire surtout quand l'hospitalisation est un peu plus longue parce qu'alors on participe vraiment au quotidien des gens et donc c'est à ce moment-là qu'on peut avoir vraiment un impact » (ID6, infirmière)

De manière similaire les avis des PP sont contrastés lorsqu'on les interroge sur le rôle éventuel de l'institution hospitalière. La plupart déclare ne pas voir de quelle manière l'hôpital pourrait jouer un rôle. Certains sont en revanche plus affirmatifs en mentionnant que si l'accès aux écrans était plus réglementé, on éliminerait déjà une partie du problème.

« Il n'y a même pas besoin de demander un accès ou quoi que ce soit, non, l'accès il est d'office ! La télé est disponible donc il n'y a même pas à payer ou à demander une autorisation pour l'avoir, voilà elle y est ! [...] ». (ID5, animatrice)

Les interventions proposées se situeraient pour les uns au niveau macro : l'institution pourrait mettre en place une campagne d'information et de sensibilisation comme elle l'a fait pour des thèmes comme l'identitovigilance³ (*Vérifier votre identité, c'est nous assurer de votre sécurité !*, s. d.). Mais des interventions au niveau des unités pédiatriques seraient envisageables avec le soutien institutionnel.

- Mise en commun des 2 phases

Positionnement des répondants

Le positionnement des répondants est surtout motivé par l'usage jugé excessif des écrans. Les résultats ne nous montrent pas d'éléments nettement favorables à la présence des écrans, les sentiments généraux perçus dans la phase A par les répondants sont neutres à négatifs. Une

³ Système qui consiste à s'assurer, à tout moment, que chaque patient est bien identifié, afin d'éliminer tout risque lié à la confusion d'identité.

tendance que la seconde phase explique par le fait que les écrans font partie de la vie quotidienne et que dans le cadre d'une hospitalisation, ils peuvent avoir une utilité. L'utilité la plus citée dans les 2 phases est la capacité de *distraction* possible avec l'écran, notamment lors des soins. Par ailleurs il apparaît que *l'absence d'interactions avec l'environnement* soit une conséquence négative majeure mentionnée lors des 2 phases. De plus, les éléments de définition d'un usage problématique des écrans énumérés dans la Phase B, c'est-à-dire l'absence d'interactions et le caractère addictif, peuvent expliquer les impacts négatifs perçus en phase A : la perturbation des interactions avec l'environnement et la dépendance.

Perspective sur les opportunités d'action

Dans les phases A et B, nous observons que de nombreux facteurs influencent l'hésitation des PP sur leur rôle éducationnel dans la gestion des écrans. Parmi ces facteurs, la participation des parents est citée par près de 3/4 des répondants. Les entretiens réalisés nous expliquent les attentes du PP par rapport au rôle parental et le regard qu'ils portent sur un usage inadéquat des écrans par les parents. Les activités de l'animation apparaissent également comme un levier important dans la réalisation d'actions éducatives. La pertinence de ces actions est liée à la capacité à proposer des alternatives aux écrans. Être formé (et informé) sur le sujet des écrans est important car cela apporte des arguments scientifiques et une légitimité professionnelle au PP dans son rôle d'éducation.

Les avis divergent sur la mise en place d'une politique générale pour une meilleure gestion des écrans. Certains PP affirment que l'hôpital n'est pas le lieu approprié pour ce genre d'action, tandis que d'autres pensent le contraire.

Nous retrouvons des propositions d'intervention similaires dans les 2 phases : l'information des parents, de la guidance, proposition d'alternatives aux écrans etc. l'idée étant d'avoir une approche d'éducation "non sanctionnante" à la santé, basée sur de l'éducation afin d'avoir des repères et d'aider à la prise de conscience.

Les interactions

Les observations négatives concernent l'usage des écrans en lien avec une absence d'interaction. La phase B nous permet d'approfondir cette inquiétude des PP. Le manque d'interaction, concerne tout autant le parent que l'enfant. En ce qui concerne les observations positives sur les interactions parents-enfants autour des écrans, elles sont davantage liées à des

échanges et au partage par le maintien du contact familial et social que l'écran permet, sans oublier une interaction à visée utilitaire dans le cas de l'utilisation des écrans pendant un soin.

8. DISCUSSION

8.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS ET MISE EN PERSPECTIVE

Cette recherche à visée exploratoire questionne la perspective des professionnels pédiatriques sur les interactions des parents et des enfants autour des écrans durant l'hospitalisation en pédiatrie. Nous avons essayé de comprendre le regard que portent les PP sur l'usage des écrans en pédiatrie. Lorsque les PP portent un avis défavorable aux écrans, c'est surtout par rapport à son usage perçu comme inadéquat durant l'hospitalisation. C'est notamment la perturbation des interactions entre le PP, le parent, l'enfant et son environnement qui est regretté.

Les écrans ont une certaine utilité dans ce contexte hospitalier pédiatrique, principalement lors des soins, par l'effet distrayant qu'ils apportent. La distraction est d'ailleurs la première qualité octroyée aux écrans de manière unanime par les PP. Le PP a tendance à vouloir s'impliquer dans un rôle éducationnel. Le rôle du parent et la relation du PP-enfant-parent constituent des éléments essentiels dans la manière dont le PP joue ce rôle.

La mise en place d'une politique générale pourrait être favorable à une meilleure utilisation des écrans pendant l'hospitalisation. Les propositions des PP s'orientent vers une campagne de sensibilisation sur la gestion du temps d'écran. A titre individuel, ils envisagent d'intervenir principalement dans le cadre d'hospitalisation de longue durée.

8.1.1. Perspective relationnelle en lien avec l'adhésion

Dans le domaine des soins, une relation professionnelle-patient de qualité est un enjeu important. La qualité de la relation peut parfois primer sur l'information bénéfique pour la santé : le professionnel préférera se taire s'il constate un usage inadéquat plutôt que de mettre en péril une relation plus ou moins satisfaisante avec le patient et ses parents. Les croyances du PP-caregiver sont tiraillées entre la perception négative qu'il a de l'usage inadéquat des écrans et les bénéfices en santé liés à l'observance d'une bonne gestion des écrans (Santer et al., 2014). Une autre explication vient de la priorité que le PP donne à ses besoins. Ces besoins sont liés à ses représentations personnelles, à ses valeurs professionnelles, à la norme institutionnelle. Pour réaliser ses objectifs professionnels, il va hiérarchiser ses besoins. Par exemple : le soin doit être réalisé mais l'enfant est calme avec sa tablette. Le parent dort à côté. Si le soin n'est pas urgent et que l'enfant sort dans l'après-midi, l'infirmière pourrait relativiser et s'organiser pour faire le soin plus tard. Même si l'infirmière n'est pas d'accord avec l'usage de l'écran par le jeune enfant à ce moment-là, la priorité n'est pas à l'éducation. Si en revanche,

l'enfant pleure, ou est sur sa tablette mais réclame son parent qui dort ou consulte son portable, l'infirmière pourrait prendre la décision de solliciter le parent à jouer son rôle et exécuter le soin pour le mobiliser davantage. Cette concurrence de besoin est une négociation constante. Favoriser l'adhésion sera toujours pour le PP le résultat d'un processus réflexif qui implique de gérer ces besoins concurrents et de les organiser, de manière à lui permettre d'effectuer son travail sereinement.(Long, 2003).

8.1.2. Le rôle attendu et le rôle perçu du parent

En pédiatrie, le rôle du parent est un rôle clé. Dans les résultats, le parent est décrit comme un repère pour l'enfant hospitalisé. Rappelons-nous que le jeune enfant dépend de ses parents ou de la personne qui en prend soin et que l'essentiel des décisions qui le concernent sont prises par lui. Les attentes des PP envers les parents quant à leur rôle pour la gestion des écrans sont très importantes, des attentes qui ne sont pas souvent rencontrées. L'hospitalisation de l'enfant vient perturber le rôle des parents qui se retrouvent, selon Long (2003), « avec des sentiments mélangés de culpabilité et d'impuissance, voire de honte et qui sont confrontés à une anormalité flagrante qui peut les désarçonner ».

Il fait l'hypothèse de 2 types de parents : le parent-parent et le parent patient. Le premier type est celui qui semble correspondre aux attentes des PP décrites dans les résultats (un rôle de modèle, d'encadrement, de guidance, etc.) c'est-à-dire : présent, actif, posant des questions, comprenant ce qu'on lui dit, participant aux soins de son enfant, ne manifestant pas un trop haut degré d'anxiété, fatigué mais pas épuisé, ayant une gestion adéquate des écrans, etc. Le second type de parent est celui qui est habituellement rencontré par les PP et avec qui ces derniers doivent composer. Des parents la plupart du temps dépendants, déprimés, angoissés, sidérés, stressés, absents, épuisés, ne comprenant pas ce qu'on leur dit et, ayant du mal à gérer l'usage des écrans pour eux-mêmes et chez leurs enfants. Il conviendrait de tenir compte des besoins différents que ces états suscitent et donc des réponses différentes qui sont attendues. (Long, 2003). Le rôle attendu de « bon gestionnaire » comme devrait le faire tout parent en temps habituel n'est pas rempli, car l'hôpital vient bouleverser les codes et les habitudes. Le parent qui reste avec son enfant sait difficilement assumer son rôle et répondre aux attentes.

Le cercle « vicieux » énoncé dans les entretiens décrit un parent épuisé qui préfère proposer plus souvent un écran à son enfant que de s'investir de manière constante dans une interaction avec lui. La déception des PP provient généralement du fait que leurs attentes dans la gestion des écrans par les parents ne sont pas rencontrées. Si les familles ont leurs habitudes et leurs

codes, l'hôpital et les soignants aussi. Si on considère ces deux structures comme des systèmes, « il paraît nécessaire que les deux systèmes puissent communiquer mutuellement leurs clés et leurs codes, les valeurs et les normes de fonctionnement qui sont les leurs » (Long, 2003). Chaque système devrait pouvoir communiquer son point de vue et ses attentes afin de favoriser l'autonomie et les compétences mutuelles (Long, 2003).

En partant de cela, nous pouvons émettre l'hypothèse que si les parents sont dès le départ au courant des règles qui régissent le fonctionnement du service sur la gestion des écrans, ils peuvent mieux y adhérer. Des études ont en effet montré qu'une implication des parents dans la gestion des écrans (gestion du moment et du type de programme) favorisait une diminution du temps d'écran chez l'enfant (Matziou et al., 2006).

8.1.3. Parentalité et gestion des écrans pendant l'hospitalisation

Il est erroné de penser que les parents négligent les enjeux liés à l'usage des écrans par leurs enfants comme le pensent certains professionnels, au contraire, les parents se sentent fortement concernés par l'enjeu des écrans. Ils reconnaissent les écrans comme néfastes pour leurs enfants de manière générale. Dans une étude menée par l'ONE, il est mentionné qu'une grande majorité sont d'accord avec le fait qu'« un enfant a besoin de règles quand il utilise les écrans » (Mathen, 2015). Cette étude constitue une base intéressante pour proposer des solutions de gestion du temps d'écran au parent qui reste avec son enfant hospitalisé. Pour favoriser l'adhésion aux recommandations émises par les PP, la mise en place d'une stratégie pratique et l'instauration d'une certaine routine pourraient être intégrées aux habitudes de vie de l'enfant durant son hospitalisation. Cela pourrait aider à éviter une résistance de sa part (Santer et al., 2014). Nous partons alors de l'hypothèse qu'une diminution de la résistance de l'enfant favoriserait une meilleure gestion d'écran de la part du parent qui reste avec lui.

Le parent a aussi son propre temps d'écran à gérer. Un usage inadéquat des écrans perçu par les PP désigne le concept de technoférence. Ce concept se définit par une absence d'interaction qui concerne autant le parent que l'enfant. Lors des entretiens, des observations négatives ont été maintes fois relevées sur un usage inadéquat de l'écran où le parent bien qu'étant présent dans la chambre de l'enfant se rendait indisponible en étant occupé sur son appareil.

Les causes d'un usage excessif de ces appareils à écran par les parents ont été questionnées durant l'enquête. Le stress était une cause suggérée dans notre cadre conceptuel (voir 3.3), et sa pertinence a été étayée avec le concept du parent-patient (Long, 2003).

Deux causes principales ont cependant émergé de l'enquête, elles sont directement liées aux conditions d'hospitalisation. La première cause est la nécessité perçue par les répondants de maintenir un contact avec l'extérieur (famille, amie, entourage). La seconde est la nécessité de distraction, de se changer les idées, de se déconnecter du rôle parental exigeant 24h/24. Une nécessité qui touche une génération de parents plus jeunes et donc plus axés sur les nouvelles technologies que sur d'autres distractions, comme les livres par exemple. Si nous reprenons le schéma réalisé par Billieux (2012) sur les 4 voies potentielles menant à un dysfonctionnement dans l'usage des écrans, nous pouvons associer les causes identifiées par les PP à la troisième voie, appelée voie de l'entretien des relations. Une voie qui concerne les personnes ayant besoin d'être rassurées dans leurs relations affectives (partenaire, famille, amis) à travers l'usage de leurs appareils. (Billieux, 2012)

8.1.4. L'écran, une distraction au service du soin

Un résultat qui a émergé lors l'enquête est la capacité de distraction que nous retrouvons dans l'usage de l'écran. L'écran permet de dissiper l'ennui, de rompre la monotonie des longues journées mais il permet également de s'évader, de capter l'attention de l'enfant vers autre chose, vers un ailleurs, ce qui est particulièrement intéressant lors de la réalisation de soins durant l'hospitalisation. 43.5% des répondants ont mentionné cet effet comme un impact positif dans l'utilisation des écrans. La réalisation des soins invasifs génère souvent beaucoup d'anxiété et correspond généralement à des moments très difficiles pour les parents et les enfants. L'écran apparaît comme un support distractif dont « l'enjeu est de réaliser le soin dans un contexte le plus serein possible et bénéfique à tous [...] »(Galland et al., 2018). Il n'existe pas vraiment de mode d'emploi standard et à notre connaissance, la littérature sur ce sujet reste rare.

L'association Sparadrap valorise ce genre d'intervention et préconise la distraction lors des soins comme un moyen non pharmacologique de lutte contre la douleur. Et dans son éventail de méthodes, l'écran a sa place, quel qu'il soit, l'essentiel étant de disposer d'un choix suffisamment large de films, musique, jeux pour différentes tranches d'âges (Galland et al., 2018). Les PP ont mis en avant qu'il ne faut pas laisser l'enfant seul face à l'écran, mais l'accompagner, ainsi la présence d'un adulte est indispensable à côté de l'enfant pendant les soins, puisque c'est son interaction avec l'enfant devant l'écran qui va renforcer l'effet

distractif. Mettre un écran comme source de distraction lors d'un soin invasif n'est pas une garantie de succès, surtout lors de soins longs et éprouvants. D'autres ont mentionné des méthodes traditionnelles (doudou, câlins) tout aussi efficaces.

8.1.5. Promouvoir et éduquer sur la gestion des écrans

L'information

Un des objectifs de ce mémoire tend à identifier les actions possibles qui permettraient aux professionnels d'accompagner ou d'encadrer les très jeunes enfants et leurs parents dans leurs interactions autour des technologies numériques durant l'hospitalisation en pédiatrie (Cerniglia & Cimino, 2020).

Les PP perçoivent dans la gestion du temps d'écran par les parents une forme de méconnaissance sur les effets des écrans chez les jeunes enfants. Partant de l'hypothèse que cette ignorance est un facteur qui favorise l'utilisation inadéquate des écrans, de nombreuses propositions ont été émises par les PP pour pallier cette lacune. Les répondants mentionnent la mise en œuvre d'interventions de sensibilisation et d'information en stipulant que cela pourrait être fait dès le début de l'hospitalisation. De manière inconsciente le PP fait appel à un concept théorique appelé Health Belief Model (Le modèle de croyance lié à la santé). Ce modèle théorique sur les comportements en santé décrit le comportement comme le résultat d'un traitement rationnel de l'information et met l'accent sur la cognition plus que sur le contexte social à l'intérieur duquel, ces comportements émergent (*Health Belief Model - an overview | ScienceDirect Topics*, s. d.).

Le PP suppose que les informations qu'il fournit au parent sur l'usage des écrans auront un impact sur son comportement. Or ce modèle de croyance repose sur la probabilité d'adopter un comportement préventif en mettant en balance les coûts et les bénéfices perçus par un changement de comportement. Si les parents ne perçoivent pas de gain, il est peu probable qu'ils s'investissent dans la démarche. C'est d'ailleurs une remarque qu'avait formulée un répondant. Plusieurs répondants avaient même suggéré de noircir le tableau en détaillant les conséquences néfastes que l'usage abusif des écrans peut avoir sur les jeunes enfants. En jouant sur les émotions, ils espèrent ainsi obtenir une réponse efficace des parents par une observance plus accrue des recommandations mais est-il judicieux d'user de telles stratégies dans un contexte où les émotions sont déjà fortement sollicitées.

Une triple stratégie

Durant l'hospitalisation, le rôle des PP est de fournir aux gens des informations et une éducation au sujet des écrans afin qu'ils puissent améliorer les compétences dans la gestion des écrans et leur permettre de s'en sortir. L'information à elle seule ne suffit pas. C'est pourquoi, il est nécessaire d'adopter une stratégie de soutien. Le cadre théorique développé au point 3.1 nous parle d'une triple stratégie, qui allie plaidoyer pour la santé, mise en place de moyens et médiation. (Phillips, 2019)

Fournir des explications implique cependant d'avoir des arguments. Or quelques PP avaient notifié manquer d'arguments pour étayer leur point de vue. Les connaissances du personnel médical pédiatrique sur le temps d'écran des enfants ont été évaluées au cours d'une enquête. Les résultats mentionnaient que 25% des médecins connaissaient les directives (de l'AAP), 31 % du personnel connaissaient les bonnes recommandations concernant la durée d'utilisation des écrans pour les enfants de moins de 18 mois et 44 % connaissaient les bonnes recommandations pour les 2 à 5 ans et > 5 ans (Wallace & Livingstone, 2019). Des chiffres insuffisants qui corroborent les propos des PP et qui invitent à réfléchir au moyen de combler cette lacune.

Certains répondants avaient suggéré faire de l'info-sensibilisation avec la mise à disposition de brochures ou d'affiches explicatives « non sanctionnantes » afin d'avoir des repères et d'aider à la prise de conscience.

Actuellement, le PP qui désire jouer un rôle éducationnel manque de moyens, pas seulement de moyens financiers, mais de ressources, de manière plus large : du temps, des formations, de l'information, un plan stratégique, etc. Or la mise en place de moyens constitue une stratégie fondamentale sans laquelle il est difficile de mettre en place des interventions. Une réflexion doit être faite sur la liberté de choix des parents d'adhérer aux recommandations faites par les PP pour un usage adéquat des écrans car avoir le choix est un principe fondamental, éthique et déontologique dans le domaine de la santé. Il est important pour l'individu de percevoir ce choix, il serait indécent d'obliger les parents et leurs enfants à se soumettre à un quelconque règlement sur la gestion des écrans même si l'intention de départ est bonne. Comment dès lors amener le parent à faire librement ce choix. ?

Une suggestion avait été faite : Elaborer une charte en collaboration avec les familles. Une telle démarche co-constructive et d'envergure est intéressante car les différents acteurs liés par la problématique partagent leurs expériences singulières, et en font émerger des savoirs communs qui peuvent être mis en œuvre à travers une action collective (Culture et santé ASBL, s. d.). Cela a en effet pu être démontré par cette étude qui a évalué le processus et l'impact d'un effort de collaboration-entre une institution et les patients-pour concevoir un nouveau service clinique. Certes, il ne s'agit pas de l'élaboration d'une charte, néanmoins les résultats soulignent l'intérêt de prendre en compte l'avis des patients lors de la conception d'une intervention. Inclure les patients en tant que partenaires égaux peut se révéler bénéfique par l'apport d'une perspective nouvelle.(Hertel et al., 2019)

Pour les répondants, pour exercer son rôle éducationnel, un PP doit posséder des qualités humaines telles que l'empathie, l'ouverture. Dans les résultats de l'enquête, la formation en communication et la formation en éducation pour la santé sont respectivement citées par 17.5% et 30% de l'échantillon comme des facteurs favorisant une action éducative. Cela est intéressant lorsqu'on considère que la mise à disposition d'outils professionnels renforce le rôle promotionnel des PP. Cependant, tous les PP n'ont pas la même formation en matière d'éducation pour la santé et l'acquisition de certaines compétences (comme celles en communication) n'est pas nécessairement évaluée de la même manière chez tous les PP. Pour certains répondants, la compétence en communication du PP est relativement innée, ce qui pourrait expliquer que moins d'1/5 de l'échantillon considère la formation comme un levier.

Des approches

Sur base de la situation observée, 55 répondants (68.7%) ont mentionné avoir un rôle à jouer auprès des parents et leurs enfants dans la gestion des écrans. Cependant moins de 50% des répondants hésitent à le faire. Et 16.5% ne le désirent pas. Une des raisons les plus souvent citée est la crainte de s'immiscer dans la zone d'éducation déjà investie par les parents au risque pour le PP de perdre les bénéfices de la relation. A la suite de ces résultats la question se pose : quelles approches favoriseraient le rôle éducationnel des PP ?

En référence au point 3.1 Naidoo et Will nous proposaient plusieurs approches. Nous en avons cerné trois : l'approche comportementale, éducative et d'autonomisation (Naidoo et Wills, 2009 in Phillips 2019). Ces approches semblent pertinentes dans une démarche promotionnelle d'un meilleur usage des écrans à l'hôpital. Toutefois, l'approche éducative pourrait être la plus

difficile à réaliser actuellement, à cause de son caractère intrusif dans la sphère éducationnel et parce qu'elle nécessite un plan stratégique, mais aussi du temps et des moyens qui sont peu disponibles. (Naidoo et Wills, 2009 in Phillips 2019)

L'approche comportementale est intéressante. Par son caractère individuel, elle dépend de la compréhension du public concerné sur les notions de santé (déterminants de la santé) (Naidoo et Wills, 2009 in Phillips 2019). Nous pouvons émettre l'hypothèse que tous les parents n'appréhendent pas ces éléments de la même manière et la sensibilité de ces derniers peut être fonction de plusieurs facteurs, le facteur socio-culturel notamment. Par ailleurs, cette approche définit l'information et la motivation comme des leviers importants pour le professionnel. Les résultats démontrent que pour 17.5% des PP, l'absence de motivation constitue un frein à la démarche éducative. En revanche deux éléments sont susceptibles de motiver les PP : la participation des parents et la présence d'activités d'animation pour les enfants.

L'approche d'autonomisation nous semble avoir toute sa place dans le contexte éducationnel lié aux écrans. Elle permet aux enfants et à leurs parents d'exprimer leurs besoins en matière de santé et de favoriser la prise de décisions concernant leur santé par une participation plus active dans la gestion des écrans. Cela conforte l'idée que lorsque les acteurs de systèmes différents communiquent leurs points de vue et leurs attentes, l'autonomie et les compétences mutuelles sont renforcées. (Long, 2003). Aussi cette approche est fondée sur le dialogue, un élément souvent repris dans les résultats. Le dialogue nous ramène de manière subtile à la compétence en communication, qui se veut dans cette approche efficace lorsqu'elle est accompagnée d'une attitude empathique (Phillips, 2019).

8.1.6. Pertinence d'une intervention sur les écrans à St Luc

Il serait intéressant de connaître le nombre, ou pourcentage des parents qui séjournent aux côtés de leurs enfants hospitalisés. Une mutualité belge a référencé 650 hospitalisations pour les enfants âgés de 0 à 5 ans en 2018. Dans son rapport, elle précise que « jusqu'à l'âge de 2 ans, la majorité des séjours hospitaliers contiennent au moins une nuitée ». En 2015-2016, la durée moyenne des séjours variait de 3.1 à 3.5 pour les enfants de moins d'un an à 3-6 ans (Mutualités Libres, 2018)

Partant de cette information, nous émettons l'hypothèse que pour chaque enfant hospitalisé un parent est présent au moins une partie de la journée. Ceci vient interroger la pertinence d'une intervention éducative durant l'hospitalisation pédiatrique puisque les répondants ont suggéré

que ce genre d'intervention était plus profitable aux longues hospitalisations. Or si les séjours sont en moyenne nettement inférieurs à une semaine, nous pourrions dès lors nous questionner sur le bien- fondé d'une action sur la gestion des écrans durant l'hospitalisation en pédiatrie. Mais certaines unités pédiatriques accueillent également des patients de manière chronique, il faut aussi tenir compte de cela. Cette réflexion mérite d'être approfondie. En attendant nous terminerons sur la proposition de ce répondant :

« [...]mais je pense que si on ne leur dit rien les gens vont continuer. Je pense qu'on peut quand même commencer déjà à les éveiller sur le fait qu'il faudrait un peu freiner sur les écrans[...] ! ». (ID8, pédiatre)

9. LIMITES

La représentation peu marquée des différents professionnels pédiatriques dans l'enquête ne permet pas la comparaison de certaines variables comme celle du positionnement., notamment.

Le faible nombre de répondants masculins n'a pas permis de faire une comparaison des résultats selon le genre. De même, les comparaisons des entretiens semi-directifs selon le profil professionnel ont été limitées par l'anonymisation des données

L'absence d'informations sur le statut parental des répondants n'a pas permis d'observer son hypothétique influence sur le positionnement et les actions du PP. Les résultats de la phase B ont suggéré que ce statut pouvait influencer la relation avec les parents et leurs enfants.

10. IMPLICATION POUR LA PRATIQUE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Au terme de ce mémoire, nous comprenons que le rôle du PP ne peut pas se limiter à délivrer une information mais plutôt à fournir une explication sur l'importance de la problématique, de permettre aux parents d'en saisir la sévérité sans pour autant les culpabiliser dans leur comportement actuel

Les résultats ont permis de souligner l'importance que les PP accordent à leur relation avec le parent et l'enfant. La crainte exprimée par certains de perdre cette relation s'ils exprimaient des recommandations éducatives.

Ce mémoire a permis de comprendre que les PP avaient des attentes bien spécifiques de la part des parents dans la gestion des écrans durant l'hospitalisation. Notre recherche a également mis en lumière le rôle fondamental des parents et la difficulté de ces derniers à le jouer en « bon gestionnaire » durant l'hospitalisation de leurs enfants. Il serait bon pour une meilleure compréhension du problème d'investiguer le point de vue des parents d'enfants hospitalisés sur leur motivation, leurs besoins en regard des conditions d'hospitalisation. Cela permettrait un meilleur accompagnement pour une gestion plus adéquate des écrans pendant l'hospitalisation de leurs enfants.

Les PP ont déclaré manquer d'arguments scientifiques pour soutenir une action éducative. Envisager une ou plusieurs sessions d'information sur le sujet des écrans peut être une solution.

Les PP ont questionné le niveau de connaissance des parents au sujet des effets délétères d'un usage inadéquat des écrans. Il serait intéressant d'évaluer le niveau de connaissance des parents sur les recommandations existantes en matière d'écrans chez les enfants de moins de cinq ans.

Alors que les PP perçoivent l'ennui ou le besoin de déconnexion comme un chemin de dysfonctionnement potentiel chez les parents, il serait judicieux de réfléchir à un dispositif à installer pour donner au parent sa place et lui permettre de jouer son rôle 24h/24 le mieux possible.

Une réflexion plus générale au sein du département pédiatrique avec tous les acteurs du terrain pourrait être entamée pour connaître la situation actuelle et les besoins de chacun. Connaître les habitudes d'écran de l'enfant pourrait par exemple faire partie de l'anamnèse à l'admission, au même titre que la connaissance sur ses autres habitudes de consommation.

Les résultats ont fait émerger l'usage des écrans comme un outil de distraction très efficace durant les soins invasifs. Il serait intéressant d'investiguer le domaine de la recherche et de modéliser cet usage lors de soins invasifs afin qu'il soit plus profitable.

Notre mémoire souligne la nécessité de développer des alternatives au niveau du divertissement dans le secteur de la pédiatrie, notamment pour les plus jeunes. Par exemple, favoriser des activités autour du livre : découvertes, lectures, jeux, etc. serait une idée judicieuse. Il s'agit d'ailleurs d'un projet en cours.

11. CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'explorer la perspective des professionnels pédiatriques sur les interactions parents -enfants autour des écrans lors de l'hospitalisation dans une unité de pédiatrie. L'hypothèse de départ suggérait qu'un usage inadéquat des écrans par les enfants était nuisible pour le jeune enfant et défavorable à ses interactions avec son environnement. A travers une revue de littérature nous avons isolé quatre concepts. Ceux-ci nous ont permis de dégager les aspects importants de la problématique : Les interactions, l'usage problématique des écrans et l'éducation pour une meilleure gestion de l'écran à travers la promotion de la santé. Les données collectées nous ont permis d'avoir accès aux représentations des différents professionnels pédiatriques concernés par la problématique des écrans dans leurs interactions avec les enfants et leurs parents. De manière générale, les PP ont un avis défavorable par rapport aux écrans. C'est essentiellement l'usage inadéquat qui est dénoncé à cause du caractère addictif que l'écran peut susciter et de la perturbation des interactions avec l'environnement. La technoférence induite par l'usage des écrans se manifeste autant chez l'enfant que chez le parent. Par ailleurs, l'ensemble des professionnels reconnaît dans l'écran des vertus distractives notamment lors de la réalisation de soins invasifs. De plus, le rôle joué par les écrans et à caractère mobile a été fort apprécié durant la crise sanitaire pour maintenir le contact avec la famille et les amis.

Dans le cadre d'une approche promotionnelle sur l'usage adéquat des écrans, certains PP sont prêts à jouer un rôle en matière d'éducation dans la gestion du temps d'écrans par exemple. De nombreux PP restent cependant hésitants à jouer ce rôle notamment en raison de la peur de mettre en péril la relation avec le parent et l'enfant. Ceci constitue un facteur émergent.

Un autre fait émergent concerne les PP qui attendent des parents qu'ils assurent le rôle de "bon" gestionnaire d'écran. L'implication des parents constitue un levier essentiel à la réalisation de projet éducatif. Parmi les acteurs concernés par la démarche, le service d'animation a été désigné comme le plus adéquat, notamment à cause des compétences et capacités de divertissements (intrinsèques à son fonctionnement) multiples dont il dispose. Dans une démarche éducative, la formation des professionnels sur les écrans est demandée par les PP, qui souhaiteraient une certaine légitimité de leur intervention potentielle sur les écrans et s'assurer tant de la validité que de la pertinence de leurs arguments. De nombreux PP sont également favorables à la mise en place d'une politique générale sur la gestion des écrans dans le secteur pédiatrique. Cela se justifie particulièrement pour les hospitalisations de longue durée

selon l'avis des personnes ayant répondu à l'enquête. Cette démarche cohérente avec les actions menées par les PP semble appropriée et pourrait être soutenue par l'institution hospitalière. Ce mémoire s'intéressait essentiellement à la perspective des professionnels pédiatriques. Afin d'avoir une vision globale de la problématique en institution hospitalière, il serait judicieux de demander l'avis des autres acteurs liés à la problématiques soulevée en l'occurrence, ici : les parents et leurs enfants pour autant que cela soit possible. Les propositions d'interventions formulées par les PP sont engageantes. Elles témoignent de leur préoccupation sur la place des écrans en pédiatrie et soulignent leur réel désir de changement dans les interactions entre les parents et les enfants durant le séjour hospitalier afin de favoriser les moments d'interactions parents-enfants.

Il serait judicieux de réfléchir aux alternatives possibles à offrir en matière de divertissement pour les plus jeunes enfants. Favoriser l'accompagnement des parents par les PP dans la gestion des écrans peut également être envisagé.

La mise en place d'un cadre promotionnel permettrait aux PP de formuler des recommandations éducatives et de mettre en place des actions de sensibilisation lors des hospitalisations en pédiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161-181.
- Adès, J., Agid, Y., Bach, J.-F., Barthélémy, C., Bégué, P., Berthoz, A., Dubertret, L., Falissard, B., Le Moal, M., Léna, P., & Tisseron, S. (2019). Rapport 19-04. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans : Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(6), 381-393. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.06.004>
- AFPA. (2016). « *Enfants : Les écrans se multiplient... les précautions aussi !* ». <https://afpa.org/content/uploads/2017/06/CP-ecrans-enfants-09-2016.pdf>
- Aujoulat, I. (2019). *Et si on pensait l'éducation thérapeutique dans une logique de promotion de la santé... ?* 7.
- Aujoulat, I. (2021). *WFSP2106—Introduction aux méthodes qualitatives (Cours)*. moodleucl. <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2093>
- Baton-Hervé, É. (2020). 2. L'enquête : Des points de vue concordants chez les professionnels de l'enfance. *1001 et +*, 91-253.
- Berdot-Talmier, L. (2017). Les bébés face aux supports numériques. *Spirale*, 83(3), 56-61.
- Billieux, J. (2012). Problematic Use of the Mobile Phone : A Literature Review and a Pathways Model. *Current Psychiatry Reviews*, 8(4), 299-307. <https://doi.org/10.2174/157340012803520522>
- Bois, J., & Sarrazin, P. (2006). Les chiens font-ils des chats ? Une revue de littérature sur le rôle des parents dans la socialisation de leur enfant pour le sport. *Movement Sport Sciences*, no 57(1), 9-54.
- Braune-Krickau, K., Schneebeil, L., Pehlke-Milde, J., Gemperle, M., Koch, R., & Wyl, A. (2021, janvier 15). *Smartphones in the nursery : Parental smartphone use and parental sensitivity and responsiveness within parent–child interaction in early*

- childhood (0–5 years): A scoping review - APA PsycInfo® - ProQuest.*
<https://doi.org/10.1002/imhj.21908>
- Cambridge dictionary. (s. d.). *Smartphone*. Consulté 22 mars 2021, à l'adresse
<http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/smartphone>
- Caron, A., & Meunier, D. (2004). *Famille et TV : Dynamique et processus de médiation In book: L'écran et les apprentissages* (p. pp30-49).
- Catford, J., & Nutbeam, D. (1984). Towards a definition of health education and health promotion. *Health Education Journal*, 43(2-3), 38-38.
<https://doi.org/10.1177/001789698404300203>
- Ceder J., Forman J. (2020, mai). *AAP's Guidelines for Screentime Viewing for Children*. Verywell Family. <https://www.verywellfamily.com/aaps-new-guidelines-for-screentime-617171>
- Cerniglia, L., & Cimino, S. (2020). A reflection on controversial literature on screen time and educational apps use in 0–5 years old children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1-4. Scopus.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17134641>
- Chaiseksamphan, O., & Chonchaiya, W. (2022). Screen media use in hospitalized children : A prospective observational study. *European Journal of Pediatrics*.
<https://doi.org/10.1007/s00431-022-04435-6>
- Cronan, K. M., & Pitone, M. L. (2021, octobre). *How Media Use Affects Your Child (for Parents)*. KidsHealth. <https://kidshealth.org/en/parents/tv-affects-child.html?WT.ac=p-ra>
- Culture et santé ASBL. (s. d.). *Le glossaire de Cultures&Santé*. Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/57-le-glossaire-de-culturessante.html>

- Duch, H., Fisher, E. M., Ensari, I., & Harrington, A. (2013). Screen time use in children under 3 years old : A systematic review of correlates. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-102>
- EACH Charter & UN Convention*. (s. d.). Each for Sick Children. Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://each-for-sick-children.org/each-charter-un-convention/>
- Eddy, M. E., Carter, B. D., Kronenberger, W. G., Conradsen, S., Eid, N. S., Bourland, S. L., & Adams, G. (1998). Parent relationships and compliance in cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Health Care*, 12(4), 196-202. [https://doi.org/10.1016/S0891-5245\(98\)90046-3](https://doi.org/10.1016/S0891-5245(98)90046-3)
- Edupax. (2018, septembre 29). *Allo écran bobo*.
<https://www.youtube.com/watch?v=Q6RBSYPbeWQ>
- Esseily, R., Guellaï, B., Chopin, A., & Somogyi, E. (2017). L'écran est-il bon ou mauvais pour le jeune enfant ? : Une revue de la littérature sur la prévalence de l'écran et ses effets sur le développement cognitif précoce. *Spirale*, 83, 28.
<https://doi.org/10.3917/spi.083.0028>
- Fischer-Grote, L., Kothgassner, O. D., & Felnhofer, A. (2021). The impact of problematic smartphone use on children's and adolescents' quality of life : A systematic review. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 110(5), 1417-1424.
<https://doi.org/10.1111/apa.15714>
- Galland, F., Bénédicte Minguet, B., & Blidi, M. (2018, septembre). *Distraire les enfants lors des soins*. Sparadrap. <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>

- Gold, D. T., & McClung, B. (2006). Approaches to Patient Education : Emphasizing the Long-Term Value of Compliance and Persistence. *The American Journal of Medicine*, 119(4), S32-S37. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.12.021>
- Green, L. W., & Iverson, D. C. (1982). School Health Education. *Annual Review of Public Health*, 3(1), 321-338. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.03.050182.001541>
- Gremeaux, V., & Coudeyre, E. (2010). The Internet and the therapeutic education of patients : A systematic review of the literature. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(10), 669-692. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2010.09.003>
- Gueguen, C. (2015). *Vivre heureux avec son enfant : Un nouveau regard sur l'éducation au quotidien grâce aux neurosciences affectives*. Groupe Robert Laffont.
- Harlé, B., & Desmurget, M. (2012). Effets de l'exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l'enfant. *Archives de Pédiatrie*, 19(7), 772-776. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2012.04.003>
- Harris, B., Regan, T., Schueler, J., & Fields, S. A. (2020). Problematic Mobile Phone and Smartphone Use Scales : A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 672. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00672>
- HAS. (2011). *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé*.
- Health Belief Model—An overview* | *ScienceDirect Topics*. (s. d.). Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/health-belief-model>
- Hertel, E., Cheadle, A., Matthys, J., Coleman, K., Gray, M., Robbins, M., Tufte, J., & Hsu, C. (2019). Engaging patients in primary care design : An evaluation of a novel approach to codesigning care. *Health Expectations : An International Journal of Public*

Participation in Health Care and Health Policy, 22(4), 609-616.

<https://doi.org/10.1111/hex.12909>

Histoire de l'ordinateur. (s. d.). Consulté 23 mars 2021, à l'adresse

<https://www.scriptol.fr/programmation/histoire-ordinateur.php>

Histoire des premiers écrans aux écrans tactiles. (s. d.-a). Histoire-cigref.org. Consulté 21

mars 2021, à l'adresse <https://www.cigref.fr/archives/histoire-cigref/blog/histoire-des-premiers-ecrans-aux-ecrans-tactiles/>

Histoire des premiers écrans aux écrans tactiles. (s. d.-b). Histoire-cigref.org. Consulté 21

mars 2021, à l'adresse <https://www.cigref.fr/archives/histoire-cigref/blog/histoire-des-premiers-ecrans-aux-ecrans-tactiles/>

Importance du développement des jeunes enfants. (s. d.). Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Consulté 18 mars 2021, à l'adresse Dutch et al

Kaur, N., Gupta, M., Malhi, P., & Grover, S. (2019a). Screen Time in Under-five Children.

Indian Pediatrics, 56(9), 773-788. <https://doi.org/10.1007/s13312-019-1638-8>

Kaur, N., Gupta, M., Malhi, P., & Grover, S. (2019b). Screen Time in Under-five Children.

Indian Pediatrics, 56(9), 773-788. <https://doi.org/10.1007/s13312-019-1638-8>

La charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé. (s. d.). *Hôpital Trousseau AP-HP*.

Consulté 15 mai 2022, à l'adresse <https://trousseau.aphp.fr/charte-europ-enfant-hospi/>

Lauricella, A. R., & Cingel, D. P. (2020). Parental Influence on Youth Media Use. *Journal of*

Child and Family Studies, 29(7), 1927-1937. Scopus. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01724-2>

Le temps d'écran, une autre habitude de vie associée à la santé. (s. d.). 8.

Long, N. (2003). Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques : La parentalité en question. *Thérapie Familiale*, 24(3), 255-266. <https://doi.org/10.3917/tf.033.0255>

- Mathen, M. (2015). *Les enfants et les écrans. Usages des enfants de 0 à 6 ans, représentations et attitudes de leurs parents et des professionnels de la petite enfance* (UCL-Université Catholique de Louvain).
<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:165802>
- Matthes, J., Thomas, M. F., Stevic, A., & Schmuck, D. (2021). Fighting over smartphones? Parents' excessive smartphone use, lack of control over children's use, and conflict. *Computers in Human Behavior*, 116. Scopus.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106618>
- Matziou, V., Zachos, I., Kletsiou, H., Triantafyllidou, A., & Tsoumakas, C. (2006). Television watching at Greek paediatric hospitals. *European Journal of Pediatrics*, 165(11), 811-812. <https://doi.org/10.1007/s00431-006-0166-4>
- Mayer, N. (2018, avril). *L'invention du téléphone en cinq dates clés*. Futura.
<https://www.futura-sciences.com/sciences/questions-reponses/histoire-invention-telephone-cinq-dates-cles-6771/>
- McDaniel, B. T., & Radesky, J. S. (2018). Technoference : Longitudinal Associations between Parent Technology Use, Parenting Stress, and Child Behavior Problems. *Pediatric research*, 84(2), 210-218. <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0052-6>
- Ministère de la Culture et de la Communication. (2019). Médias et industries culturelles. *Chiffres clés statistiques de la culture*, 191-257.
- Mutualités Libres. (2018, août 27). *Chaque année, 1 enfant sur 10 est hospitalisé*. Mutualités Libres. <https://www.mloz.be/fr/publications/etudes-et-analyses/chaque-annee-1-enfant-sur-10-est-hospitalise>
- Park, J. H., & Park, M. (2021). Smartphone use patterns and problematic smartphone use among preschool children. *PLOS ONE*, 16(3), e0244276.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244276>

- Phillips, A. (2019). Effective approaches to health promotion in nursing practice. *Nursing Standard*, 34(4), 43-50. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11312>
- PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA.pdf. (s. d.). Consulté 24 juillet 2021, à l'adresse
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Psychologies.com. (2009, juillet 16). *Est-il vrai que tout se joue avant 6 ans ?*
<https://www.psychologies.com/Famille/Enfants/Epanouissement-de-l-enfant/Reponses-d-expert/Est-il-vrai-que-tout-se-joue-avant-6-ans>
- Robinson, S., & Hill, Y. (1998). The health promoting nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 7(3), 232-238. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00151.x>
- Santer, M., Ring, N., Yardley, L., Geraghty, A. W., & Wyke, S. (2014). Treatment non-adherence in pediatric long-term medical conditions : Systematic review and synthesis of qualitative studies of caregivers' views. *BMC Pediatrics*, 14(1), 63.
<https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-63>
- Sickkids. (2016, juillet). *Temps d'écran : Présentation générale*. Sickkids.
<https://www.aboutkidshealth.ca:443/fr/article?contentid=643&language=French>
- Société canadienne de pédiatrie, groupe de travail sur la santé numérique, Ottawa (Ontario). (2017). Le temps d'écran et les jeunes enfants : Promouvoir la santé et le développement dans un monde numérique. *Paediatrics & Child Health*, 22(8), 469-477. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx121>
- Technologie de l'information et des communications (TIC)—Informatique à domicile—OCDE Data. (s. d.). theOECD. Consulté 4 avril 2021, à l'adresse
<http://data.oecd.org/fr/ict/informatique-a-domicile.htm>
- Tisseron, S. (2017). Un problème de santé publique de plus en plus préoccupant. *Spirale*, N° 83(3), 20-27.

- Tisseron, S. (2020). Facilités et pièges de la communication à distance : Les leçons du confinement. *Droit, Sante et Societe*, N° 2(2), 35-40.
- Vaala, S. E., & Bleakley, A. (2015). Monitoring, Mediating, and Modeling : Parental Influence on Adolescent Computer and Internet Use in the United States. *Journal of Children and Media*, 9(1), 40-57. <https://doi.org/10.1080/17482798.2015.997103>
- Vérifier votre identité, c'est nous assurer de votre sécurité ! (s. d.). Cliniques universitaires Saint-Luc. Consulté 11 avril 2022, à l'adresse <https://www.saintluc.be/fr/identito-vigilance>
- Vlachopoulou, X. (2017). Les bébés et les écrans. *Spirale*, N° 83(3), 13-15.
- Vos jeunes enfants face aux écrans – Le bon usage des écrans. (s. d.). Consulté 29 avril 2022, à l'adresse <https://leboimportnusedesecrans.fr/les-ecrans-et-votre-entourage/jeunes-enfants-ecrans/>
- Wallace, J. C., & Livingstone, A. (2019). G352(P) Screen time and children : Assessing staff knowledge and parental practices regarding screen time. *Archives of Disease in Childhood*, 104(Suppl 2), A144-A144. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-rcpch.340>
- Wehmeier, P. M., Dittmann, R. W., & Banaschewski, T. (2015). Treatment compliance or medication adherence in children and adolescents on ADHD medication in clinical practice : Results from the COMPLY observational study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(2), 165-174. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0156-8>
- WHO. (2019, avril). *Le message de l'OMS au jeune enfant : Pour grandir en bonne santé, ne pas trop rester assis et jouer davantage*. <https://www.who.int/fr/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more>

Yapaka. (s. d.). *Campagne Ecrans : Avant 6 ans*. Yapaka. Consulté 6 avril 2021, à l'adresse
<https://www.yapaka.be/page/campagne-ecrans-avant-6-ans>

ANNEXES

Les annexes du mémoire sont disponibles dans le fichier
« Nange_18581800_2022_Annexes » sur la plateforme DIAL.

Liste des annexes :

1. Exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE)
2. Ages moyens des enfants pratiquant chaque activité
3. Modèle intégratif de Bilieux
4. Les Approches de promotion de la santé
5. Tableaux analyses statistiques
6. Questionnaire destiné aux professionnels pédiatriques
7. Guide d'entretien semi-directif
8. Formulaire de consentement éclairé
9. Codebook
10. Avis du comité d'éthique

