

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Pratique des médecins généralistes auprès des patients adultes présentant un usage excessif des écrans

Un état des lieux en région Pays de la Loire

OGER Mathurin ■

Né le 6 novembre 1998 à Rennes (35)

PEPIN Julie ■

Née le 27 février 1996 à Beauvais (60)

Sous la direction de Mme Le Dre GHALI et de Monsieur le Dr MADIETA ■

Membres du jury

Monsieur le Professeur PY Thibaut | Président

Monsieur le Docteur MADIETA Lou | Directeur

Madame le Docteur GHALI Maria | Codirectrice

Madame le Docteur CIOATA Ioana | Membre

Soutenue publiquement le :
21 octobre 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné OGER Mathurin
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **22/09/2025**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Pépin Julie
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **22/09/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBÉE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Monsieur le Professeur Thibaut PY, merci d'avoir accepté de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse, merci pour votre travail et votre implication auprès des internes de médecine générale.

Aux Docteurs GHALI et MADIETA, merci d'avoir formé un duo de directeurs aussi clairvoyant. A Lou, merci d'avoir accepté avec enthousiasme d'encadrer cette thèse, merci pour tes conseils précieux lors de nos nombreux échanges et relectures qui nous ont permis de rendre ce travail dont nous sommes fiers.

A Maria, merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse, merci pour ton expérience et ton encadrement pour nous avoir guidés dans la bonne direction pour ce travail de thèse.

Au Docteur Ioana CIOATA, merci de nous avoir initiés à l'addictologie, merci pour votre gentillesse et votre intérêt pour notre travail.

Aux équipes médicales et para-médicales du CH de Château Gonthier et du PSSSL, merci d'avoir permis notre rencontre et de travailler ensemble dans une ambiance propice à la bonne entente. Merci particulièrement aux Dr GAUDIN, Dr LAURENDEAU, Dr LELOUCH et Dr RAKOTOMALALA pour leur formation et leurs conseils, aux urgentistes pour leur aide pendant des gardes difficiles et plus spécifiquement au Dr PAYEN pour nous avoir appris qu'un médecin généraliste peut survivre aux urgences.

Merci à nos maîtres de stage PRAT et SASPAS pour nous avoir donné le goût de la médecine générale libérale.

Merci à tous les médecins ayant participé à ce travail de thèse en répondant à ce long questionnaire, cette thèse existe grâce à vous.

REMERCIEMENTS MATHURIN

A mes maîtres de stage universitaire : Dr GAUTIER, Dr MAYAUD, Dr PARIS, Dr RAMOND-ROQUIN, Dr STOPIN merci pour votre accueil, votre temps et vos conseils. Merci de m'avoir montré tant de manières différentes de devenir un bon médecin généraliste. Merci à toi, Pascal, pour ton amitié.

A ma famille : À mes parents, merci pour votre amour, votre éducation bienveillante et votre sens du réel qui m'ont permis d'accéder à ces longues études et de tenir dans la durée. A Emilien et à Mailis, merci pour votre soutien sans faille malgré la distance. A mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci. A mes grands-parents, merci pour votre soutien et les modèles que vous représenterez toujours pour moi.

A ma belle-famille : merci pour votre accueil chaleureux et votre soutien constant.

A Rémi : merci pour ton soutien à travers toutes tes casquettes : ami de lycée, colocataire et désormais beau-frère. A Jeansé : merci pour ton amitié, ta bonne humeur et ton imprévisibilité.

A Monsieur Joël Morin, merci pour ces sept années de colocation. Vous avez été un modèle d'humanité et de dévouement jusqu'à la fin. Reposez en paix.

Merci à mes amis du MJCF : vous m'avez rappelé que l'être humain était avant tout un être sociable, malgré ma tendance à vivre en moine reclus.

A mes amis des "*Jeunes professionnels*" et des "*Pros angevins*", merci pour ces soirées sympathiques qui ont été une vraie bouffée d'oxygène alors que les cours, livres et stages divers ne me laissaient que peu de temps pour vivre.

A mes cointernes et externes de Cardiologie à Laval : merci pour ce semestre incroyable et pour ces moments passés ensemble.

A mes cointernes de Château-Gontier aux Urgences et en Médecine polyvalente : merci pour ces mois passés ensemble. Nos retrouvailles sont chaque fois des instants mémorables.

Aux confrères et collègues du Centre Epidaure, à Chantonnay : merci pour votre accueil et votre confiance. C'est un honneur de rejoindre une telle équipe.

A Julie : Merci de m'avoir accordé ta confiance pour ce long travail de thèse. Tu as vraiment assuré d'un bout à l'autre de ce périple en tandem. La ligne d'arrivée est franchie et tu peux être fière de tout ce travail accompli. Merci pour tout.

A ma femme : Merci Reine pour ton soutien constant sans lequel je n'aurais pas tenu le cap. A notre amour ! A tous ces tracas que nous n'aurions pas eus seuls et que nous pouvons désormais affronter à deux !

A Joséphine, merci d'avoir été un enfant sage quand ton papa terminait ses études. A l'heure où j'écris ces lignes, j'ai encore l'espoir que cela durera. Ton père est décidément un grand naïf.

REMERCIEMENTS JULIE

A mes maîtres de stage universitaire :

Dr ATTAL, Dr BOISSEAU-PECOT, Dr CHALON, Dr DENIS-GAUBERT, Dr GAUME, Dr LOSSON, merci pour tous vos conseils et votre formation, merci d'avoir confirmé mon envie d'être un médecin généraliste libéral et surtout, un médecin de famille.

A ma famille :

A Ma sœur, Eléa, celle qui a pleuré ma cérémonie de remise des diplômes, merci pour ton soutien inconditionnel, merci de me recadrer et me remettre dans le droit chemin quand j'en ai besoin.

A mon frère, Philéas, sans toi je n'aurais pas réussi mon concours de la PACES, merci de m'avoir aidé à survivre par ta présence et toutes tes attentions. Merci d'avoir fait rentrer Adèle dans nos vies.

A mes parents, Papa et maman, merci pour votre éducation et les valeurs que vous m'avez inculquées, je vous dois ma ténacité, mon courage et mon ambition.

A mes grands-parents, Daddy et Mimo, Mamie Griotte et Papy Maurice, merci pour votre soutien, vos encouragements et votre confiance en moi. A toutes mes cousines, mes cousins, oncle et tante, merci pour votre présence à mes côtés de près ou de loin.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil et votre gentillesse, merci d'être un exemple universitaire pour nous.

A mes amis :

A mes amis, du lycée, ma première bande, la fûndacion, Marie, Théotime, Pauline, Margot, Adeline, Antoine, Julien, Camille, merci pour les souvenirs incroyables qu'on a collecté au fur et à mesure des années.

A Clément et Océane, mes pharmaciens, merci d'être là depuis si longtemps, merci pour toutes nos conversations profondes.

A mes amis empathiques, Mathilde, Loïse, JB, Victor et Oscar, merci d'avoir rendu l'externat aussi drôle.

A ma team BU qui est devenu bien plus que ça, Florent, Victoria, Astrid, Clémence, Thibault, Emma, merci pour votre soutien, les moments avec vous sont de vraies bouffées d'oxygène.

A zenzen, plus particulièrement à Bertille, Laurane, Jean et Jej, merci pour nos soirées jeux qui nous ont permis de survivre à l'hiver Sarthois de ce début d'internat.

A mes copines de château, Mathilde Gwen et Maxine, les futures médecins les plus incroyables que je connaisse, merci d'être les personnes que vous êtes, ne changez pas, vivement le prochain verre et le prochain mariage.

A Armelle, merci d'avoir été mon binôme pendant 6 mois à l'hôpital, merci pour ta zen attitude, et d'avoir partagé ta passion musicale avec moi.

A Mathurin, merci de m'avoir proposé de travailler avec toi. Merci pour tes dons de statisticien et d'informaticien, pour ta simplicité et ton calme olympien, je pense que tu étais mon binôme parfait de travail. Merci encore pour tes idées et ton implication dans cette thèse.

Et enfin :

A Julien, l'amour de ma vie, merci d'être là depuis 7 ans, merci pour ces souvenirs et ces voyages incroyables qu'on fait ensemble, merci d'être aussi bienveillant. On a presque tout fait ensemble, on a survécu à l'ECN, on va survivre à une thèse combinée à une préparation de mariage, merci de me supporter dans mes moments de stress (c'est-à-dire au quotidien ...), j'ai hâte qu'on continue à profiter ensemble, je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

- 1. Une absence de définition**
- 2. Population adulte et écrans**
- 3. Ecrans chez l'adulte dans la littérature**
 - 3.1 Conséquences somatiques des écrans**
 - 3.1.1. Vision
 - 3.1.2. Sommeil
 - 3.1.3. Pathologies cardiovasculaires et obésité
 - 3.1.4. Troubles musculo-squelettiques
 - 3.1.5. Troubles de la libido
 - 3.2 Spécificités des comorbidités en cas d'addiction aux écrans**
 - 3.3 Le rôle du médecin généraliste**

MATERIEL ET MÉTHODES

- 1. Objectif**
- 2. Type d'étude**
- 3. Population étudiée**
- 4. Questionnaire**
- 5. Outils de recueil et analyse de données**
- 6. Comité d'éthique**

RÉSULTATS

- 1. Flowchart (fig. 1)**
- 2. Description de la population**
- 3. Dépistage**
- 4. Impact somatique et psychique de l'usage excessif des écrans**
- 5. Prise en charge et orientation**
- 6. Pratique et formation des médecins**

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Pratique des médecins généralistes auprès des patients adultes présentant un usage excessif des écrans

PEPIN Julie et OGER Mathurin

Les deux auteurs ont travaillé ensemble sur la thèse et le travail a été réparti de façon équitable.

RESUME

Introduction

L'exposition (et la surexposition) aux écrans a une place croissante dans la société contemporaine. La littérature scientifique a mis en évidence des comorbidités somatiques, psychiatriques et addictologiques non seulement chez l'enfant, mais aussi chez l'adulte, liées à un usage excessif des écrans. Pourtant, chez l'adulte, la diversité des écrans se traduit par une fragmentation de la recherche sur des usages spécifiques et une absence de recommandations généralisables à tous les écrans. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes (MG) auprès des adultes ayant un usage excessif des écrans.

Matériels et Méthodes

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes (MG). La population étudiée était les maîtres de stage universitaires (MSU) de la région Pays de la Loire. Un questionnaire en ligne composé de 36 questions leur a été transmis, avec plusieurs relances successives, de novembre 2024 à mai 2025.

Résultats

Parmi les 131 répondants, 97,7 % ne réalisaient pas fréquemment de dépistage bien qu'ils présentent un intérêt pour le sujet. L'absence de définition claire de l'usage excessif des écrans était un frein identifié. Les MG ayant suivi une formation spécifique en addictologie semblaient être les plus sensibilisés à cette problématique. Plus de 50 % déclaraient qu'ils envisageaient de rechercher un trouble de l'usage des écrans face à une plainte somatique bien que toutes les conséquences somatiques des écrans soient encore mal connues par eux. Les MG possédaient des connaissances générales dans le champ addictologique et s'en servaient pour prendre en charge l'usage excessif des écrans.

Conclusion

Une information plus importante des MG est souhaitable pour étendre aux adultes le dépistage et la prise en charge de l'usage excessif des écrans. Cette information semble passer également par une clarification de la définition et des recommandations professionnelles sur le sujet. Cette étude est une piste pour créer une approche plus globale et commune à toutes les addictions afin de faciliter cette prise en charge et la diffuser plus largement.

ABSTRACT

Introduction

Screen exposure—and overexposure—has an increasingly prominent role in contemporary society. Scientific literature has highlighted somatic, psychiatric, and addictive comorbidities related to excessive screen use, not only in children but also in adults. However, in adults, the diversity of screen types has resulted in fragmented research focusing on specific uses, with no generalized recommendations applicable across all screens. The objective of this study was to assess general practitioners' (GPs) practices regarding adults with excessive screen use.

Material and Methods

This was a quantitative, descriptive study evaluating the professional practices of GPs. The study population consisted of university teaching supervisors (maîtres de stage universitaires, MSUs) in the Pays de la Loire region. An online questionnaire comprising 36 items was distributed between November 2024 and May 2025, with several successive reminders.

Results

Among the 131 respondents, 97.7 % reported not frequently performing screening, although they expressed interest in the topic. The absence of a clear definition of excessive screen use was identified as a limiting factor. GPs with specific training in addictology appeared to be more aware of this issue. More than 50 % stated they would consider investigating screen use disorders in the presence of somatic complaints, although the full range of somatic consequences remains poorly understood by them. GPs reported possessing general knowledge in the field of addictology, which they applied to the management of excessive screen use.

Conclusion

Greater awareness among GPs is needed to extend screening and management of excessive screen use to adults. Such awareness also requires clarification of the definition and the establishment of professional guidelines on this issue. This study provides a basis for developing a more comprehensive and unified approach to addictions, thereby facilitating patient management, and promoting wider dissemination of best practices.

INTRODUCTION

1. Une absence de définition

Depuis la démocratisation de la télévision et surtout la diffusion des smartphones dans tous les foyers aujourd'hui, de nombreuses publications ont souligné les impacts de l'exposition prolongée aux écrans.

La principale difficulté pour traiter de la question des écrans est l'absence de consensus nosologique. A travers nos recherches sur PubMed, nous avons constaté un nombre cumulé plus important de publications s'intéressant à des usages particuliers des écrans (internet, jeux vidéo, pornographie par exemple) qu'aux écrans en général. Dans le même sens, l'Internet Gaming Disorder ou jeu vidéo pathologique en ligne est la seule entité en lien avec les écrans à avoir été ajoutée au DSM-5(1) et à la CIM-11(2). Les usages particuliers des écrans semblent donc davantage étudiés que les écrans pris dans leur globalité.

On note d'ailleurs la référence quasi systématique à Internet dans ces études, excluant par définition les écrans indépendants d'Internet. Pourtant, dans la littérature, différents troubles sont corrélés à un usage excessif des écrans eux-mêmes.

Par ailleurs, le terme "usage excessif" a été préféré à celui d'"exposition excessive" retrouvé dans les études en population pédiatrique. Ce choix est sous-tendu par la dimension active du choix de l'écran par le patient adulte, alors qu'il est principalement la conséquence d'un choix parental en population pédiatrique.

C'est pourquoi nous avons choisi le terme "usage excessif des écrans" dans cette étude qui propose de documenter la prévention par les médecins généralistes (MG) de l'usage des écrans chez l'adulte.

2. Population adulte et écrans

Les répercussions psychiques de l'addiction à Internet incluent des troubles anxieux et dépressifs, l'isolement social, la procrastination au travail et la vie quotidienne qui deviennent source d'ennui (3). Quelques articles font actuellement état de troubles somatiques (troubles du sommeil, de la vision, de la libido, cardio-vasculaires, obésité) associés à un usage excessif des écrans(4,5).

L'exposition excessive aux écrans de nombreux jeunes enfants ainsi que les troubles neurodéveloppementaux qui en résultent ont retenu l'attention des MG (6). Des recommandations sont fournies aux parents concernant l'exposition aux écrans de leurs enfants. Ainsi, certaines études ont montré le rôle majeur des MG concernant la prévention de cette surexposition auprès des parents(7).

En 2023, l'enquête annuelle de l'INSEE sur les technologies de l'information et de la communication s'intéressait à 6 effets néfastes des écrans perçus par les internautes de 15 à 74 ans (Limiter son temps de sommeil, Négliger ses loisirs, Ressentir une envie obsédante, Avoir des conflits avec son entourage, Se sentir déprimé après utilisation, Être déconcentré au travail) : 34 % des internautes déclaraient ressentir au moins un de ces effets. 51 % des hommes âgés de 20 à 24 ans déclaraient avoir réduit leur temps de sommeil pour rester sur les écrans au moins une fois par semaine(8). Les effets néfastes des écrans concernent donc également les adultes. Cette même étude montrait que la prévalence de ces troubles était décroissante avec l'âge, contribuant à expliquer un nombre de publications plus réduit en population adulte.

3. Écrans chez l'adulte dans la littérature

3.1 Conséquences somatiques des écrans

Même s'il existe peu de publications et peu de recommandations officielles sur les conséquences somatiques de l'usage des écrans, celles-ci sont bien réelles. Nous avons trouvé plusieurs pathologies décrites dans la littérature, bien que celles-ci soient limitées en nombre en comparaison à d'autres facteurs de risque comme le tabac ou l'alcool.

3.1.1. Vision

Concernant l'usage excessif des écrans, l'une des complications somatiques les plus fréquemment retrouvées dans la littérature sont les troubles liés à la vision. Il a été rapporté qu'après une heure d'exposition aux écrans on observe une diminution significative de la flexibilité accommodative qui semble être associée à la présence de symptômes visuels(5). Cette exposition intense aux écrans peut démasquer des anomalies qui étaient jusque-là compensées(9) (astigmatisme, hypermétropie, presbytie, inertie de l'accommodation-convergence).

Le "Syndrome de Vision Artificielle" ou "Computer Vision Syndrome" décrit dans la littérature associe les symptômes liés à un inconfort visuel causé par l'exposition aux écrans(10) tels que des douleurs ou rougeurs oculaires, une sécheresse, une vision floue ou double, un larmoiement et une photophobie(11).

La quasi-totalité des écrans à ce jour comportent des diodes électroluminescentes (LED) émettant de la lumière bleue(12). Bien que celle-ci soit naturellement émise par le soleil, il a été documenté un important risque de développement d'une cataracte ou d'une dégénérescence maculaire(13) suite à l'exposition oculaire prolongée à la lumière bleue.

3.1.2. Sommeil

Le sommeil chez l'homme est régulé par plusieurs hormones et notamment par la mélatonine. Cette hormone est sécrétée préférentiellement par l'épiphyse pendant la nuit avec un pic situé en moyenne vers 3 à 5 heures du matin. Ce rythme est généré par une horloge biologique centrale et entraîné par l'alternance lumière-obscurité. En effet, la sécrétion de mélatonine est inhibée par la lumière naturelle, elle est donc logiquement perturbée par l'exposition à la lumière artificielle. C'est la lumière bleue qui est la plus efficace pour agir sur la sécrétion de mélatonine. L'exposition à la lumière répétée le soir et en milieu de nuit décale en conséquence la sécrétion de mélatonine le matin. C'est pourquoi une exposition aux écrans en début de nuit, en perturbant l'endormissement, est une cause de troubles du sommeil avec décalage de phase tels que les insomnies et réveils précoces, pouvant aller jusqu'à générer un état d'hyperveil. Il en résulte une dette chronique de sommeil et un délai d'endormissement très allongé(14).

Il est également retrouvé une altération de la qualité du sommeil avec le syndrome des apnées obstructives du sommeil, qui entraîne une somnolence diurne importante pouvant entraîner des conséquences graves sur la vie des patients. La prévalence de ce syndrome est 11,3 % plus élevée dans la population dite "addicte à internet" que dans la population générale(15).

Bien que ces troubles soient maintenant connus dans la littérature, la seule recommandation officielle actuelle est qu'il faut délaisser les écrans au moins 1h à 1h30 avant le coucher pour préserver notre sommeil et nous éloigner assez tôt de la lumière bleue(16).

3.1.3. Pathologies cardiovasculaires et obésité

Les facteurs de risque cardiovasculaire sont bien établis, parmi lesquels la sédentarité occupe une place importante(17). Le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, jeux vidéo...) constitue aujourd'hui l'un des indicateurs les plus utilisés pour évaluer cette sédentarité dans la littérature(18). L'activité physique, quel que soit l'âge, est inversement associée au risque de mortalité cardiovasculaire et d'événements coronariens majeurs(18).

La sédentarité pourrait également favoriser d'autres facteurs de risques cardiovasculaires comme l'obésité. Des études montrent qu'une utilisation excessive de temps d'écran est liée à un IMC élevé et cela indépendamment de l'activité physique réalisée et du régime(19). La dette chronique de sommeil causée par les écrans favoriserait également l'apparition du syndrome métabolique et la dépendance au tabac(14).

Dans un article publié dans le JAMA* en 2011 : Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis, l'auteur a montré que différentes études trouvaient une corrélation significative entre l'exposition prolongée à la télévision et le risque de développer un diabète de type 2, une maladie cardiovasculaire et la mortalité toutes causes confondues(4).

3.1.4. Troubles musculo-squelettiques

Différentes études rapportent des plaintes de troubles musculo-squelettiques (TMS) des travailleurs, ces TMS apparaissent avec l'exposition prolongée devant les écrans des ordinateurs et smartphones (20).

Pourtant certains articles tendent à montrer une diminution de ces plaintes qui seraient moins présentes avec le télétravail : en France, seulement 5 % des TMS reconnus comme maladie professionnelle sont attribuables au travail sur écrans(21). Il est difficile de faire la part des choses entre des TMS liés purement aux écrans et le travail sédentaire assis avec son ergonomie et ses postures associées(22).

Il convient de rappeler que les principaux facteurs de risque des TMS au travail sont le port de charges lourdes et le fait de se pencher fréquemment. Les métiers les plus à risques sont les métiers du BTP, les métiers du transport professionnel et les aides-soignantes(23).

En résumé, il s'agit d'une plainte fréquente des travailleurs sur écrans(24) mais il ne s'agit pas des métiers les plus à risque et les plus touchés.

3.1.5. Troubles de la libido

L'usage excessif des écrans commence également à avoir un impact sur la sexualité des adultes. Selon un sondage IFOP(25), en 2023, la proportion de Français ayant eu un rapport sexuel au cours de l'année a atteint son plus bas niveau en cinquante ans : seulement 76 % en moyenne, soit une chute de 15 points par rapport à 2006.

Lorsqu'on interroge les jeunes de moins de 35 ans vivant en couple sous le même toit, la moitié des hommes (50 %, contre 42 % des femmes) reconnaissent avoir déjà évité un rapport sexuel pour regarder une série ou un film à la télévision. 53 % des hommes de moins de 35 ans vivant en couple déclarent préférer les jeux vidéo aux rapports sexuels, et 48 % leur préfèrent les réseaux sociaux axés sur le partage de photos ou de vidéos.

Au-delà de cette baisse du désir sexuel, il existe une forte augmentation des dysfonctionnements sexuels chez les hommes. Parmi ceux de moins de 35 ans, la proportion de victimes de troubles du désir ou de problème d'érection s'avère supérieure à la moyenne (33 %) chez les hommes visionnant quotidiennement des vidéos pornographiques (55 %), leurs réseaux sociaux (39 %), les applications d'information (41 %) ou les films et séries tels qu'en offrent des services comme Netflix (38 %)(26).

L'utilisation massive des écrans dans notre société a également permis un accès facilité à la pornographie qui se consomme sur ordinateur, téléphone, plateforme de streaming. Elle joue également un rôle dans les dysfonctions sexuelles, particulièrement chez les hommes. Les caractéristiques spécifiques de la pornographie en ligne pourraient conditionner l'excitation

sexuelle à des stimuli propres à ce mode de consommation, qui ne seraient pas retrouvés dans la sexualité réelle, au point que les rapports avec des partenaires désirés ne susciteraient plus le même niveau de satisfaction, entraînant une diminution de l'excitation.

Pour autant, les rapports cliniques suggèrent que l'arrêt de la consommation de pornographie sur internet suffit parfois à inverser les effets négatifs(27).

3.2 Spécificités des comorbidités en cas d'addiction aux écrans

Pour parler d'addiction, l'un des critères majeurs est l'impossibilité pour le patient de s'abstenir d'un usage ou d'un comportement, malgré des conséquences négatives perçues. Par conséquent, les effets somatiques listés ci-dessus peuvent atteindre des degrés plus sévères en cas d'addiction. Des comorbidités psycho-sociales propres au mécanisme de l'addiction sont également retrouvées.

En explorant la littérature sur l'addiction aux écrans, les auteurs ont choisi de recenser les comorbidités associées à différentes addictions spécifiques, comme l'addiction à Internet ou l'usage problématique des jeux vidéo, afin de rendre compte de la diversité des écrans concernés par une addiction.

Une méta-analyse de 2010, puis une seconde en 2014, retrouvaient une association significative de l'addiction à Internet avec les troubles liés à l'usage de substances, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles dépressifs, la phobie sociale et l'agressivité(29,3).

Plusieurs études ont comparé dans leurs comorbidités addictologiques l'usage simple et l'usage problématique des jeux vidéo. Le groupe "usage problématique des jeux vidéo" était défini

différemment selon les études : un score élevé au Video game Addiction Test(30) ou bien l'association de trois critères : tentatives infructueuses d'arrêter de jouer, envie irrésistible de jouer et sensation croissante de tension qui n'est soulagée que par le jeu(31).

Sur le plan addictologique, les auteurs retrouvaient davantage de tabagisme, de consommation d'alcool et de cannabis dans le groupe "Usage problématique des jeux vidéo".

Au niveau psychiatrique, ils retrouvaient une prévalence accrue de syndromes dépressifs, d'isolement, d'anxiété sociale, de baisse de l'estime de soi, de mauvaises performances scolaires déclarées(30), ainsi que du port d'armes et de l'implication dans des bagarres violentes(31).

La littérature montre donc l'association entre addiction aux écrans et diverses comorbidités addictologiques et psychiatriques.

Sur le plan social, les auteurs n'ayant pas trouvé de publication spécifique explorant les comorbidités de l'addiction aux écrans, ils se sont basés sur les comorbidités documentées par la littérature dans les troubles liés à l'usage de substances (TLUS). FRANCO S. et al. ont montré que les différents TLUS ont une association partagée avec différents événements de vie comme divorce/séparation, violence, chômage, difficultés financières, procédures judiciaires, problèmes de voisinage, disputes familiales ou amicales et qualité de vie. Cette étude concluait notamment à la nature partagée des associations TLUS-événement de vie, plutôt que spécifique de chaque TLUS(32). Par extension, même en l'absence de donnée à ce jour le mentionnant spécifiquement dans la littérature, il paraît raisonnable d'envisager une association similaire avec les addictions comportementales. Pour cette raison, les MG ont également été questionnés sur ce volet social.

L'essentiel des publications concernant les addictions aux écrans portent sur des corrélations et non sur la démonstration d'une causalité. Mais trancher la question entre corrélation et causalité n'a qu'une importance secondaire. La présence d'un usage excessif des écrans, a fortiori si des critères d'addiction sont présents, est alors un point d'appel pour rechercher les comorbidités éventuelles afin de les prendre en charge. C'est l'une des conclusions de Ko CH et al. dans leur méta-analyse : la prise en charge d'une addiction aux écrans justifie la recherche de comorbidités éventuelles, et inversement(28).

3.3 Le rôle du médecin généraliste

Dans le cadre de la médecine générale, la prise en charge des patients souffrant d'addictions repose principalement sur deux types d'interventions : l'intervention brève (5 à 15 minutes) et l'entretien motivationnel (15 à 30 minutes). L'intervention brève, qui constitue une forme condensée de l'entretien motivationnel, se caractérise par une approche empathique et bienveillante visant à amener le patient à réfléchir sur sa consommation et à envisager des changements comportementaux. Ces modalités d'accompagnement placent le patient au cœur de la démarche thérapeutique, avec pour objectif principal une modification durable de ses habitudes de vie en vue de lutter contre l'addiction(33).

Concernant les écrans chez l'adulte, plusieurs problèmes se posent pour le MG : l'absence de consensus sur ce qu'est un usage excessif des écrans (qui n'implique pas nécessairement de critère d'addiction), la difficulté à faire le lien entre cet usage et d'éventuelles comorbidités et surtout le manque de temps qui peut amener le MG à ne s'intéresser qu'aux problématiques jugées plus graves ou plus pressantes lors de la consultation. Face à ces difficultés, on peut penser que beaucoup de médecins renoncent à dépister l'usage excessif des écrans. On peut faire l'hypothèse que la majorité des MG ne s'intéressent à cette problématique que lorsque l'initiative émane du patient.

Pourtant il a été proposé par LE BIHAN dans *Addiction à Internet : rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement ?*, de se baser sur une approche type RPIB à l'instar du tabac ou de l'alcool, approche non évaluée à ce jour(34). Malgré cette proposition, il n'existe pas à notre connaissance de travail évaluant la Pratique des médecins généralistes auprès des patients adultes présentant un usage excessif des écrans. C'est pourquoi cette étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes des Pays de la Loire en matière de prévention et dépistage de l'usage excessif des écrans en population adulte.

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Objectif

Cette étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes des Pays de la Loire en matière de prévention et dépistage de l'usage excessif des écrans en population adulte. Plus spécifiquement, nous nous sommes intéressés aux points d'appels et pratiques du dépistage d'un usage excessif des écrans, à la connaissance actuelle des conséquences somatiques et psychiques de cet usage par le médecin, ainsi qu'à la mise en place ou non d'une prise en charge spécifique.

Le critère de jugement principal était le taux de médecins généralistes réalisant un dépistage fréquent de l'usage excessif des écrans en population adulte (pourcentage de réponse "souvent" à la question "Recherchez-vous un usage excessif des écrans chez l'adulte au cours de vos consultations ?". Le terme souvent correspondait à 50 % des consultations ou plus.)

Les critères de jugement secondaires étaient la connaissance des troubles somatiques liés à l'usage des écrans par les médecins généralistes (5 cases correctement cochées ou plus à la question "Quel(s) trouble(s) somatique(s) vous amènerai(en)t à suspecter un usage excessif des écrans ?"). L'utilisation d'une échelle standardisée pour réaliser le dépistage (IAT(35), PIUQ-F-12(36) ou GPIUS-2(37) : une échelle cochée ou plus). La réalisation (oui ou non) et la durée d'une intervention brève lorsqu'elle est réalisée, quantifiée en minutes (moins de 1 minute à 5 ou plus). Et enfin, les différents types de prises en charge de l'usage excessif des écrans (traitements proposés, stratégies de suivi et d'orientation).

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive et d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes (MG) des Pays de la Loire dans le dépistage de l'usage excessif des écrans, de leurs conséquences somatiques et psychiques et de leur suivi.

3. Population étudiée

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes maîtres de stage universitaires (MSU) de la région Pays de la Loire accueillant des étudiants de deuxième et/ou troisième cycle. Cette population est représentative de l'ensemble des médecins généralistes(38).

Le recrutement initial se basait sur un envoi de mail aux MSU par l'intermédiaire des scalarités respectives des Facultés de Médecine d'Angers et de Nantes qui possèdent une liste de diffusion à destination des MSU de leur subdivision.

La scalarité de médecine de Nantes, qui coordonne les MSU de Loire-Atlantique (44) et de Vendée (85) ayant refusé la diffusion, les auteurs ont diffusé le questionnaire à tous les médecins généralistes de Vendée grâce au Conseil départemental de l'Ordre. Il n'a pas été possible de contacter les médecins généralistes de Loire-Atlantique.

La première diffusion du questionnaire a été réalisée en novembre 2024. Une première relance puis une seconde ont été réalisées respectivement en janvier 2025 et en mars 2025. Nous avons précisé aux médecins de ne pas tenir compte de la relance s'ils avaient déjà répondu au questionnaire. Nous avons clôturé ce questionnaire en mai 2025.

4. Questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire en ligne réalisé sur *LimeSurvey*. Le recueil était fait de manière anonyme. Il comportait 36 questions réparties en 4 parties (annexe I). La première partie précisait les caractéristiques épidémiologiques de la population de médecins généralistes.

La deuxième partie recueillait les pratiques professionnelles de ces médecins en matière de dépistage de l'usage excessif des écrans et de la recherche de ses conséquences somatiques, psychiatriques et addictologiques.

Une troisième partie recueillait le niveau de formation spécifique en addictologie de ces médecins. Cette troisième partie permettait de préciser le lien de corrélation entre une pratique ou une formation addictologique et le taux de prévention autour de l'usage excessif des écrans.

Une quatrième partie recueillait les perspectives d'évolution pour les médecins généralistes sur le sujet de l'usage excessif des écrans chez l'adulte ainsi que d'éventuelles suggestions sur le sujet.

Ce questionnaire a été élaboré par les deux investigateurs principaux puis validé lors des discussions avec leurs deux encadrants.

5. Outils de recueil et analyse de données

Nous avons collecté les réponses de manière anonyme grâce au site de questionnaires en ligne *LimeSurvey.org*. Un formulaire était considéré incomplet si plus de 20 % des QCM étaient restés sans réponse. Un formulaire ainsi défini comme incomplet était systématiquement exclu de l'analyse. La base de données extraite au format .xlsx a ensuite été analysée dans le logiciel *Epi Info* dédié à la réalisation de statistiques.

La significativité des résultats pour déterminer l'influence de la formation addictologique sur le dépistage de l'usage excessif des écrans a été déterminée par la méthode du χ^2 .

6. Comité d'éthique

Ce projet de recherche ainsi que le questionnaire ont été enregistrés sous le numéro 2024-204 et ont reçu un avis favorable le 15 novembre 2024 de la part du comité d'éthique du centre hospitalier universitaire du CHU d'Angers. (Annexe II)

RÉSULTATS

1. Flowchart (fig. 1)

Au total, les 171 questionnaires reçus étaient répartis de la manière suivante : 144 questionnaires ont été reçus de la subdivision d'Angers (Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe) sur 357 MSU sollicités dont 111 réponses complètes soit 31,1 % de réponses complètes. Sur 477 médecins généralistes Vendéens, 27 ont répondu. Parmi eux, 20 médecins généralistes ont soumis un questionnaire complet soit 4,2 % de taux de réponses complètes en Vendée. Les statistiques ont donc été réalisées sur la base des 131 réponses complètes reçues de Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.

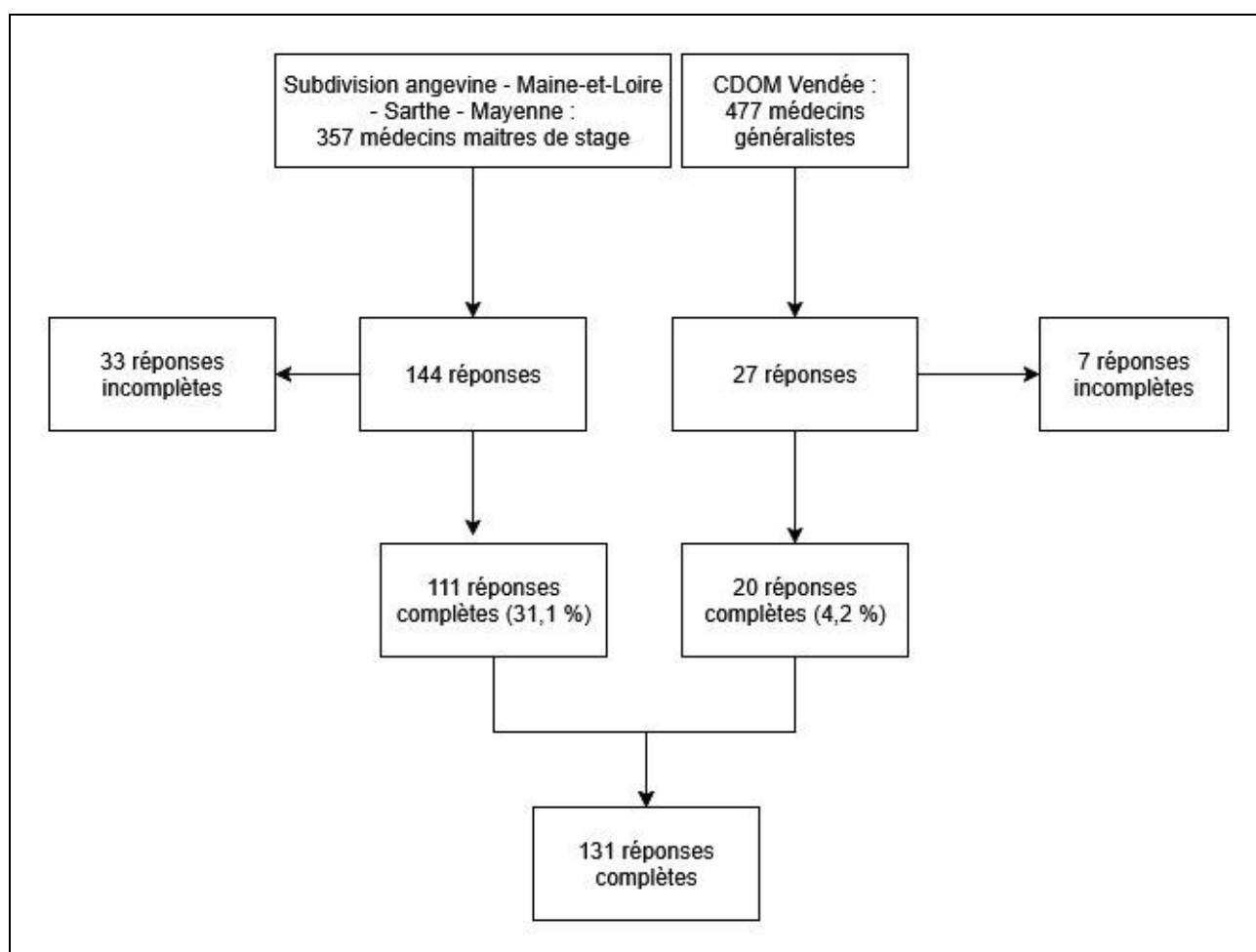


Figure 1 : Réponses traitées des médecins généralistes aux questionnaires

2. Description de la population

La population des médecins généralistes répondants était répartie comme suit :

Tableau I : Description de la population des médecins généralistes répondants

	<u>Effectif (%)</u>
<u>Sexe</u>	
Féminin	79 (60,3 %)
<u>Tranche d'âge</u>	
29-34 ans	13 (9,9 %)
35-44 ans	54 (41,2 %)
45-54 ans	37 (28,2 %)
55-64 ans	23 (17,6 %)
65-74 ans	4 (3,1 %)
<u>Département</u>	
Maine-et-Loire	61 (46,6 %)
Mayenne	27 (20,6 %)
Sarthe	23 (17,6 %)
Vendée	20 (15,3 %)
<u>Zone d'exercice</u>	
Rurale	41 (31,3 %)
Semi-rurale	45 (34,4 %)
Urbaine	45 (34,4 %)
<u>Mode d'exercice</u>	
En cabinet de groupe	47 (35,9 %)
MSP	81 (61,8 %)
Seul(e)	3 (2,3 %)
<u>Installé depuis</u>	
1 à 10 ans	50 (38,2 %)
11 à 20 ans	48 (36,6 %)
21 à 30 ans	20 (15,3 %)
31 à 40 ans	13 (9,9 %)
<u>Activité de consultation addictologique</u>	
Fréquente	3 (2,3 %)
Moyenne	26 (19,9 %)
Plutôt pas	50 (38,2 %)
Pas du tout	52 (39,7 %)

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

3. Dépistage

Interrogés sur leur dépistage (fig. 2), la majorité des médecins généralistes (97,7 %) disaient rechercher l'usage excessif des écrans dans moins de 50 % des consultations de patients adultes.

Plus précisément, 35,1 % des médecins (n = 46) répondaient ne jamais (ou presque) le rechercher. A l'opposé, 18,3 % des médecins (n = 24) déclaraient le rechercher dans au moins un quart de leurs consultations.

Les répondants ayant bénéficié d'une formation spécifique en addictologie (FMC ou formation à l'entretien motivationnel) recherchaient trois fois plus l'usage excessif des écrans (OR = 2,87 IC95 %=[1,00;8,18] p = 0,0425).

Fréquence du dépistage de l'usage excessif des écrans :

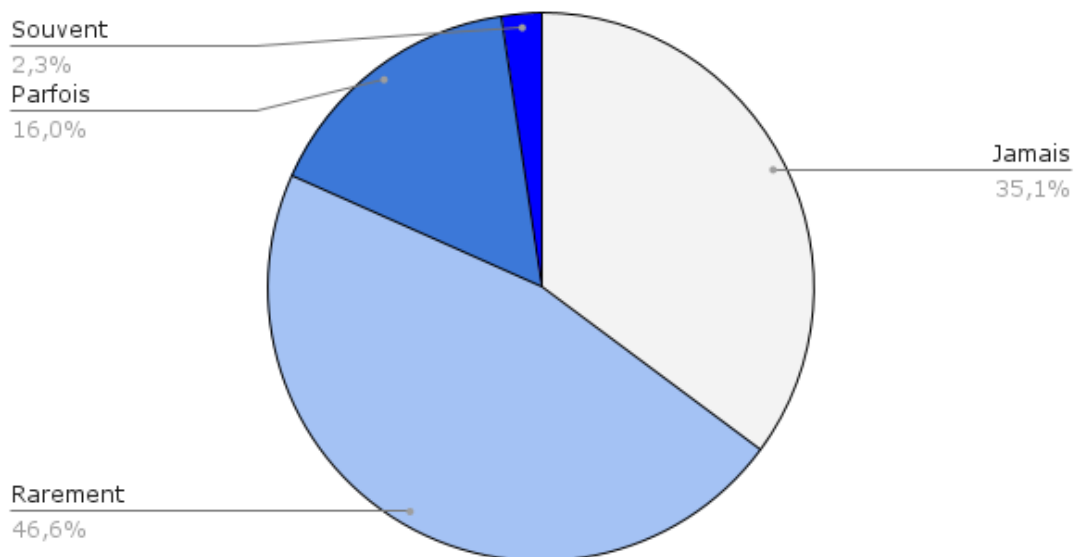


Figure 2 : Taux de dépistage de l'usage excessif des écrans

Parmi les différents types d'écrans (fig. 3), le visionnage excessif de films, vidéos, séries (binge-watching) était le plus recherché (54 % des répondants). Les autres types les plus recherchés étaient l'usage des réseaux sociaux (42,8 %) puis les jeux vidéo solo et multijoueurs (38,9 % et 22,9 %).

Quel(s) type(s) d'usage excessif des écrans recherchez-vous ?

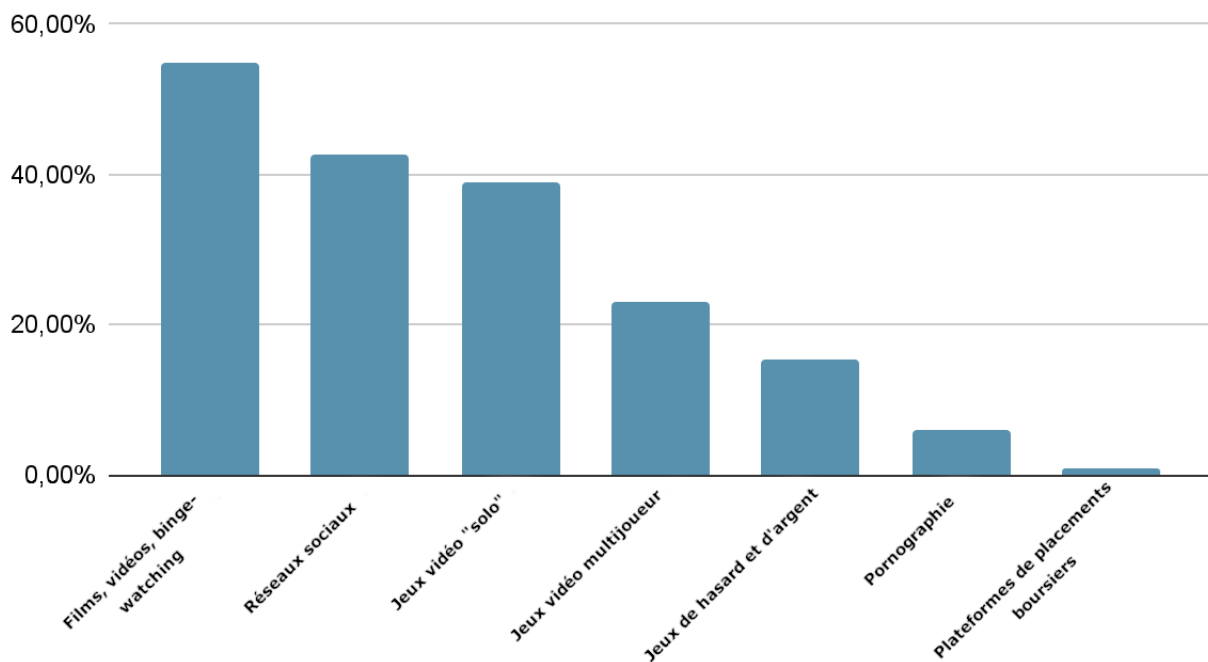


Figure 3 : Type d'usage excessif des écrans recherché par les médecins généralistes

Les situations qui amenaient les médecins généralistes à rechercher un usage excessif des écrans étaient majoritairement les questionnements du patient sur les écrans (74,1 %, n=97) et les comorbidités addictologiques (61,1 %, n=80).

Ce dépistage était réalisé pareillement chez les deux sexes pour la majorité des médecins (80,9 %, n=106).

Lors du dépistage, la majorité des médecins ne ciblaient pas de catégorie d'âge spécifique (53,4 %). Toutefois les 18-25 ans étaient les plus ciblés (46,6 %) avec une baisse progressive du dépistage chez les patients plus âgés. Le dépistage de l'usage excessif des écrans par les médecins généralistes ne ciblait pas spécifiquement de catégorie socio-professionnelle (65,7 %, n=86).

Les médecins généralistes (à 99,2 %), n'avaient pas une approche standardisée de ce dépistage. Seul un médecin répondait utiliser le Internet Addiction Test (IAT), les tests Generalized Problematic internet Use Scale-2 et le Problematic Internet Use Questionnaire n'étant jamais utilisés.

4. Impact somatique et psychique de l'usage excessif des écrans

Les troubles somatiques qui amenaient les médecins généralistes à suspecter un usage excessif des écrans étaient d'abord les troubles du sommeil à 98,5 % (n=129), puis le surpoids et l'obésité à 76,3 %.

Parmi différents troubles corrélés par la littérature à l'usage excessif des écrans (troubles du sommeil, surpoids et obésité, pathologies ophtalmologiques, pathologies musculo-squelettiques, troubles de la libido, pathologies cardio-vasculaires et diabète), seuls 12.2 % des répondants ont coché 5 pathologies ou plus.

Parmi les comorbidités addictologiques faisant évoquer l'usage excessif des écrans, les répondants retenaient d'abord les addictions comportementales (jeux d'argent, achats compulsifs) à 53,4 % (n = 70), puis l'addiction au cannabis (37,4 %), l'addiction à l'alcool (32,8 %) et les addictions sexuelles (31,3 %).

Les symptômes addictologiques questionnés par les médecins durant la prise en charge de l'usage excessif des écrans étaient la perte de contrôle (73,3 %), l'irritabilité (71,8 %), l'asthénie (66,4 %), le craving (47,3 %).

Les comorbidités psychiatriques qui orientaient le plus vers le dépistage de l'usage excessif des écrans étaient l'anxiété sociale à 35,1 %, le trouble anxieux généralisé à 29,8 % et l'épisode dépressif caractérisé à 27,5 %.

Les situations sociales qui orientaient le plus vers le dépistage de l'usage excessif des écrans étaient l'isolement (36,6 %), l'échec scolaire (29 %) et la perte d'emploi (25,2 %).

5. Prise en charge et orientation

La majorité des médecins répondaient réaliser une intervention brève (64,9 %, n=85) après mise en évidence d'un usage excessif des écrans. Cette intervention brève était alors décrite comme longue : 5 minutes ou plus chez la plupart des médecins (29,4 %, n=25).

Les éléments intégrés par les médecins dans cette intervention étaient majoritairement une psychoéducation sur les risques psychiques (40,5 %, n=53) puis une psychoéducation sur les risques addictologiques (34,4 %), les risques sociaux (32,1 %) et les risques physiques (29,0 %). 25,9 % des médecins intégraient dans l'intervention un échange sur les recours possibles et 25,2 % réalisaient un entretien motivationnel complet (n=33).

Les médecins généralistes proposaient d'abord des thérapeutiques non médicamenteuses (relaxation, sport...) à 55,7 % (n=73). Venaient ensuite l'orientation vers un psychologue (45 %) et vers un psychiatre ou addictologue (44,3 %). 37,4 % des médecins envisageaient un suivi par eux-mêmes tandis que 22,9 % des médecins n'envisageaient pas de suivi spécifique.

Les ressources addictologiques en ligne semblaient peu utilisées. Une minorité de médecins (16,8 %, n=22) disait se rendre sur drogues.gouv.fr, seulement 6,9 % (n=9) sur AddictAide.fr et 4 médecins sur Respadd.org (3,1 %)

6. Pratique et formation des médecins

Les médecins ayant un minimum d'activité addictologique (60,3 % des répondants) prenaient surtout en charge des troubles liés à l'usage de substances : tabac (83,5 %), alcool (70,9 %), benzodiazépines (53,2 %), opiacés (51,9 %). La prise en charge des addictions comportementales était marginale (1 à 3 %).

Selon les médecins généralistes interrogés, les principaux freins au dépistage de l'usage excessif des écrans étaient le manque de temps (62,6 %) et le manque de formation (41,2 %). L'absence de définition claire de l'usage excessif d'écrans était considérée à 83,2 % comme un frein au dépistage mais le défaut de consensus dans les recommandations n'était vu comme un frein que pour 16,8 % des répondants.

Selon vous, l'absence de définition claire de l'usage excessif des écrans constitue-t-elle un frein au dépistage ?

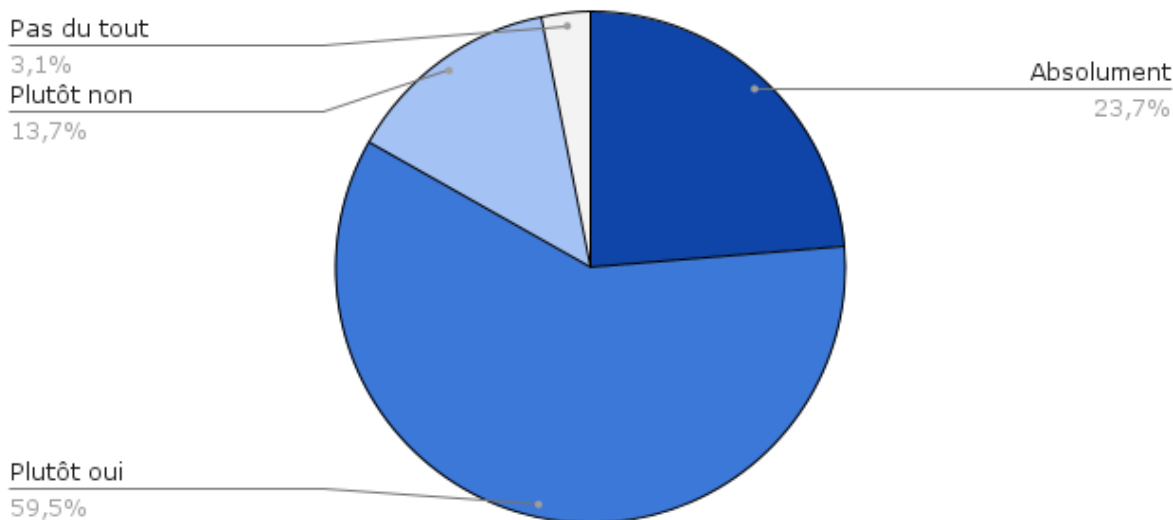


Figure 4 : Impact de l'absence de définition de l'usage excessif des écrans sur le dépistage

La plupart des médecins interrogés n'avaient pas de formation en addictologie (79,4 %, n=104), 17 avaient suivi une FMC (13 %) en addictologie et 13 une formation à l'entretien motivationnel (9,9 %).

Seulement 2 médecins disaient avoir reçu une formation spécifique sur l'exposition des adultes aux écrans, 40 avaient reçu une formation mais uniquement sur l'exposition des enfants aux écrans (30,5 %), 67,9 % disaient n'avoir reçu aucune formation sur les écrans.

Pourtant les médecins seraient enclins à suivre des formations sur le sujet type FMC (65,7 %), DPC (65,7 %), formation en libre accès type vidéo (32,1 %) ou type podcast (26,7 %).

Une majorité des médecins répondaient que ce questionnaire leur avait apporté de nouveaux questionnements ou connaissances sur l'usage excessif des écrans (74,1 % n=97).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Notre étude met en évidence plusieurs résultats principaux. Concernant notre objectif principal, 97,7 % des répondants ne réalisaient pas fréquemment de dépistage. A l'inverse, 18,3 % des médecins déclaraient rechercher cet usage excessif dans au moins un quart de leurs consultations. Les médecins ayant suivi une formation spécifique en addictologie (FMC ou formation à l'entretien motivationnel) semblaient être les plus sensibilisés à cette problématique, puisqu'ils recherchaient l'usage excessif des écrans trois fois plus souvent que ceux n'ayant pas bénéficié de ce type de formation ($p = 0,0425$).

Les résultats suggèrent également que les comorbidités somatiques de l'usage excessif des écrans chez l'adulte restent encore méconnues des médecins généralistes : seuls 12 % ont correctement identifié cinq comorbidités somatiques corrélées à cet usage par la littérature. Néanmoins, plus de 50 % déclarent qu'ils envisagent de rechercher un trouble de l'usage des écrans face à une plainte somatique. Par ailleurs, les troubles du sommeil et l'obésité sont reconnus comme potentiellement liés à un usage excessif des écrans par respectivement 98,5 % et 76,3 % des médecins interrogés.

Dans les freins à ce dépistage, nous retrouvions des motifs connus en médecine générale tels que le manque de temps mais une discordance apparente a retenu notre attention. L'absence de définition claire de l'usage excessif d'écrans était considérée à 83,2 % comme un frein au dépistage mais le défaut de consensus dans les recommandations n'était vu comme un frein que pour 16,8 % des répondants. De plus, les MG semblent peu utiliser les outils disponibles en addictologie : notre questionnaire a montré qu'en majorité les MG ne les connaissent pas. Ce constat est renforcé par l'absence de standardisation du dépistage : les tests existant dans la littérature (IAT, PIUQ-F-12 ou GPIUS-2) focalisés sur l'usage d'Internet ne sont pas utilisés

par les médecins (moins de 1 % dans cette étude), et il n'existe à ce jour aucun test de dépistage dédié à l'usage des écrans dans toute leur diversité.

Néanmoins, lorsqu'un usage excessif des écrans est mis en évidence, la prise en charge répond aux besoins identifiés.

En effet, 64,9 % des médecins expliquaient réaliser une intervention brève après mise en évidence d'un usage excessif des écrans. D'une durée souvent longue : 29,4 % des médecins interrogés y consacraient 5 minutes ou plus.

De nombreux éléments étaient intégrés dans cette intervention (psychoéducation sur les risques psychiques, addictologiques, sociaux et physiques). Un quart des médecins interrogés réalisaient même un entretien motivationnel complet.

Ces résultats s'inscrivent dans un contexte où l'usage excessif des écrans est reconnu comme un enjeu de santé publique émergent, mais encore peu structuré sur le plan médical. Ces données sont cohérentes avec l'absence de définition nosologique claire comme freins au dépistage ; dans la thèse de DEVIENNE, les MG confirment cette difficulté au dépistage par un manque de définition claire de l'addiction aux jeux vidéo(39). Le lien est également fait avec l'absence de recommandations officielles, à l'exception de celles concernant le lien entre sommeil et écrans, à notre connaissance les seules actuellement existantes, à la différence, par exemple, de celles pour le tabac, qui est d'ailleurs, l'addiction la plus recherchée par les MG(40).

Nous avançons l'hypothèse que les MG se sentent davantage en difficulté pour définir le problème de l'usage excessif des écrans que pour y apporter une réponse devant l'exhaustivité des solutions apportées par les médecins (intervention brève, technique non médicamenteuse,

adressage...). Ces différentes prises en charge proposées sont retrouvées dans d'autres études sur les pratiques des MG dans les addictions(41,42).

Par ailleurs, les MG semblent davantage se servir des outils de l'addictologie pour les troubles liés à l'usage de substances : 50 % des MG répondaient utiliser au moins parfois des questionnaires ou échelles standardisées pour l'évaluation des TLUA(40). Cette situation reflète également le très faible nombre de publications sur le dépistage de l'usage des écrans chez l'adulte.

Ces prises en charge exhaustives montrent un intérêt important pour le sujet et les risques associés à un usage excessif des écrans, et ce, en l'absence d'une formation spécifique sur le sujet. Plus de 97 % des médecins se déclaraient prêts à se former en addictologie, et cette étude met en évidence leur intérêt pour la problématique de l'usage excessif des écrans chez l'adulte lorsqu'ils sont sensibilisés au sujet. On retrouve cet intérêt pour les écrans dans d'autres publications(43). En effet, 74,1 % d'entre eux estimaient que le questionnaire leur avait apporté de nouvelles connaissances ou de nouveaux questionnements.

Faute de transmission du questionnaire aux seuls maîtres de stage universitaires (MSU) dans la subdivision de Nantes, le questionnaire a été transmis au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Vendée (85) qui l'a diffusé à tous les médecins généralistes du département. L'intitulé précisait la maîtrise de stage comme critère d'inclusion, expliquant le taux de réponse de 4,2 %. Il n'a pas été possible de transmettre le questionnaire aux MSU de Loire-Atlantique (44). Cela a diminué le nombre de réponse espéré et donc la puissance de cette étude.

Cette hétérogénéité du recrutement pose la question d'un biais éventuel : un tableau de contingence (χ^2 ou test exact de Fisher) pour chaque question a été réalisé pour déterminer si les MG Vendéens divergeaient significativement des autres médecins dans leurs réponses. La comparaison entre les 2 populations ne différait significativement qu'à la question 29 concernant le type d'activité addictologique où 25 % des MG vendéens déclaraient s'inscrire dans une démarche de prévention des addictions contre 52 % des autres MG. ($p = 0,045$ - Fisher exact).

Le questionnaire était assez long avec 35 questions, ce qui peut expliquer les 40 questionnaires incomplets et exclus, soit 23 % de questionnaires exclus. Un questionnaire plus court aurait pu permettre le recueil d'un plus grand nombre de résultats.

Cette étude a eu recours à un auto-questionnaire pour recueillir les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage et de prise en charge de l'usage excessif des écrans chez l'adulte. Ce mode déclaratif présente un risque de biais, notamment une surestimation des pratiques rapportées, ainsi qu'une possible sélection des répondants particulièrement sensibilisés à ce sujet, ce qui entraîne un risque de surestimation de la réalisation du dépistage.

La formulation de la question en pourcentage des consultations a pu contribuer à ce résultat contrasté. Une thèse similaire réalisée sur la prise en charge du tabagisme interrogeait une stratégie en 2 temps : mettre en évidence un tabagisme actif en posant la question à un maximum de patients et le consigner dans le dossier (% de patients) puis réaliser chez les patients fumeurs une intervention brève ou un conseil minimal lors d'un maximum de consultations (% de consultations)(44).

En conclusion, les MG présentent un intérêt pour le sujet de l'usage excessif des écrans mais ne connaissent pas les échelles standardisées de dépistage, celles-ci ne concernant que certains usages excessifs des écrans. Ils possèdent des connaissances générales dans le champ addictologique et s'en servent pour prendre en charge l'usage excessif des écrans. Le dépistage est peu réalisé, ce que les MG interrogés attribuaient au manque de temps, au manque de formation et à l'absence de définition claire de l'usage excessif des écrans.

La formation, notamment en addictologie, semble jouer un rôle pour permettre aux médecins d'utiliser plus facilement les outils disponibles. En outre, il existe un désir de formation chez les médecins généralistes.

Il serait intéressant de questionner les médecins généralistes sur leur prise en charge dans d'autres addictions peu étudiées, comme les addictions comportementales ou aux jeux d'argent pour voir si ces démarches de dépistage et prise en charge sont similaires. Cela pourrait amener à repenser la logique du dépistage addictologique en médecine générale pour créer une approche plus globale et commune à toutes les addictions avec ou sans substance afin de faciliter cette prise en charge et la diffuser plus largement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
2. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 3 août 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#338347362>
3. Taherdoost H. Internet Addiction; Symptoms, Impacts and Treatments. Open Access J Addict Psychol [Internet]. 23 avr 2022 [cité 1 févr 2024];5(2). Disponible sur: <https://irispublishers.com/oajap/fulltext/internet-addiction-symptoms-impacts-and-treatments.ID.000608.php>
4. Grøntved A, Hu FB. Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis. JAMA. 15 juin 2011;305(23):2448-55.
5. Jurkiewicz T, Essertaize C, Meyssonier G. Influence des écrans sur les fonctions oculomotrices et accommodatives. Rev Francoph Orthopt [Internet]. 3 mars 2022 [cité 17 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876220422000103>
6. Teixeira J. Comment les professionnels d'une maison de santé pluridisciplinaire considèrent leur rôle dans la prévention de l'exposition aux écrans chez les moins de 3 ans : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2022 [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-36099>
7. AVAGOV L. Exposition aux écrans dans la population pédiatrique âgée de moins de 12 ans : étude des pratiques de prévention chez les internes de médecine générale en France. [Angers]: Université d'Angers; 2021.
8. Guilloton V. En 2023, un tiers des internautes ressentent au moins un effet néfaste des écrans. Insee Focus [Internet]. 13 juin 2024;(329). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8199393>
9. Praud R. Equipements optiques : Soulager la fatigue visuelle à l'usage des écrans. Rev Francoph Orthopt. 1 avr 2017;10(2):79-84.
10. Messana M. L'impact des écrans sur le système visuel et le confort visuel. Rev Francoph Orthopt [Internet]. 4 oct 2021 [cité 17 avr 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876220421001254>

11. Alliti F, Aitelhaj J, Moursli Y, Mchachi A, Benhmidoune L, Chakib A, et al. Syndrome de fatigue oculaire numérique : impact du confinement durant la pandémie COVID-19. J Société Marocaine D'Ophtalmologie. 16 nov 2022;31(1):24-7.
12. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2019 [cité 20 mars 2025]. Effets sur la santé de l'exposition à la lumière bleue. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/activites-humaines/exposition-aux-ondes/article/effets-sur-la-sante-de-l-exposition-a-la-lumiere-bleue>
13. Renard G, Leid J. Les dangers de la lumière bleue : la vérité ! J Fr Ophtalmol. 1 mai 2016;39(5):483-8.
14. Claustrat B. L'évolution du rythme veille-sommeil au cours de l'histoire de l'humanité. Influence de la lumière artificielle. Médecine Sommeil. 1 avr 2014;11(2):68-73.
15. Petit A, Karila L, Estellat C, Moisan D, Reynaud M, D'Ortho MP, et al. Les troubles du sommeil dans l'addiction à Internet. Presse Médicale. 1 déc 2016;45(12, Part 1):1170-7.
16. Sommeil et écrans, votre sommeil est-il en danger ? [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: https://institut-sommeil-vigilance.org/qsm_quiz/sommeil-et-e-crans-votre-sommeil-est-il-en-danger/
17. Le risque cardiovasculaire et ses facteurs [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/definition-facteurs-favorisants>
18. Girerd X. La prévention des maladies cardio-vasculaires. Actual Doss En Santé Publique. juin 2004;(n° 47):19-59.
19. Carré F. Danger sédentarité: Vivre plus en bougeant plus. Cherche Midi; 2013. 179 p.
20. Gontier AL, Buisset C, Charbotel B. Impact du « télétravail de crise » sur la santé des salariées : une étude sur 28 télésecrétaires pour un télétravail durable. Arch Mal Prof Environ. 1 nov 2023;84(6):101854.
21. Hoffmann N, Vayssieres S, Thevenod P, Gatumel E, Preaux C. Travail sur écran : d'une démarche d'amélioration continue à la prévention des pathologies d'hypersollicitation périarticulaire : quelle interface ? Arch Mal Prof Environ. 1 mai 2018;79(3):352.
22. Fazio Tirrozzo MG. Télétravail et TMS : home, sweet home ? Arch Mal Prof Environ. 1 oct 2020;81(5):437-8.

23. Deriennic F, Leclerc A, Mairiaux P, Meyer JP, Ozguler A. Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2000 [cité 15 avr 2025] p. 149 pages. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02934904>
24. Dahan-Lévy A. Evaluation des conditions de travail et de l'état de santé des travailleurs sur écran, exposés ou non au télétravail, en période de crise sanitaire: enquête auprès de 442 salariés du secteur banque et assurances [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2022 [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_DAHAN_Aurelie.pdf
25. IFOP [Internet]. [cité 17 avr 2024]. La "sex recession" : les Français font-ils moins l'amour ? Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/la-sex-recession-les-francais-font-ils-moins-lamour/>
26. IFOP [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Les hommes et les problèmes d'érection : le grand tabou ? Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-hommes-et-les-problemes-derection-le-grand-tabou/>
27. Park BY, Wilson G, Berger J, Christman M, Reina B, Bishop F, et al. Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports. *Behav Sci Basel Switz*. 5 août 2016;6(3):17.
28. Ko CH, Yen JY, Yen CF, Chen CS, Chen CC. The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *Eur Psychiatry*. janv 2012;27(1):1-8.
29. Ho RC, Zhang MW, Tsang TY, Toh AH, Pan F, Lu Y, et al. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2014 [cité 17 mai 2025];14(1). Disponible sur: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-183>
30. VAN ROOIJ AJ, KUSS DJ, GRIFFITHS MD, SHORTER GW, SCHOENMAKERS MT, VAN DE MHEEN D. The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *J Behav Addict*. sept 2014;3(3):157-65.
31. Desai RA, Krishnan-Sarin S, Cavallo D, Potenza MN. Video game playing in high school students: health correlates, gender differences and problematic gaming. *Pediatrics*. déc 2010;126(6):e1414-24.
32. Franco S, Olfson M, Wall MM, Wang S, Hoertel N, Blanco C. Shared and specific associations of substance use disorders on adverse outcomes: A national prospective study. *Drug Alcohol Depend*. août 2019;201:212-9.

33. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 11 mai 2025]. Intervention motivationnelle brève. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501843/fr/intervention-motivationnelle-breve
34. Le Bihan X. Addiction à Internet: rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement.
35. Addict Aide - Le village des addictions [Internet]. [cité 26 avr 2024]. INTERNET / Test IAT : mesurez votre utilisation éventuellement excessive. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/outil/test-iat-internet-addiction-test/>
36. Kern L, Acier D. Adaptation française de l'échelle Problematic Internet Use Questionnaire. L'Évolution Psychiatr. juill 2013;78(3):357-71.
37. Laconi S, Kaliszewska-Czeremska K, Tricard N, Chabrol H, Kuss DJ. The Generalized Problematic Internet Use Scale-2 in a French sample: Psychometric evaluation of the theoretical model. L'Encéphale. juin 2018;44(3):192-9.
38. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires: Santé Publique. 18 mars 2015;Vol. 27(1):59-67.
39. Devienne JB. L'addiction aux jeux vidéo : repérage en médecine générale : une étude qualitative menée dans le département du Nord [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2023 [cité 18 sept 2025]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-41765>
40. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Doss DREES. juill 2021;(80).
41. Moy J, Vanlerberghe Y. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire : enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie.
42. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. 13 mars 2014;84.
43. Leroy JF. État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards face aux problématiques de santé liées aux écrans.
44. Aurélie M. Etat des lieux dans les Pays de la Loire de l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme de leurs patients. Université d'Angers; 2016.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Réponses traitées des médecins généralistes aux questionnaires	18
Figure 2 : Taux de dépistage de l'usage excessif des écrans	20
Figure 3 : Type d'usage excessif des écrans recherché par les médecins généralistes	21
Figure 4 : Impact de l'absence de définition de l'usage excessif des écrans sur le dépistage	24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Description de la population des médecins généralistes répondants	19
---	----

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	
RESUME.....	2
INTRODUCTION	4
1. Une absence de définition	4
2. Population adulte et écrans.....	5
3. Ecrans chez l'adulte dans la littérature	6
3.1 Conséquences somatiques des écrans	6
3.1.1. Vision	6
3.1.2. Sommeil	7
3.1.3. Pathologies cardiovasculaires et obésité	8
3.1.4. Troubles musculo-squelettiques.....	8
3.1.5. Troubles de la libido.....	9
3.2 Spécificités des comorbidités en cas d'addiction aux écrans	10
3.3 Le rôle du médecin généraliste	12
MATERIEL ET MÉTHODES.....	14
1. Objectif.....	14
2. Type d'étude.....	15
3. Population étudiée	15
4. Questionnaire	16
5. Outils de recueil et analyse de données	16
6. Comité d'éthique	17
RÉSULTATS	18
1. Flowchart (fig. 1)	18
2. Description de la population.....	19
3. Dépistage	20
4. Impact somatique et psychique de l'usage excessif des écrans	22
5. Prise en charge et orientation	23
6. Pratique et formation des médecins.....	24
DISCUSSION ET CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES FIGURES	36
LISTE DES TABLEAUX	36
TABLE DES MATIERES.....	37
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe I – Questionnaire

Bonjour,

Nous sommes deux internes de Médecine générale en 4ème semestre, Julie Pépin et Mathurin Oger. Nous réalisons notre thèse sur la pratique des médecins généralistes auprès des patients adultes présentant un usage excessif des écrans en région Pays-de-la Loire. Cette thèse est co-dirigée par le Dr Lou Madieta (Médecin addictologue) et le Dr Ghali Maria (Médecin généraliste).

Ce questionnaire a pour but de faire un état des lieux des pratiques actuelles de prévention et prise en charge de l'usage excessif des écrans en population adulte par les médecins généralistes (MG). Une quinzaine de minutes sont nécessaires pour le compléter. Les réponses sont anonymes.

Nous vous remercions pour ces précieuses minutes de votre temps.

Julie PEPIN

Mathurin OGER

Partie 1 : Données épidémiologiques

1. ☐ Êtes-vous ? (*Une seule réponse possible*)
 - Une femme
 - Un homme

2. Quel âge avez-vous ? (*Réponse libre*)
Réponse libre

3. ☐ Dans quel département exercez-vous majoritairement la médecine générale ? (*Une seule réponse possible*)
 - Maine-et-Loire
 - Mayenne
 - Sarthe
 - Vendée
 - Loire-Atlantique

4. ☐ Vous exercez majoritairement dans une zone : (*Une seule réponse possible*)
 - Rurale
 - Semi-rurale
 - Urbaine

5. ☐ Vous exercez majoritairement : (*Une seule réponse possible*)

- Seul(e)
- En cabinet de groupe
- En Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- Autre : *réponse libre*

6.  Quelle est votre année d'installation ? (Réponse libre)
Réponse libre

Partie 2 : Dépistage de l'usage excessif des écrans chez l'adulte :

7.  Recherchez- vous un usage excessif des écrans chez l'adulte au cours de vos consultations ? (Une seule réponse possible)

- Souvent : 50 % des consultations ou plus
- Parfois : De 25 % à 50 % des consultations
- Rarement : de 3 % à moins de 25 % des consultations
- Jamais ou moins de 3 % des consultations

8.  Quel(s) type(s) d'usage excessif des écrans recherchez-vous ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Temps important passé sur les écrans (films, vidéos, binge watching)
- Temps important passé sur les jeux vidéo "solo"
- Temps important passé sur les jeux vidéo multijoueur
- Temps important passé sur les réseaux sociaux
- Temps important passé sur des plateformes de placements boursiers
- Temps important passé sur les plateformes de jeux de hasard et d'argent
- Temps important passé devant de la pornographie
- Autre : *réponse libre*

9.  Quel(s) est(sont), selon vous, le(s) frein(s) à un dépistage d'un usage excessif des écrans ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Manque de formation
- Crainte d'être dans le jugement
- Crainte de la réaction du patient
- Sentiment d'impuissance
- Manque de soutien des pouvoirs publics
- Défaut de consensus au sein des recommandations
- Sentiment que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste
- Autre : *réponse libre*

10.  En consultation, quelle(s) situation(s) peut(peuvent) vous amener à rechercher un usage excessif des écrans ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Plainte(s) somatique(s)
- Comorbidité(s) addictologique(s)
- Comorbidité(s) psychiatrique(s)
- Situation sociale difficile
- Difficulté(s) liée(s) au travail
- Questionnement du patient à propos des écrans

- Autre : *réponse libre*
- *Aucunes de ces situations*

11.  Quel(s) trouble(s) somatique(s) vous amènerai(en)t à suspecter un usage excessif des écrans ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Trouble(s) du sommeil
- Pathologie(s) musculo-squelettiques
- Surpoids, obésité
- Trouble de la libido
- Pathologie(s) ophtalmologique(s)
- Trouble de la circulation (**distracteur**)
- Diabète
- Pathologie(s) cardio-vasculaire(s)
- Pathologies respiratoire(s) et allergique(s) (**distracteur**)
- Pathologie(s) de la sphère ORL (**distracteur**)
- Aucune de ces situations

12.  Si vous avez répondu "Comorbidité(s) addictologique(s)", quel(s) type(s) de comorbidité(s) vous fait(font) rechercher un usage excessif des écrans ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Addiction au tabac
- Addiction à l'alcool
- Addiction au cannabis
- Addiction aux opiacés
- Addiction aux benzodiazépines
- Addiction aux drogues de synthèses
- Addictions comportementales (exemple : jeux d'argent, achats compulsifs)
- Addictions sexuelles
- Trouble du comportement alimentaire
- Aucune de ces situations

13.  Si vous avez répondu : "Comorbidité(s) psychiatrique(s)", laquelle (lesquelles) vous fait (font) rechercher un usage excessif des écrans ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Episode dépressif caractérisé
- Trouble bipolaire
- Schizophrénie
- Trouble de la personnalité
- Trouble panique
- Anxiété sociale
- Phobie spécifique
- Trouble anxieux généralisé
- Etat de stress post traumatique
- Trouble obsessionnel compulsif
- TDA/H
- Aucune de ces situations

14.  Si vous avez répondu : "*Situation sociale difficile*" laquelle (lesquelles) vous fait (font) rechercher un usage excessif des écrans ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Perte d'emploi
- Isolement
- Echec scolaire
- Problèmes financiers
- Conflits familiaux
- Condamnation judiciaire
- Aucune de ces situations

15. ☐ Dans votre pratique, vous recherchez majoritairement un usage excessif des écrans dans votre patientèle : *(Une seule réponse possible)*

- Masculine
- Féminine
- Pareillement chez les deux sexes

16. ☐ Dans votre pratique, vous concentrez votre dépistage de l'usage excessif des écrans chez l'adulte âgé de : *(Une ou plusieurs réponses possibles)*

- 18-25 ans
- 26-45 ans
- 46-60 ans
- Plus de 60 ans
- Je ne cible pas spécifiquement de catégorie d'âge

17. ☐ Dans votre pratique, vous recherchez majoritairement un usage excessif des écrans chez le patient dont la situation est : *(Une ou plusieurs réponses possibles)*

- Demandeur d'emploi (chômage)
- Travailleur (exerçant une activité professionnelle)
- Retraité
- Étudiant
- Inactive (hors retraités et étudiants)
- Je ne recherche pas d'usage excessif des écrans en fonction de la catégorie socio-professionnelle active de mes patients

18. ☐ Si vous avez répondu "Travailleur" à la question "Dans votre pratique, vous recherchez majoritairement un usage excessif des écrans dans votre patientèle dont la situation est :" Cette recherche : *(Une ou plusieurs réponses possibles)*

- Est systématique pour tout patient travailleur
- Est systématique si le patient travaille au quotidien sur les écrans
- Est systématique si le patient vous parle de télétravail
- Découle de plaintes en lien avec les écrans et que vous avez interrogées au préalable
- Répond à une plainte spontanée du patient en lien avec les écrans

19. ☐ Si vous suspectez un usage excessif d'écrans, formalisez-vous votre démarche de dépistage selon des critères standards ? *(Une ou plusieurs réponses possibles)*

- Internet Addiction Test (Questionnaire de Young)
- Problematic Internet Use Questionnaire

- Generalized Problematic Internet Use Scale-2
- Je ne formalise pas la démarche de dépistage
- Autre : *réponse libre*

20.  Si vous mettez en évidence un usage excessif d'écrans, avez-vous une démarche d'intervention brève comme vous pourriez l'avoir pour le tabac ou l'alcool ? (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

21.  Si vous avez répondu oui à la question : "Vous mettez en évidence un usage excessif d'écrans : avez-vous une démarche d'intervention brève comme pour le tabac ou l'alcool ?", combien de temps y consacrez-vous ? (*Une seule réponse possible*)

- Moins de 1 minute
- 1 minute
- 2 minutes
- 3 minutes
- 5 minutes
- Plus de 5 minutes : réponse libre

22.  Quel(s) élément(s) intégrez-vous dans cette intervention brève ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*).

- Psychoéducation sur les risques physiques
- Psychoéducation sur les risques psychiques
- Psychoéducation sur les risques addictologiques
- Psychoéducation sur les risques sociaux
- Echange avec le patient sur les recours possibles
- Entretien motivationnel
- Autre : réponse libre

23.  En cas d'usage excessif des écrans, quel(s) symptôme(s) addictologique(s) recherchez-vous ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Perte de contrôle
- Craving
- Irritabilité
- Idées suicidaires
- Asthénie
- Signes de sevrage

24.  Quand vous suspectez un trouble lié à l'usage des écrans chez un patient, quelle(s) prise(s) en charge proposez-vous ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Un suivi par vous-même
- Un traitement médicamenteux
- Une orientation vers le psychiatre et/ou l'addictologue
- Des thérapies non médicamenteuses (relaxation, sport, APA..)
- Un avis d'un centre de référence
- Une orientation CMP
- Une orientation vers le psychologue
- Une orientation vers un groupe de parole
- Vous n'envisagez pas spécialement de suivi
- Des forum d'entraide

- Des vidéos explicatives ou motivationnelles
- Autre : *réponse libre*

25. ☐ Utilisez-vous la(les) ressource(s) suivante(s) pour vous aider dans votre prise en charge de l'usage excessif des écrans ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- <https://www.addictaide.fr>

Souvent	Parfois	Jamais	Je ne connais pas ce site
---------	---------	--------	---------------------------

- <https://www.droques.gouv.fr>

Souvent	Parfois	Jamais	Je ne connais pas ce site
---------	---------	--------	---------------------------

- <https://www.respadd.org>

Souvent	Parfois	Jamais	Je ne connais pas ce site
---------	---------	--------	---------------------------

- J'utilise un (d') autre(s) site : *Réponse libre*

Partie 3 : Formation et pratique addictologique :

26. ☐ Avez-vous réalisé des formations spécifiques dans le domaine addictologique ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Non
- Diplôme Universitaire (DU)
- Formation Spécialisée Transverse (FST)
- Formation Médicale Continue (FMC)
- Formation à l'entretien motivationnel
- Autre : *réponse libre*

27. ☐ Si oui, quel(s) étai(en)t les intitulés de ces formations ?
-*Réponse libre*

28. ☐ Avez-vous une activité de consultation addictologique ? (*Une seule réponse possible*)

- Fréquente
- Moyenne
- Plutôt pas
- Pas du tout

29. ☐ Si vous avez une activité de consultation addictologique, quelle est-elle ou quelles sont-elles ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Prévention des addictions

- Sevrage tabagique et prescription de traitement de substitution nicotinique
- Sevrage alcoolique et/ou prescription de traitements addictolytiques
- Sevrage opiacés et prescription de traitement de substitution (méthadone, buprénorphine)
- Sevrage de benzodiazépines
- Sevrage de cannabinoïdes, amphétamines ou cocaïne
- Prise en charges des addictions aux jeux d'argent
- Prise en charge des addictions aux écrans
- Prise en charge des addictions sexuelles
- Autre : *réponse libre*

30. ◉ Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'exposition des adultes aux écrans au cours de votre parcours de médecin généraliste ? (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non
- Uniquement des formations portées sur l'exposition des enfants aux écrans
- Autre : *réponse libre*

31. ◉ Si vous avez répondu "Oui" à la question "Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'exposition des adultes aux écrans au cours de votre parcours ?" quelle est-elle ou quelles sont-elles ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Enseignement facultaire
- Congrès médicaux
- Formation médicale continue (FMC) numérique
- FMC présentielle
- Formation continue personnelle (DPC)
- Autre : *réponse libre*

32. ◉ Quelle(s) modalité(s) de formation complémentaire en addictologie seriez-vous susceptible d'utiliser ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

- Formation diplômante
- FMC
- DPC
- Formation en libre accès type vidéos
- Formation en libre accès type podcast
- Autre : *réponse libre*

Ouverture / conclusion :

33. ◉ Selon vous, l'absence de définition claire de l'usage excessif des écrans complique-t-elle la discussion sur ce sujet avec le patient ? (*Une seule réponse possible*)

- Absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

34. ◉ Diriez-vous que la réponse à ce questionnaire vous a permis d'avoir de nouveaux éléments concernant la prise en charge en soins primaires des patients présentant un usage excessif d'écrans ? (*Une seule réponse possible*)

- Oui

- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

35.  Avez-vous des remarques ou des commentaires sur le questionnaire que vous venez de compléter ?

Réponse libre

C'est terminé ! Merci beaucoup d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire avec vos pratiques et connaissances.

Vous trouverez ci-dessous les références de différentes ressources visant à aider à la prise en charge des patients présentant divers usages excessifs et addictions.

- Addict'aide : <https://www.addictaide.fr/>

Site internet créé par des addictologues ayant pour but d'informer et d'aider patients et professionnels dans la prise en charge des addictions. Cette ressource est soutenue par le ministère de la Santé.

Il propose des fiches concises sur les différentes addictions et notamment les écrans pour comprendre, aider à la prise en charge et répondre aux questions les plus fréquentes.

- Respadd : <https://www.respadd.org>

Le Réseau de Prévention des Addictions est une association à but non lucratif fondée par L'AP-HP et la MNH qui a pour but de sensibiliser les établissements hospitaliers à la prévention et la prise en charge des différentes pratiques addictives et des patients concernés par ces pathologies.

Il met à disposition différents articles et vidéos pour se former aux thématiques des addictions.

- OFDT : <https://www.ofdt.fr/>

Il s'agit de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, c'est une agence de l'Union Européenne. Il informe le public et les professionnels dans le domaine des drogues et des addictions.

Il propose une synthèse des connaissances pour chaque addiction avec des outils pour aider à la prise en charge accompagnée de références bibliographiques.

- CUNEA : <https://www.cunea.fr/>

Le Collège national des enseignants en addictologie promeut l'enseignement sur l'addictologie dans le domaine médical.

Il référence des formations et des cours d'addictologie, en particulier ceux du niveau 3ème cycle des études de médecines.

Si vous souhaitez recevoir le fruit de notre travail à la fin de notre soutenance vous pouvez laisser votre mail ci-dessous :

-Réponse libre

Code couleur :

QCM

QRU

Annexe II : Validation comité éthique



Comité d'Éthique CHU d'Angers

comite-ethique@chu-angers.fr

Présidente :
Aurore Armand

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Membres du Comité d'Éthique
Recherche Local restreint :
Alexis D'Escatha
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Frédéric Noublanche
Clotilde Rouge-Maillart

Membres du Comité d'Éthique :
Françoise Ballereau
Anne Barrio
Aude Baudouin-Caillaud
William Bellanger
Laurence Boivin
Mathilde Charpentier
Victor Couratier
Emmanuelle Courtillie
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Aurore Gaudin (Boudeau)
Catherine Guillaumet
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothee Laurent
Dewi Le Gal
Jérôme Maitre
Agnès Marot
Jean-Marc Mouillie
Mylène Piron
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

COMITE D'ETHIQUE

Angers, Le 15 novembre 2024

Julie PEPIN
Mathurin OGER
Dr Maria GHALI
Dr Lou MADIETA

Chers Collègues,

Le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 13/11/2024 votre étude « *Pratique des médecins généralistes auprès des patients adultes présentant un usage excessif des écrans, un état des lieux en région Pays de la Loire* », enregistrée sous le numéro **2024-204**.

Après examen des documents transmis, audition des rapporteurs et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique
Dr Aurore ARMAND
Présidente du Comité d'éthique

Pratique des médecins généralistes auprès des patients adultes présentant un usage excessif des écrans, un état des lieux en région pays de la Loire

RÉSUMÉ

Introduction : L'exposition (et la surexposition) aux écrans a une place croissante dans la société contemporaine. La littérature scientifique a mis en évidence des comorbidités somatiques, psychiatriques et addictologiques non seulement chez l'enfant, mais aussi chez l'adulte, liées à un usage excessif des écrans. Pourtant, chez l'adulte, la diversité des écrans se traduit par une fragmentation de la recherche sur des usages spécifiques et une absence de recommandations généralisables à tous les écrans. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes (MG) auprès des adultes ayant un usage excessif des écrans.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes (MG). La population étudiée était les maîtres de stage universitaires (MSU) de la région Pays de la Loire. Un questionnaire en ligne composé de 36 questions leur a été transmis, avec plusieurs relances successives, de novembre 2024 à mai 2025.

Résultats : Parmi les 131 répondants, 97,7 % ne réalisaient pas fréquemment de dépistage bien qu'ils présentent un intérêt pour le sujet. L'absence de définition claire de l'usage excessif des écrans était un frein identifié. Les MG ayant suivi une formation spécifique en addictologie semblaient être les plus sensibilisés à cette problématique. Plus de 50% déclaraient qu'ils envisageaient de rechercher un trouble de l'usage des écrans face à une plainte somatique bien que toutes les conséquences somatiques des écrans soient encore mal connues par eux. Les MG possédaient des connaissances générales dans le champ addictologique et s'en servaient pour prendre en charge l'usage excessif des écrans.

Conclusion : Une information plus importante des MG est souhaitable pour étendre aux adultes le dépistage et la prise en charge de l'usage excessif des écrans. Cette information semble passer également par une clarification de la définition et des recommandations professionnelles sur le sujet. Cette étude est une piste pour créer une approche plus globale et commune à toutes les addictions afin de faciliter cette prise en charge et la diffuser plus largement.

Mots-clés : écrans ; adulte ; médecin généraliste ; dépistage ; addictologie

General practitioners' practices in the management of excessive screen use among adults: a cross-sectional survey in the Pays de la Loire region

ABSTRACT

Introduction: Screen exposure—and overexposure—has an increasingly prominent role in contemporary society. Scientific literature has highlighted somatic, psychiatric, and addictive comorbidities related to excessive screen use, not only in children but also in adults. However, in adults, the diversity of screen types has resulted in fragmented research focusing on specific uses, with no generalized recommendations applicable across all screens. The objective of this study was to assess general practitioners' (GPs) practices regarding adults with excessive screen use.

Methods: This was a quantitative, descriptive study evaluating the professional practices of GPs. The study population consisted of university teaching supervisors (maîtres de stage universitaires, MSUs) in the Pays de la Loire region. An online questionnaire comprising 36 items was distributed between November 2024 and May 2025, with several successive reminders.

Results: Among the 131 respondents, 97.7% reported not frequently performing screening, although they expressed interest in the topic. The absence of a clear definition of excessive screen use was identified as a limiting factor. GPs with specific training in addictology appeared to be more aware of this issue. More than 50% stated they would consider investigating screen use disorders in the presence of somatic complaints, although the full range of somatic consequences remains poorly understood by them. GPs reported possessing general knowledge in the field of addictology, which they applied to the management of excessive screen use.

Conclusion: Greater awareness among GPs is needed to extend screening and management of excessive screen use to adults. Such awareness also requires clarification of the definition and the establishment of professional guidelines on this issue. This study provides a basis for developing a more comprehensive and unified approach to addictions, thereby facilitating patient management, and promoting wider dissemination of best practices.

Keywords : screen ; adults ; general practitioner ; screening ; addictology