



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

L'addiction aux jeux vidéo : repérage en médecine générale. Une étude qualitative menée dans le département du Nord.

Présentée et soutenue publiquement le 26 Septembre 2023 à 18h
au Pôle Formation
par **Jean-Baptiste DEVIENNE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Anne BENARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier SEGURET

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	10
RÉSUMÉ	11
INTRODUCTION	12
1. Le monde du jeu vidéo	12
2. Les addictions : définition et classification	12
3. Le trouble du jeu vidéo, une addiction comportementale	14
MATERIEL ET METHODE	17
1. Type d'étude	17
2. Population étudiée et recrutement	17
3. Recueil des données	18
4. Analyse des données	18
5. Aspect éthique et réglementaire	19
RÉSULTATS	20
1. Population interrogée	20
2. Un profil type de patient pour un phénomène universel	20
A. Profil des joueurs rencontrés	20
B. Un phénomène universel	21
3. La perception du trouble par les médecins généralistes	21
A. Une perception négative	21
B. Un phénomène en croissance	22
C. Une addiction aux conséquences multiples	23
i. Conséquences physiques	23
ii. Conséquences psychologiques	24

iii. Conséquences relationnelles et sociales	25
4. L'abord du sujet en médecine générale	26
A. Par l'entourage du patient	26
B. Par le médecin généraliste	26
5. Repérer, dépister : le rôle principal du médecin généraliste	27
A. Un rôle insuffisamment assuré	27
B. Les freins	28
C. Les leviers	32
6. Les autres rôles du médecin généraliste	34
A. Prévention primaire	34
B. Prévention tertiaire	35
i. Prise en charge par le médecin généraliste	35
ii. Orientation vers un confrère	37
7. Modélisation des résultats	38
DISCUSSION	39
1. Comparaisons avec les données de la littérature	39
2. Forces et limites de l'étude	40
A. Forces	40
B. Limites	41
3. Le trouble du jeu vidéo, peu repéré en médecine générale	41
4. Perspectives à l'échelle du médecin généraliste	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	53

ABRÉVIATIONS

APA : American Psychiatric Association

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

COVID : Coronavirus Disease

DES : Diplôme d'Étude Spécialisé

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DU : Diplôme Universitaire

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

GABA : Acide Gamma-Aminobutyrique

GAS : Game Addiction Scale

IGDT-10 : Ten-Item Internet Gaming Disorder Test

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

Introduction : Le jeu vidéo, désormais première industrie culturelle française devant la littérature, est un secteur en pleine croissance dont l'utilisation excessive expose au risque de trouble addictif. L'addiction aux jeux vidéo est reconnue comme maladie par l'OMS depuis son ajout dans la CIM-11 en 2019 sous le nom de "trouble du jeu vidéo" ou "gaming disorder". L'objectif de ce travail est d'étudier son repérage par les médecins généralistes, acteurs de prévention et de dépistage chez leurs patients.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes installés dans le département du Nord, recrutés jusqu'à saturation des données. Entretiens menés de Novembre 2022 à Avril 2023. Transcription et analyse thématique sur logiciel informatique Word® avec triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes connaissent les conséquences de l'addiction aux jeux vidéo et ont conscience de leur rôle, tant en prévention primaire que secondaire. Le repérage de la maladie, parfois effectué sur point d'appel clinique mais jamais de façon systématique, semble insuffisamment assuré. Les principales raisons évoquées sont le déni du patient, le manque de temps et de formation du médecin généraliste, le sujet jugé tabou, le manque d'outils de dépistage rapides, les difficultés d'accès aux soins en addictologie et le jeune âge des patients plus souvent concernés qui consultent peu leur médecin généraliste. Les pistes d'amélioration sont celles du questionnement systématique à des âges clés chez les enfants et adolescents ou à l'interrogatoire de chaque nouveau patient. Les médecins généralistes sont également intéressés par de courts questionnaires de dépistage et des formations sur le sujet. La diffusion de messages d'alerte concernant les jeux vidéo et plus largement les écrans est aussi évoquée : dans les lieux de soins, dans les médias et réseaux sociaux, etc. Enfin, l'organisation de campagnes de dépistage et d'une journée nationale dédiée à cette addiction permettraient de lever le tabou et d'améliorer la prévention faite autour de la maladie.

Conclusion : L'addiction aux jeux vidéo préoccupe les médecins généralistes qui reconnaissent peu la repérer et plus globalement ne pas être à l'aise avec le sujet. S'inspirer de ce qui existe pour d'autres addictions (tabac, alcool) en termes de prévention primaire et secondaire semble être une clé pour améliorer le repérage en médecine générale.

INTRODUCTION

1. Le monde du jeu vidéo

Apparus dans les années 1950 avec les premières bornes d'arcades, les jeux vidéo se définissent comme jeux nécessitant un dispositif informatique (ordinateur, console de jeu...) dans lequel le joueur agit sur un environnement virtuel (1). Ils n'ont cessé d'évoluer depuis leur apparition : passage du noir et blanc à la couleur dans les années 1970, passage de la 2D à la 3D dans les années 1990, contenu qui se diversifie (action, aventure, réflexion, stratégie...) sur des plateformes toujours plus nombreuses (2).

Le secteur du jeu vidéo représente depuis plusieurs années la plus grosse industrie culturelle en France, devant la littérature, la musique et le cinéma avec un chiffre d'affaires en 2022 de 5,5 milliards d'euros qui ne cesse de croître : +25 % en 5 ans, +108 % en 10 ans (3).

En 2022, 53% des Français déclarent jouer aux jeux vidéo au moins une fois par semaine, selon une étude menée par Médiamétrie (4), société française qui étudie l'usage des médias numériques et audiovisuels. La recherche de divertissement, d'évasion et de convivialité sont les principales motivations des joueurs qui s'exposent également au risque d'addiction.

2. Les addictions : définition et classification

L'addiction, ou trouble addictif, est définie par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives (5).

Parmi elles, on retrouve :

- Les addictions aux substances psychoactives : alcool, tabac, drogues, médicaments.
- Les addictions sans substances ou addictions comportementales.

Deux classifications existent pour définir ces conduites addictives (6) :

- L'Association Américaine de Psychiatrie (APA) dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Ces critères permettent de caractériser le degré de sévérité de l'addiction :

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au travers de la 10ème Classification Internationale des Maladies (CIM 10) définit la dépendance :

- Le désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive
 - Les difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation)
 - Un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
 - La mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré
 - L'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets
 - La poursuite de la consommation de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.
- 3 de ces manifestations doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année.

3. Le trouble du jeu vidéo, une addiction comportementale

On retrouve dans la littérature de nombreux comportements pouvant faire l'objet d'une addiction, parmi eux l'usage excessif des jeux de hasard et d'argent, des jeux vidéo, les achats

compulsifs, l'exercice physique, le sexe ... (8,9,10).

Ces addictions comportementales partagent des bases physiopathologiques semblables à celles des troubles liés à l'usage de substance : perturbation du système dopaminergique de la récompense et perturbation des autres systèmes de neurotransmission (GABA, glutamate, sérotonine, noradrénergique, opioïdes) (11).

En 2013, la notion d'addiction aux jeux vidéo, spécifiquement sur internet, a été introduite dans le DSM-5 sous le terme "Internet Gaming Disorder" comme dépendance nécessitant des études plus approfondies avant la reconnaissance officielle comme trouble mental (12).

En 2019, la 11ème Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS est présentée à l'Assemblée Mondiale de la Santé et entre en vigueur en janvier 2022. Elle intègre l'addiction aux jeux vidéo sous le nom de "trouble du jeu vidéo".

Le trouble du jeu vidéo, en ligne ou hors ligne, est défini par (13,14) :

- Une altération du contrôle sur le jeu (exemple : début, fréquence, intensité, durée, fin, contexte) ;
- Une priorité croissante accordée au jeu dans la mesure où le jeu prend le pas sur les autres intérêts de la vie et les activités quotidiennes ;
- La poursuite ou l'escalade du jeu malgré la survenue de conséquences négatives.

En outre, pour que ce trouble soit diagnostiqué, le comportement doit être d'une sévérité suffisante pour entraîner une altération non négligeable des activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement.

Il ne doit pas être expliqué par un autre trouble mental (épisode maniaque par exemple) ni être dû aux effets d'une substance ou d'un médicament.

Enfin, il doit se manifester clairement sur une période d'au moins 12 mois.

La prévalence de cette addiction varie selon les études : sur 27 études réalisées entre 1998 et 2016 menées dans 14 pays d'Europe, 8 pays d'Asie du Sud-Est, les Etats-Unis et l'Australie, le pourcentage moyen de prévalence est de 4,7 % (15).

Une autre méta-analyse basée sur 61 études menées jusqu'au 3 décembre 2020, comprenant 227 665 participants dans 29 pays différents, montrait une prévalence de 3,3 % (16).

Enfin, une méta analyse basée sur 53 études menées entre 2009 et 2019 dans 17 pays retrouvait une prévalence de 3,05% (17).

La variabilité de ces estimations était principalement due aux choix de l'outil de dépistage et aux méthodes d'échantillonnages.

Devant la croissance du marché du jeu vidéo et la reconnaissance récente de son utilisation excessive comme maladie par l'OMS, nous avons décidé d'étudier le repérage de ce trouble en médecine générale et d'en explorer les axes d'amélioration, le médecin généraliste étant l'un des acteurs principaux de la prévention et du dépistage chez ses patients et donc directement concerné.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons fait le choix de mener une étude qualitative afin de comprendre au mieux les opinions et pratiques de chaque participant. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de 16 médecins généralistes. L'étude a suivi la grille de critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research, annexe 1).

2. Population étudiée et recrutement

Les critères d'inclusion étaient :

- D'être médecin généraliste,
- D'être installé en cabinet libéral,
- D'être installé dans le département du Nord.

Les critères d'exclusion étaient :

- D'être médecin remplaçant,
- D'être médecin non thésé.

Les médecins généralistes répondant aux critères d'inclusion étaient sollicités par téléphone. Ils étaient informés du thème principal : l'addictologie, sans que leur soit précisée l'addiction concernée. Le panel de médecins interrogés était initialement constitué de connaissances personnelles ainsi que de l'entourage des maîtres de stage de l'enquêteur puis par les connaissances des premiers participants de l'étude.

Sur les 21 médecins sollicités, 16 ont accepté de participer à l'étude. Ceux n'ayant pas participé n'étaient pas disponibles ou n'ont pas répondu. Le nombre d'entretiens n'était pas défini au préalable. Les deux derniers entretiens ont confirmé la suffisance des données.

3. Recueil des données

Les 16 entretiens ont été réalisés de Novembre 2022 à Avril 2023 dans les cabinets de chacun des participants. Un guide d'entretien composé de 7 questions ouvertes a été préalablement élaboré (annexe 2) permettant de ne pas s'éloigner de l'objectif de l'étude tout en laissant un degré de liberté d'expression au médecin. Il a été modifié au cours de l'étude dans le but de faire préciser certaines réponses ou d'en faire émerger de nouvelles (annexe 3).

Avant le début de l'entretien, étaient recueillies des données socio-démographiques des médecins interrogés : sexe, âge, lieu d'exercice, type d'exercice, formations complémentaires.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones : sur le téléphone et sur l'ordinateur de l'enquêteur. L'ensemble des données (enregistrements des entretiens et analyses) a été stocké sur l'ordinateur personnel de l'enquêteur, verrouillé par un mot de passe.

4. Analyse des données

L'analyse des données est inspirée de la méthode par théorisation ancrée, dont l'objectif est de comprendre des phénomènes sociaux à l'aide d'une analyse ouverte puis axiale de données qualitatives (45).

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot, incluant langage verbal et non verbal, sur le logiciel de traitement de texte Word®. Le codage des données a été réalisé sur ce même logiciel : étiquetage des verbatims puis formation de catégories et sous catégories.

Afin de conserver l'anonymat des médecins interrogés, ces derniers sont désignés par un code : "M1" pour le premier médecin interrogé, "M2" pour le second et ainsi de suite.

Une triangulation des données a été réalisée avec une étudiante en médecine, interne en D.E.S de psychiatrie, dans le but de diversifier les points de vue.

5. Aspect éthique et réglementaire

Le consentement oral des médecins généralistes était recueilli lors du premier contact par téléphone. Le consentement écrit était recueilli lors de l'entretien (annexe 4). Chaque participant était libre de se retirer de l'étude à tout moment.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL. Aucun avis auprès du comité de protection des personnes n'était nécessaire.

RÉSULTATS

1. Population interrogée

16 médecins généralistes ont participé à l'étude : 8 femmes et 8 hommes, âgés de 29 à 66 ans avec une moyenne d'âge de 50,6 ans.

Leur lieu d'exercice est classé selon la grille communale de densité de l'INSEE (18) en 3 catégories : 10 médecins en communes denses, 3 médecins en communes de densité intermédiaire et 3 médecins en communes rurales.

8 médecins étaient titulaires d'un diplôme universitaire, aucun en addictologie. 5 médecins étaient titulaires d'une attestation de pédiatrie pratique.

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes et 11 secondes (annexe 5).

2. Un profil type de patient pour un phénomène universel

A. Profil des joueurs rencontrés

La plupart des médecins interrogés ont dans leur patientèle au moins un patient qui joue excessivement. Il s'agit le plus souvent d'enfants, adolescents ou jeunes adultes.

M3 : "Un ado oui, 15-16 ans"

M6 : "Plutôt population jeunes adultes"

M7 : "Les petits en salle d'attente ils sont très addicts aux écrans, c'est quand même déjà des petits jeux"

Les médecins qui s'expriment sur le critère du genre constatent une majorité d'hommes.

M7 : "Je pense que quand même, les garçons pour les jeux en ligne doivent être beaucoup plus piégés."

M9 : *“Je pense que c’est plus chez les gars.”*

M13 : *“C’est peut-être plus les garçons mais dans l’avenir on peut arriver à un équilibre je pense. Mais les garçons sont plus exposés à ça.”*

B. Un phénomène universel

Bien que l’expérience des médecins leur laisse penser que le trouble du jeu vidéo touche essentiellement les patients jeunes, ils ont conscience que cela peut concerner toutes les catégories d’âge.

M11 : *“Le jeu vidéo pour les plus jeunes et aussi les moins jeunes hein parfois on est surpris (...) j’ai un patient de 64 ans célibataire qui passe la plupart de son temps sur son ordinateur à jouer.”*

M15 : *“Je pense que ça peut arriver à tout le monde”*

Outre la diversité liée à l’âge, deux médecins soulignent la diversité sociale des joueurs.

M7 : *“Dans des familles qui bossent et font bosser leurs enfants, essaient d’avoir des bons collègues, pas forcément la ZEP”*

M15 : *“Je pense que niveau socio économique, sexe ou âge ça peut arriver à n’importe qui”*

3. La perception du trouble par les médecins généralistes

A. Une perception négative

Plusieurs médecins généralistes signalent l’importance et la problématique que représente le phénomène.

M2 : *“C’est un gros problème actuel, c’est un phénomène de société qui est épouvantable”*

M7 : *“Les jeux alors là je crois que c’est un vrai problème (...) il faudrait être plus à l’aise car c’est un phénomène incroyable”*

M16 : *“C’est inouï l’importance que ça peut prendre chez certains”*

Certains médecins décrivent leur ressenti personnel vis-à-vis des jeux vidéo pour y avoir déjà joué. D'autres en sont agacés.

M5 : *“Un gamin déjà qui vient en consultation avec sa mère, qui dit pas bonjour et qui joue sur son truc moi ça m’énerve (...) J’ai toujours détesté ces jeux”*

M11 : *“Pour avoir essayé personnellement 2-3 petites choses, c’est vrai qu’on peut être vite mordu notamment avec les jeux en ligne, même les jeux en ligne sur téléphone”*

B. Un phénomène en croissance

Des médecins assurent qu’avec le temps, la prévalence du trouble ne fera qu’augmenter.

M6 : *“A mon avis c’est un problème en puissance”*

M10 : *“Ça risque de s’aggraver”*

Certains le justifient en pointant du doigt la capacité des développeurs de jeux à multiplier leur offre.

M8 : *“Ça ne va faire qu’augmenter, les éditeurs de jeux vidéo sont assez bons et vont se débrouiller pour que cela augmente”*

M13 : *“Je pense que ça va être de plus en plus important avec la multiplication des jeux”*

M16 : *“Tout est fait pour stimuler et provoquer l’addiction quoi”*

Le confinement lors de la pandémie liée au virus COVID-19 est aussi évoqué comme cause ayant aggravé la prévalence du trouble.

M3 : *“Je pense que le confinement ça a joué (...) Beaucoup de gens se sont dit “bah finalement les relations étaient assez superficielles, j’ai pas tant besoin que ça de voir des gens.” (...) les plus vieux, les post étudiants, surtout avec le COVID, qui se sont complètement enfermés dans leur bulle”*

M10 : *“Ça risque de s’aggraver si on met tout le monde chez soi comme avec le COVID (...) et vu qu’on déshumanise les relations de plus en plus il y a un risque assez important ...”*

C. Une addiction aux conséquences multiples

De nombreuses conséquences sur la santé sont connues et citées par les médecins généralistes.

i. Conséquences physiques

- Troubles du sommeil (endormissement, réveil précoce ou tardif, inversion du rythme veille-sommeil).

M7 : *“Ça s’immisce dans le sommeil (...) les gens qui inversent le jour et la nuit ou qui n’ont plus du tout de rythme”*

M9 : *“Il était complètement dans une vie marginale, il vivait la nuit avec ses jeux (...) il avait un décalage de phase ou il ne dormait plus la nuit”*

- Asthénie.

M5 : *“Des patients qui sont fatigués, qui ne savent pas se lever le matin, etc entre autre parce qu’il font des jeux en ligne jusqu’à pas d’heures”*

M11 : *“il est souvent fatigué”*

- Troubles des conduites alimentaires et modifications du poids.

M8 : *“La perte de poids ou au contraire la boulimie parce qu'ils bouffent comme s'ils étaient au cinéma”*

M9 : *“Il mangeait n'importe quoi n'importe quand”*

- Diminution des activités sportives.

M2 : *“Il ne va plus courir dehors, il ne fait plus de sport”*

M7 : *“Ça remplace les activités sportives ...”*

- Difficultés de concentration.

M2 : *“Difficultés de suivre les cours en journée”*

M8 : *“Ils sont fatigués donc ne sont plus concentrés à l'école”*

- Céphalées.

M10 : *“Alors ça peut donner des céphalées”*

- Plus rarement sont évoqués troubles cardiovasculaires, troubles visuels, épilepsie, symptômes d'hyperexcitabilité et d'impatience.

ii. Conséquences psychologiques

- Stress.

M1 : *“Il était fatigué, stressé”*

- Anxiété.

M4 : *“De l’anxiété, des troubles relationnels avec l’entourage”*

M13 : *“Dans l’immédiat on peut parler de l’anxiété aussi”*

- Dépression.

M8 : *“Ça peut aller à la dépression”*

- Tentatives de suicide.

M14 : *“Des passages à l’acte”*

iii. Conséquences relationnelles et sociales

- Désocialisation.

M2 : *“Sur le plan social, du coup, il peut y avoir une restriction des interactions sociales réelles”*

M9 : *“Il s’est retrouvé complètement isolé. Et donc après il ne voyait plus personne”*

- Troubles relationnels (famille, couple, amis).

M4 : *“Des troubles relationnels avec l’entourage”*

M16 : *“Quand on voit les dégâts que ça peut faire sur le couple”*

- Isolement professionnel et scolaire.

M2 : *“Ça peut isoler les personnes, les isoler socialement, professionnellement”*

M8 : *“Une coupure du travail ou de l’école”*

4. L'abord du sujet en médecine générale

A. Par l'entourage du patient

La plupart des médecins interrogés indiquent que le sujet est le plus souvent abordé par l'entourage du patient, parent ou conjoint, illustrant le retentissement de la pathologie sur l'entourage.

Dans certains cas, le médecin est amené à rencontrer un membre de l'entourage seul, non accompagné du joueur.

M1 : *“Son épouse en parlait beaucoup”*

M8 : *“Son père est venu pour voir ce qu'on pouvait faire pour lui.”*

M10 : *“C'est la maman qui m'a parlé de son fils qui avait 16 ans, et c'était super compliqué”*

B. Par le médecin généraliste

Dans certaines circonstances, sur point d'appel clinique, le sujet des jeux vidéo est abordé en consultation par le médecin généraliste.

M1 : *“Dans l'interrogatoire, lorsqu'on a quelques symptômes comme les symptômes de fatigue”*

M5 : *“Il va déjà venir avec un motif qui va nous donner une perche. Et on lui dira “et par rapport aux jeux vidéo, il n'y a pas un problème ?”*

M7 : *“Quelqu'un qui ne dort pas bien, qui a des troubles du sommeil, on va tout de suite poser la question ou des gens qui niveau boulot se mettent en arrêt”*

Le sujet des jeux vidéo est même utilisé par l'un des médecins pour engager le dialogue avec l'adolescent, favorisant la relation médecin-malade.

M14 : *“Les jeux vidéo c'est un moyen d'accroche avec les ados pour moi,*

car je suis un boomer et un gamer. Et j'ai réussi à faire délier des langues avec ma petite figurine de jeux vidéo"

5. Repérer, dépister : le rôle principal du médecin généraliste

A. Un rôle insuffisamment assuré

Les médecins interrogés s'accordent à dire que le rôle du médecin généraliste est en premier lieu de dépister les joueurs excessifs.

M6 : *"En médecine générale, on peut mettre en place des outils de dépistage"*

M16 : *"D'abord le dépistage ! Soulever le problème"*

Un médecin affirme que ce dépistage de la maladie est insuffisant.

M12 : *"Il faudrait la dépister un peu plus"*

L'un d'entre eux préfère parler de repérage, qui se différencie du dépistage par l'absence d'utilisation d'un outil validé.

M8 : *"Je pense que le premier traitement de l'addiction c'est d'abord le repérage"*

Cependant, aucun médecin reconnaît rechercher de façon systématique le trouble. La plupart le font sur point d'appel.

M9 : *"Je pose pas systématiquement la question du rapport aux jeux vidéo "*

M12 : *"Quand il y a des petites choses qui mettent la puce à l'oreille là on le recherche, mais pas de façon systématique."*

B. Les freins

Le principal frein au repérage identifié par les médecins généralistes est le déni du patient qui ne consulte jamais directement pour ce motif.

M1 : *“Il ne consultait pas directement pour ça”*

M4 : *“Le patient sera dans le déni donc il ne va pas en parler ouvertement (...) je vois pas grand monde ici dans ma patientèle qui me dirait “voilà, je viens vous voir pour ce problème là”*

M11 : *“Là, c’est sa deuxième femme qui m’en parle et lui ne voit pas où est le problème alors que pourtant il a demandé à écourter les vacances de 2 jours parce qu’il y avait la sortie d’un jeu qu’il voulait acheter”*

Outre le déni du patient, le déni et l’impuissance de l’entourage sont aussi soulignés.

M7 : *“j’ai l’impression que les parents n’arrivent pas à dire non”*

M13 : *“En discutant avec les parents, les parents ne se rendaient pas compte”*

Enfin, un des médecins évoque le déni du médecin.

M5 : *“C’est le problème du métier de généraliste : on fait parfois semblant de ne pas voir. ”*

Plusieurs médecins indiquent le fait que la médecine générale est une discipline trop vaste. La problématique du manque de temps est alors abordée.

M4 : *“Nous en tant que médecin généraliste c’est pas possible, on a tellement un domaine important (...) il y a tellement de domaines, parler de tous les domaines c’est impossible aussi, ou alors on fait des consultations de ¾ d’heures”*

M7 : *“On a tellement de choses à penser, on pare au plus pressé, il y a déjà des diabétiques qui ne se soignent pas et tout ça”*

M14 : *“On a tellement de trucs à faire ... Pour chaque spécialité, quand on fait les FMC on nous dit “il faut faire ça, il faut faire ça””*

Certains confient leur difficulté à repérer le trouble du fait que le sujet soit tabou ou que l'évoquer soit perçu comme intrusif.

M2 : *“Comme toute addiction c'est un peu tabou”*

M7 : *“L'impression d'être un peu intrusive, d'aller loin dans l'exploration de ce que vivent les gens“*

M16 : *“Il y a une pudeur, une difficulté car c'est déjà un aveu de faiblesse, même si c'est dans les cabinets médicaux qu'on peut en parler facilement c'est pas une démarche très simple”*

Les médecins généralistes décrivent aussi le manque de sensibilisation et de formation sur le sujet, ne connaissant ni la définition, ni l'ampleur, ni l'existence d'outils de dépistage, en comparaison à d'autres addictions.

M4 : *“Peut-être un manque d'outils”*

M8 : *“Je suis pas capable de savoir à partir de quand on parle d'addiction réelle (...) la définition de l'addiction ça on l'a pas forcément, donc on sait pas si c'est 1h par jour, 2h par jour”*

M11 : *“Le jeu fait partie des mœurs mais l'addiction au jeu pas forcément (...) Je pense pas avoir connaissance de l'ampleur que ça a, ça je ne sais pas. L'alcool et le tabac on connaît les chiffres, ça fait tellement longtemps qu'on en parle”*

Certains éléments de la définition du trouble sont tout de même connus et cités spontanément par certains médecins, notamment la notion de jeu qui prend le pas sur les autres intérêts de la vie et les activités quotidiennes.

M5 : *“Ça t’entraîne vers le développement d’une seule compétence, celle du jeu, au détriment de tout le reste”*

M8 : *“Mais après, addiction c’est : on peut pas se passer de faire quelque chose qu’on fait tout le temps”*

M15 : *“Le fait de ne pas savoir s’en passer, le fait de confondre la réalité et le jeu, de ne pas pouvoir répondre aux besoins primaires : manger, dormir et préférer jouer.”*

Ils évoquent le fait d’avoir été sensibilisés aux écrans chez les enfants mais pas suffisamment pour les autres tranches d’âge ou pour les jeux vidéo.

M7 : *“Tout petit, donner les repères (...)... “0-3 ans 0 écran, 3-6, 9-12” mettre en garde contre tout ça.*

M9 : *“Sur les petits, on est alerté aux méfaits car on a des répercussions : comportements pseudo-autistiques, etc donc on a été alerté. Mais après chez les ados pas vraiment”*

En plus d’un manque de connaissance sur le sujet, c’est un manque de connaissance des réseaux d’addictologie qui freine les médecins à chercher ce trouble, ne sachant comment aider un patient chez qui ils dépisteraient la maladie. La problématique de l’accès aux soins en addictologie est aussi abordée.

M5 : *“C’est toujours le même problème c’est qu’il faut créer des réseaux et savoir à qui adresser. Moi je ne sais pas s’il faut envoyer au CSAPA”*

M8 : *“Les délais doivent être tellement longs”*

M10 : *“Mais orienter vers qui ?”*

Deux médecins décrivent leur difficulté à adresser leurs patients du fait de leur isolement géographique.

M4 : *“Je parlais du CSAPA, c’est quand même à Lille donc il faut y aller ...”*

M12 : *“Par ici c’est compliqué. À Lille c’est peut-être un petit peu mieux”*

L’âge des patients est fréquemment abordé comme frein au repérage car les adolescents et jeunes adultes consultent peu leur médecin généraliste.

M3 : *“Les trentenaires isolés on ne les voit pas, ne consultant pas”*

M12 : *“En général ça commence à l’adolescence et les adolescents on les voit pas beaucoup”*

M13 : *“Le problème c’est que les adolescents on les voit pas beaucoup” ; “on ne voit presque plus les jeunes adultes”*

Les adultes sont parfois isolés de leur entourage et isolés du monde du travail, limitant la possibilité d’être repérés par les services de la médecine du travail.

M3 : *“Autant le jeune ado, ses parents sont là. Mais le trentenaire il est tout seul, il vit souvent seul (...) c’est difficile car ils ne sont plus dans le milieu du travail (...) ils ne sont pas accessibles à la médecine du travail car ils ne travaillent pas”*

Enfin, plusieurs médecins évoquent comme frein le fait de ne pas y penser car ne faisant pas partie de l’interrogatoire “classique” comparé à d’autres addictions comme le tabac, l’alcool ou les drogues.

M1 : *“C’est vrai qu’on y pense pas beaucoup, ça ne fait pas partie de l’interrogatoire classique ! Quand on a un nouveau patient, on pense plus facilement à demander : est-ce que vous fumez, est-ce que vous buvez, est-ce que vous vous droguez ?”*

M12 : *“Par habitude : on a été formaté à demander s’ils fument, s’ils boivent, etc. Les jeux comme c’est “nouveau” on y pense pas forcément”*

C. Les leviers

Plusieurs propositions émergent pour améliorer le repérage du trouble par les médecins généralistes.

En premier lieu, l'ajout de la question des jeux vidéo à l'interrogatoire systématique du patient, à l'instar de ce qui est fait pour d'autres addictions comme le tabac ou l'alcool.

M1 : *“C’est vrai qu’on devrait poser la question en même temps que la cigarette (...) ça pourrait faire parti de l’interrogatoire systématique”*

M8 : *“Il faudrait que ça devienne automatique dans le dossier et que ce soit une question récurrente annuelle”*

M11 : *“Poser la question systématiquement comme pour le tabac : Est-ce que vous fumez ? Est-ce que vous avez envie d’arrêter ? Est-ce que vous jouez ? Est-ce que ça pose problème ?”*

Ils suggèrent l'idée de poser la question à des âges clés de la vie, notamment chez les jeunes de manière concomitante aux vaccins obligatoires.

M8 : *“Que ce soit introduit dans des bilans systématiques comme à 11 ans en plus des vaccins obligatoires, rajouter la question des jeux vidéo”*

M9 : *“Je pourrais rentrer une case là-dessus dans mes mémos, en plus des vaccins. Car il y a moins de motifs chez les jeunes, ils ne viennent pas pour 3 motifs en même temps”*

M15 : *“Il faudrait qu’à l’examen annuel jusqu’à l’adolescence on demande quelle est la position de l’adolescent vis-à-vis des jeux vidéo.”*

L'utilisation de questionnaires est également citée pour améliorer le dépistage.

M4 : *“Alors comment devenir plus systématique ... avoir un questionnaire !”*

M6 : *“Mettre en place des outils de dépistage. Par tranches d’âge : enfant, ado, jeune adulte. Avec des questionnaires simples de 5-6 questions”*

M14 : *“Je ne sais pas si ça existe mais les questionnaires (...) en médecine générale je pense qu’il y a que ces questionnaires de 4 questions qui vont marcher”*

L’organisation d’un dépistage à l’échelle nationale ou dans les écoles est aussi proposée.

M5 : *“Pour moi, les seules améliorations c’est effectivement dans les écoles pour un dépistage précoce”*

M8 : *“Faire une campagne nationale de repérage parents-enfants. Déjà. Peut-être insister sur le repérage précoce (...) Comme le mois sans tabac il pourrait y avoir une journée repérage”*

L’idée de faire participer activement le patient dans le dépistage est soumise par un médecin.

M8 : *“Tu peux mettre un lien sur ton logiciel de RDV type doctolib, en demandant aux patients de remplir un questionnaire pour la prochaine consultation. Et ils arrivent avec leur papier ! Je l’avais aussi fait pour la vaccination”*

Le développement de réseaux de soins de proximité pourrait pousser les médecins généralistes à chercher la pathologie.

M5 : *“Il faut créer des réseaux (...) si dans notre maison de santé un de ces 4 j’ai un professionnel qui me dit “je suis psychologue, j’adore prendre en charge les addictions, envoyez moi des patients” on a le réseau”*

M6 : *“Par contre ce qu’il faut derrière c’est du réseau d’accompagnement. Parce que tant qu’on a pas un réseau clair, c’est bien de dépister, mais nous on ne peut pas faire de l’accompagnement sur de l’addiction”*

Pour finir, les médecins généralistes déclarent qu’une meilleure formation sur le trouble les aiderait à mieux le dépister.

M7 : *“Il faudrait avoir dans nos formations une cartographie de la gravité ou l’enjeu de santé publique (...) Il faudrait qu’on nous en parle plus, venant de formations, de revues sérieuses”*

M12 : *“Connaître les conséquences de cette addiction, et puis avoir des pistes pour pouvoir les suivre et les soigner”*

6. Les autres rôles du médecin généraliste

A. Prévention primaire

Nous avons vu précédemment que les médecins estimaient avoir un rôle important à jouer dans cette maladie en prévention secondaire. Pour certains, c’est également le cas en prévention primaire visant à agir en amont de la maladie pour en réduire sa prévalence.

M2 : *“Informer déjà dès le plus jeune âge, dès les premières années de vie (...) des affiches dans les salles d’attente”*

M13 : *“En discuter avec les enfants quand on les voit ici, en discuter avec eux et leurs parents (...) sensibiliser les parents aussi, je pense que notre rôle en premier c’est la prévention (...) on essaie quand nous avons le temps (...) il faudrait qu’on travaille dans la prévention”*

Cependant, d’autres évoquent la responsabilité d’autres acteurs que les médecins pour assurer la prévention primaire : L’État, la CPAM, les médias, les développeurs de jeux.

M2 : *“Ca peut passer par des campagnes d’informations, radio, télé”*

M3 : *“Messages d’alerte sur les emballages de jeux vidéo (...) des messages d’alerte sur les réseaux sociaux”*

M13 : *“C’est peut-être aussi le devoir de l’État et de la CPAM aussi de sensibiliser la population sur le risque”*

D'autres assurent que l'enfance est une période de la vie déterminante dans la genèse du trouble et évoquent ainsi la responsabilité des parents.

M2 : *“Je pense que c'est un phénomène d'éducation donc il faut agir très jeune. Donner la notion de limite, et que l'enfant réussisse à stopper et pas justement continuer. Donc vraiment le rôle des parents est d'encadrer”*

M7 : *“J'ai l'impression que les parents n'arrivent pas à dire non ...”*

M13 : *“En discutant avec les parents, les parents ne se rendaient pas compte (...) Donc peut-être sensibiliser les parents aussi.”*

L'exposition aux écrans dès le plus jeune âge, perçue comme un facteur favorisant l'addiction aux jeux vidéo, devrait faire l'objet d'une meilleure sensibilisation du grand public.

M2 : *“Informer sur l'importance de ... de ne pas solliciter l'enfant avec des écrans (...) Ça commence par l'écran télé forcément les addictions aux jeux je pense”*

M7 : *“Je vois les petits en salle d'attente ils sont très addicts aux écrans, c'est quand même déjà des petits jeux ! (...) même mes enfants sont toujours à chercher toutes les infos sur écran, et forcément à un moment donné tu arrives sur un jeu”*

B. Prévention tertiaire

La prévention tertiaire, qui vise à agir sur les complications de la maladie et le risque de récurrence, est fréquemment évoquée par les médecins mais leurs avis divergent quant à leur rôle : certains assureraient ce rôle seul, d'autres adresseraient le patient à un confrère.

i. Prise en charge par le médecin généraliste

Pour plusieurs médecins, la première étape de la prise en charge serait la prise de

conscience du patient de sa maladie.

M1 : *“Faire prendre conscience (...) leur faire prendre conscience qu’il y a plus d’avantages à arrêter qu’à poursuivre”*

M2 : *“Savoir si c’est une gêne pour lui, comment il ressent la chose, déjà de faire verbaliser (...) déjà l’amener lui à reconnaître”*

M5 : *“La première étape de guérison c’est qu’il y ait une reconnaissance de la problématique dans la vie quotidienne”*

L’un d’entre eux évoque la possibilité de réaliser un entretien motivationnel, technique développée dans les années 1990 visant à résoudre l’ambivalence du patient face un comportement nocif (44).

M1 : *“Faire des consultations de motivation (...) des consultations de motivation comme on le fait pour l’alcool, le tabac”*

Ce même médecin parle de sevrage, estimant qu’un sevrage brutal est nécessaire dans cette pathologie.

M1 : *“Ces sevrages là, ça doit plutôt être comme l’alcool, c’est-à-dire en faisant un arrêt brutal”*

Enfin, la recherche de co-addictions est évoquée.

M4 : *“Est-ce qu’il y avait d’autres addictions autour”*

ii. Orientation vers un confrère

Pour d'autres, la prise en charge de la maladie n'est pas du ressort du médecin généraliste. La nécessité de se former en addictologie pour assurer la prise en charge est évoquée.

M6 : *"Il faut se former, et sans formation c'est compliqué."*

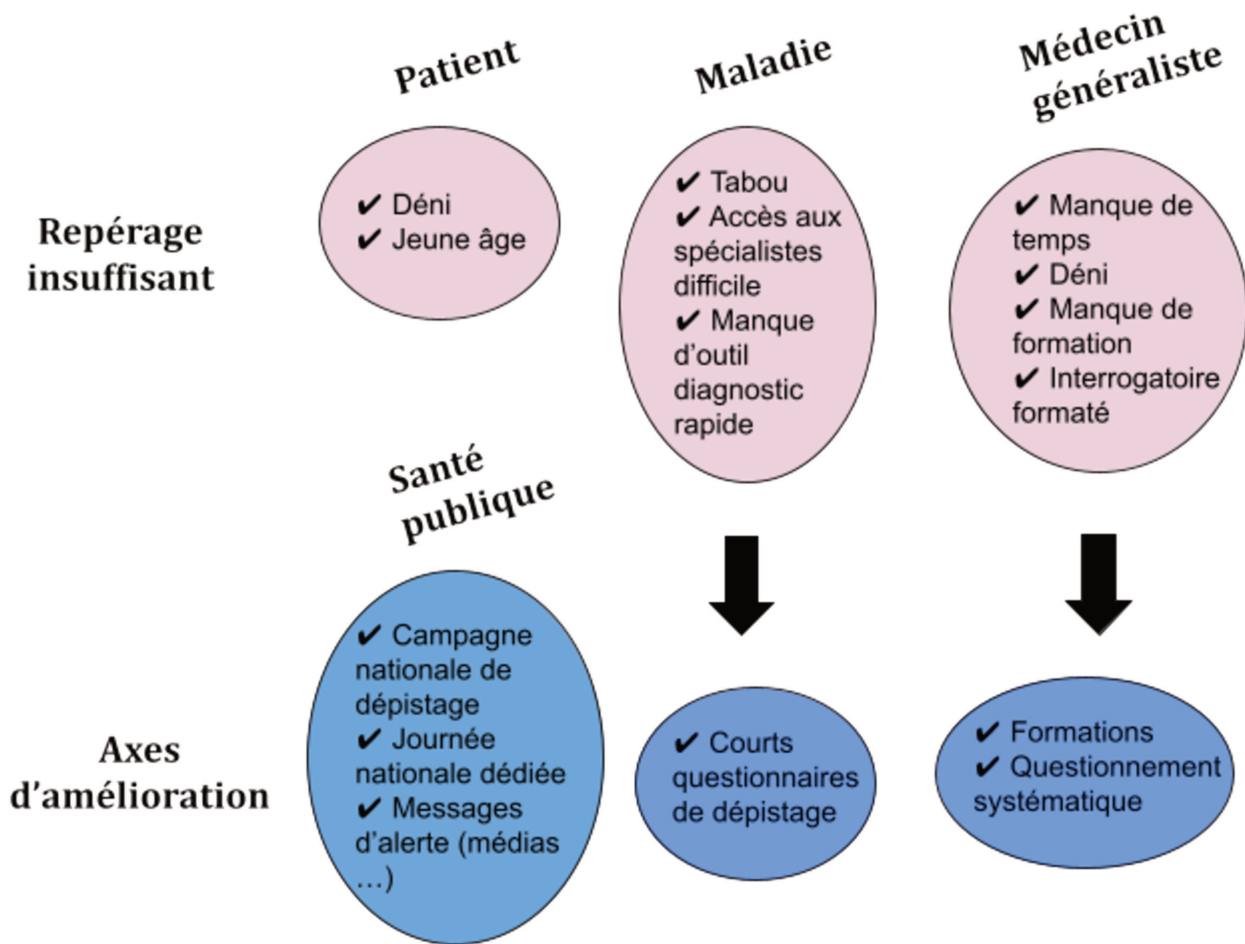
Leur réflexe est alors d'adresser le patient à un confrère psychiatre, addictologue, en Centre Médico-Psychologique (CMP), en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) ou à un psychologue.

M4 : *"J'essaierais d'envoyer vers un addictologue ou vers le CMP"*

M10 : *"C'est certain que je l'orienterais vers un CMP ou un CMPP quoi. Au moins je rentrerais en contact avec eux pour savoir s'ils le font"*

M12 : *"Je suivrais mais je passerais vite le relai (...) plutôt psychologue, psychiatre et du coup le plus accessible ça reste le CMP"*

7. Modélisation des résultats



DISCUSSION

1. Comparaisons avec les données de la littérature

Concernant les critères socio-démographiques du trouble du jeu vidéo, les médecins interrogés suggèrent une prévalence plus forte chez les adolescents et jeunes adultes ainsi que chez les hommes. Ces hypothèses sont décrites dans de nombreuses études menées à travers le monde ayant étudié le trouble du jeu vidéo en ligne : les garçons sont jusqu'à 10 fois plus dépendants aux jeux vidéo que les filles selon les études menées chez des adolescents allemands, indiens ou chinois (19,20,24). Les adolescents et jeunes adultes sont plus touchés par cette addiction (22,23) comme le montre une étude réalisée aux Pays-Bas chez les 14-81 ans (21).

Les conséquences physiques, psychologiques, sociales et relationnelles du trouble décrites dans la littérature sont largement citées par les médecins questionnés (13). En effet, la pratique excessive des jeux vidéo est associée à des niveaux plus élevés de stress chez des adolescents saoudiens (26). Toujours pour la même tranche d'âge, en Allemagne, sont retrouvés un nombre plus important de pensées suicidaires, un absentéisme plus élevé, une hausse de l'agressivité, une baisse des résultats scolaires, une réduction du temps de sommeil et une diminution de la sociabilité (19,27). Dans une étude menée auprès d'adolescents libanais, on note une détérioration de la mémoire et de l'attention (25). Chez l'adulte, les études montrent des niveaux plus élevés de troubles dépressifs et anxieux (28,29).

Une prise en charge bio-psycho-sociale est souvent proposée par les services d'addictologie, associant prise en charge médicale, psychothérapeutique, et accompagnement social et familial (30).

L'alliance thérapeutique est essentielle : la demande de soins émanant le plus souvent de l'entourage du joueur plus que du joueur lui-même. Il est important que la famille puisse s'exprimer, notamment sur ses difficultés à faire face à la situation. Des prises en charge de type « thérapie familiale » ont ainsi montré leur intérêt dans la prise en charge de l'addiction aux jeux vidéo (44). La participation à des groupes d'entraide peut aussi faire partie de la prise en charge (30).

2. Forces et limites de l'étude

A. Forces

La diversité des médecins est l'une des forces de l'étude : la parité homme/femme est respectée et les lieux d'exercices sont variés. Aussi, l'âge moyen des participants de 50,6 ans est proche de la moyenne d'âge des médecins français (51 ans selon la DRESS) et des médecins du Nord (52 ans) (33,46). Dans une étude qualitative, l'objectif n'est pas d'obtenir un échantillon strictement caractéristique de la population mais plutôt un échantillon utile à l'exploration du sujet étudié (31,32).

La triangulation des données permettant d'obtenir différents points de vue ainsi que le recrutement de médecins jusqu'à saturation des données ont permis de renforcer la validité de l'étude.

Enfin, les médecins généralistes ignoraient le sujet de la thèse jusqu'au début de l'entretien et ont été interrogés individuellement, permettant de s'affranchir d'un biais de conformité.

B. Limites

Il s'agissait de la première étude menée par l'investigateur. Le manque d'expérience s'est traduit par un manque de fluence notamment lors des premiers entretiens. Au moment de l'analyse des résultats, l'enquêteur peut se faire influencer par ses propres idées, risquant d'induire un biais d'interprétation, certes limité par la triangulation des données.

Durant l'entretien, était demandé aux médecins si figurait dans leur patientèle un patient addict aux jeux vidéo et - le cas échéant - de raconter la situation, exposant à un biais de mémoire.

Par ailleurs, 3 des 16 médecins interrogés étaient connus de l'investigateur. Le risque étant que ces connaissances personnelles n'expriment pas leurs propres opinions mais celles que l'investigateur souhaite entendre.

3. Le trouble du jeu vidéo, peu repéré en médecine générale

L'objectif principal de l'étude consistait à analyser le repérage de l'addiction aux jeux vidéo par les médecins généralistes.

Les médecins généralistes interrogés ont conscience de leur rôle dans le repérage du trouble mais reconnaissent le faire insuffisamment. Certains le font sur point d'appel clinique, essentiellement asthénie, troubles du sommeil, troubles de concentration.

Les principales raisons évoquées pour justifier ce faible repérage sont :

- Le déni du patient, qui ne parle jamais spontanément de son addiction et dont la demande émane le plus souvent de l'entourage.

Minimiser ou considérer que le trouble n'existe pas va favoriser l'installation du trouble addictif et la poursuite de celui-ci, le déni étant un élément quasi inhérent à toute

addiction comme le décrivait la psychologue Noémie Capart au travers d'un article paru en 2016 sur le silence de l'addict (34).

- Le jeune âge des patients concernés, que les médecins généralistes voient peu dans leur cabinet, ce que confirment les études sur le sujet qui montrent que les adolescents et adultes jeunes consultent moins leur médecin généraliste que le reste de la population (35).
- La pluralité des domaines d'action du médecin généraliste et le manque de temps pour effectuer ce repérage : 72 % des médecins estiment manquer de temps pour accomplir leur travail selon les résultats du sondage "baromètre Santé 360" réalisé par Odoxa (36), le résultat étant rigoureusement inverse pour les autres catégories de français (71 %).
- Le manque de sensibilisation et de connaissance sur le sujet et les possibilités d'adressage.
- En lien avec la maladie : sujet tabou, difficulté d'accès aux soins spécialisés en addictologie et manque d'outils diagnostiques. Sur ce dernier point, l'utilisation d'un questionnaire de dépistage, le plus court possible, était fréquemment évoqué, comme existent les questionnaires FACE en 5 questions pour l'addiction à l'alcool et le test de Fagerström en 6 questions pour l'addiction au tabac (39).

Pour les jeux vidéo, existent à ce jour les questionnaires GAS (Game Addiction Scale) ou échelle de Lemmens, en 7 questions, validés en français pour l'évaluation de l'addiction aux jeux vidéo sur internet chez l'adolescent (annexe 6) (39,40) ainsi que l'IGDT-10 (Ten Item internet Gaming Disorder) en 10 questions validé pour évaluer l'IGD tel que proposé par le DSM5 (41). Un questionnaire plus récent, le GAMES Test (42) évalue le trouble du jeu vidéo tel que décrit par l'OMS. Il comporte 9 questions et a été développé et validé chez les moins de 30 ans au Japon avec une sensibilité et une spécificité de 98% ainsi qu'une valeur prédictive positive dans l'échantillon de 91%.

Ces différents questionnaires ne semblent pas connus des médecins généralistes.

4. Perspectives à l'échelle du médecin généraliste

Plusieurs propositions sont émises pour améliorer le repérage de cette addiction à l'échelle du médecin généraliste. Plusieurs s'inspirent de ce qui existe pour repérer d'autres addictions comme celles au tabac ou à l'alcool. Les principales sont les suivantes :

- Le questionnement systématique à l'interrogatoire. L'idée est de cibler les enfants à certains âges de la vie, soit de manière concomitante aux vaccins, soit à chacune des 20 consultations systématiques de l'enfant recommandées par l'Assurance Maladie (37). Cette proposition va dans le sens d'une mesure récente du Ministère de la Santé d'instaurer 3 consultations gratuites aux âges clés de la vie adulte : 25, 45, 65 ans ; la consultation à 25 ans ayant pour objectif de faire le point sur les vaccinations, l'activité physique, les difficultés en lien avec le début de la vie professionnelle et les possibles addictions (38).

Le questionnement systématique serait aussi valable pour chaque nouveau patient rencontré en médecine générale. Cela contribuerait à élargir l'interrogatoire aux addictions comportementales et pas seulement aux addictions avec substances, l'interrogatoire tel qu'apparis pendant les études de médecine étant jugé trop formaté et restrictif.

- L'utilisation de questionnaires de dépistage est largement citée mais ces derniers sont peu connus des médecins généralistes. Ceux cités précédemment ne sont pas validés en français, semblent trop longs à mener pour les médecins généralistes ou ne concernent pas le trouble du jeu vidéo tel que défini par l'OMS. Il pourrait être pertinent de développer pour ce trouble un questionnaire rapide de dépistage en langue française.

- Enrichir les connaissances sur le sujet via des formations. Les médecins inscrits à l'Ordre étant soumis à une obligation triennale de développement professionnel continu (47), il semblerait intéressant de favoriser les échanges entre les services d'addictologie et les organismes de formation médicale continue pour favoriser la formation sur ces nouvelles addictions.
- Agir en prévention primaire autour de l'exposition aux écrans est fréquemment évoqué pour améliorer le repérage de la maladie par la suite. Il s'agit ainsi d'évoquer avec les parents des règles existantes autour de l'exposition aux écrans comme la règle des "3, 6, 9, 12 ans" développée par le psychiatre français Serge Tisseron (annexe 7) relayée depuis par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. En ce sens, une loi visant à prévenir les risques liés aux écrans est en cours d'examen au Sénat (48) : développement d'une plateforme numérique d'information à l'attention des parents, formation spécifique des professionnels de santé du secteur médico-social et des enseignants du 1er degré, messages de prévention sur les emballages de portables, d'ordinateurs, de tablettes etc ... À l'étranger, la Société Canadienne de Pédiatrie recommande d'éviter les écrans avant 2 ans, d'y consacrer maximum 1 heure par jour entre 2 et 4 ans et 2 heures par jour entre 5 et 17 ans. L'Académie Américaine de Pédiatrie soutient des idées assez similaires (49). Ces limites de temps passées devant les écrans pourraient être communiquées aux parents comme aux enfants.

CONCLUSION

La notion d'addiction aux jeux vidéo est récente puisque l'OMS l'a intégrée en 2019 dans la CIM-11 sous le nom de "trouble du jeu vidéo", plaçant le médecin généraliste au centre du repérage. C'est au travers d'une étude qualitative menée dans le département du Nord que nous avons analysé le repérage de ce trouble par les médecins généralistes.

Malgré une conscience de l'ampleur du phénomène et une bonne connaissance de ses répercussions sur la santé, le repérage de la maladie par les médecins généralistes semble insuffisant. Les résultats laissent à penser que certains médecins la détectent en présence de symptômes mais qu'ils ne cherchent pas de manière assez systématique l'existence du trouble.

Les freins identifiés à ce repérage sont multiples. Ils sont, d'une part, liés au patient : déni de la maladie et rareté des consultations des adolescents et jeunes adultes.

D'autre part, ils sont en lien avec la discipline médecine générale, peu formatrice sur le sujet et décrite comme trop vaste pour que chaque maladie soit dépistée.

Par ailleurs, les freins propres à la maladie sont le manque d'outils diagnostiques rapides, le sujet jugé tabou et les difficultés d'accès aux soins en centre spécialisé en addictologie.

Les médecins généralistes émettent des propositions pour améliorer ce repérage comme le questionnement systématique à des âges clés ou pour chaque nouveau patient ainsi que l'utilisation de courts questionnaires de dépistage. Intensifier la formation sur le sujet permettrait également un meilleur dépistage.

Des actions de santé publique comme celles déjà menées pour d'autres addictions pourraient également favoriser le repérage de la maladie : affiches dans les lieux de soins, messages sur les réseaux sociaux, dans les médias et sur les emballages de jeux vidéo, journée nationale dédiée à cette addiction, campagnes nationales de dépistage dans les écoles.

La mise en évidence de ces éléments ouvre de nouvelles opportunités en matière de repérage

et de dépistage. À l'avenir, des travaux pourraient expérimenter un dépistage systématique en cabinet de médecine générale ainsi que le développement de courts questionnaires diagnostiques répondant aux critères du trouble du jeu vidéo tel que défini par l'OMS.

BIBLIOGRAPHIE

1. BADA N. Définition | Jeux vidéo | Futura Tech [Internet]. Futura. [cité 2 avr 2023].
Disponible sur:
<https://www.futura-sciences.com/tech/definitions/technologie-jeux-video-19987/>
2. Une brève histoire du jeu vidéo [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.grandpalais.fr/fr/une-breve-histoire-du-jeu-video>
3. Syndicat des Éditeurs de Logiciels de Loisirs [Internet]. [cité 17 août 2023]. L'industrie.
Disponible sur: <https://www.sell.fr/lindustrie>
4. Les français et le jeu vidéo en 2022 (étude SELL / Médiamétrie) [Internet]. AFJV. 2022 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
https://www.afjv.com/news/11037_etude-francais-jeux-video-2022.html
5. Addictions - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 20 avr 2023].
Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
6. Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
7. Derevensky JL, Hayman V, Lynette Gilbeau. Behavioral Addictions: Excessive Gambling, Gaming, Internet, and Smartphone Use Among Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2019 Dec;66(6):1163-1182
8. Jorgenson AG, Hsiao RC, Yen CF. Internet Addiction and Other Behavioral Addictions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016 Jul;25(3):509-20
9. Weinstein A, Weinstein Y. Exercise addiction- diagnosis, bio-psychological mechanisms and treatment issues. *Curr Pharm Des.* 2014;20(25):4062-9
10. Nesper K, Scheansová A. [Shopping as problem: shopping addiction]. *Cas Lek Cesk.* 2010;149(9):429-31.

11. Addictions · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 20 avr 2023].
Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
12. Petry NM, Rehbein F, Ko CH, O'Brien CP. Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Sep;17(9):72
13. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 20 avr 2023].
Disponible sur:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1448597234>
14. Trouble du jeu vidéo [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/gaming-disorder>
15. Feng W, Ramo DE, Chan SR, Bourgeois JA. Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998-2016. *Addict Behav.* déc 2017;75:17-24.
16. Kim HS, Son G, Roh EB, Ahn WY, Kim J, Shin SH, et al. Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. *Addict Behav.* mars 2022;126:107183.
17. Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021 Jun;55(6):553-568
18. La grille communale de densité | Insee [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
19. Rehbein F, Kleimann M, Mössle T. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2010 Jun;13(3):269-77
20. Wang CW, Chan CL, Mak KK, Ho SY, Wong PW, Ho RT. Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:874648

21. Haagsma MC, Pieterse ME, Peters O. The prevalence of problematic video gamers in the Netherlands. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2012 Mar;15(3):162-8
22. Griffiths MD, Davies MN, Chappell D. Demographic factors and playing variables in online computer gaming. *Cyberpsychol Behav*. 2004 Aug;7(4):479-87
23. Saunders, John B, Wei Hao, Jiang Long, Daniel L. King, Karl Mann, et al. "Trouble du jeu : sa définition en tant que condition importante pour le diagnostic, la gestion et la prévention", *Journal of Behavioral Addictions* 6, 3 (2017) : 271-279
24. Singh YM, Prakash J, Chatterjee K, Khadka B, Shah A, Chauhan VS. Prevalence and risk factors associated with Internet gaming disorder: A cross-sectional study. *Ind Psychiatry J*. 2021 Oct;30(Suppl 1):S172-S177
25. Farchakh Y, Haddad C, Sacre H, Obeid S, Salameh P, Hallit S. Video gaming addiction and its association with memory, attention and learning skills in Lebanese children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020 Dec 12;14(1):46
26. Rajab AM, Zaghloul MS, Enabi S, Rajab TM, Al-Khani AM, Basalah A, Alchalati SW, Enabi J, Aljundi S, Billah SMB, Saquib J, AlMazrou A, Saquib N. Gaming addiction and perceived stress among Saudi adolescents. *Addict Behav Rep*. 2020 Feb 4;11:100261
27. Festl R, Scharnow M, Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*. 2013 Mar;108(3):592-9.
28. Kuss, Daria J, et Mark D. Griffiths. « La dépendance aux jeux vidéo sur internet : une revue systématique des recherches empiriques disponibles dans la littérature », *Adolescence*, vol. 301, no. 1, 2012, pp. 17-49.
29. Bonnaire C, Baptista D. Internet gaming disorder in male and female young adults: The role of alexithymia, depression, anxiety and gaming type. *Psychiatry Res*. 2019 Feb;272:521-530

30. IFAC I. Le jeu vidéo pathologique [Internet]. IFAC. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
<https://ifac-addictions.chu-nantes.fr/le-jeu-video-pathologique>
31. Échantillonnage [Internet]. TDR Implementation research toolkit. [cité 20 avr 2023].
Disponible sur:
<https://adphealth.org/irtoolkit/fr/methodes-de-recherche-et-gestion-des-donnees/echantillonnage.html>
32. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils -
Échantillonnage en recherche qualitative [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur:
https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Echantil_qualit.html
33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins [En ligne]. [cité 20 avr 2023]. Disponible :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf
34. Capart N. Le silence de l'« addict ». Research in Psychoanalysis. 2016;22(2):200a-8a.
35. Nombre de visites chez le généraliste par âge France 2013 [Internet]. Statista. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur:
<https://fr.statista.com/statistiques/538310/frequence-anuelle-de-consultation-medecin-generaliste-france-par-age/>
36. Baromètre santé 360° : L'humain dans la santé [Internet]. Odoxa. [cité 6 mai 2023].
Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-lhumain-sante/>
37. Examens de suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [cité 6 mai 2023].
Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/examens-de-suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent>

38. Des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie [Internet].
Gouvernement.fr. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.gouvernement.fr/actualite/des-consultations-medicales-gratuites-aux-trois-ages-cles-de-la-vie>
39. Repérage précoce - OFDT [Internet]. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur:
<https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/reperage-precoce/>
40. Sophie G, Agnès B, Vincent B, François C. French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents . *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 2014, 64,
41. Király O, Slezcka P, Pontes HM, Urbán R, Griffiths MD, Demetrovics Z. Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addict Behav.* 2017 Jan;64:253-260.
42. Higuchi S, Osaki Y, Kinjo A, Mihara S, Maezono M, et al. "Développement et validation d'un test de dépistage court en neuf points pour le trouble du jeu CIM-11 (test GAMES) et estimation de la prévalence dans la population générale jeune", *Journal of Behavioral Addictions* 10, 2 (2021): 263-280
43. Fond G, Ducasse D, Attal J, Larue A, Macgregor A, Brittner M & Capdevielle D. (2012). Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien. *PSN*, 10, 51-62.
44. Bonnaire C. Thérapie familiale multidimensionnelle : conceptualisation du cas en termes de facteurs de risque et de facteurs protecteurs. Illustration clinique de son utilisation chez les joueurs problématiques de jeux vidéo. *Thérapie Familiale*. 2016;37(4):387-406.
45. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire / [Internet]. *Global média santé*; 2021. Disponible sur:
<https://login.ezproxy.univ-catholille.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat03843a&AN=ucl.482139&lang=fr&site=eds-live&scope=site>

46. Pénurie de médecins : le Département agit ! [Internet]. [cité 18 juin 2023]. Disponible sur:
<https://info.lenord.fr/penurie-de-medecins--le-departement-agit->
47. Se former tout au long de sa carrière [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 21 juin 2023]. Disponible sur:
<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
48. Exposition des enfants aux écrans [Internet]. Sénat. [cité 14 août 2023]. Disponible sur:
<https://www.senat.fr/leg/ppl22-399.html>
49. Les écrans et les jeux vidéo [Internet]. MILDECA. [cité 14 août 2023]. Disponible sur:
<https://www.drogues.gouv.fr/les-ecrans-et-les-jeux-video>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille méthodologique COREQ – Traduction française

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Jean-Baptiste Devienne	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Interne en D.E.S de médecine générale	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Première étude qualitative menée par le chercheur	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. 3 participants sur 16 connus par l'enquêteur	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne en médecine générale réalisant sa thèse de fin d'études	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne en médecine	Caractéristiques de	Quelles caractéristiques

générale réalisant sa thèse de fin d'études	l'enquêteur	ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse inspirée de la méthode par théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10. Connaissance personnelles et effet "boule de neige"	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif
11. Téléphone (SMS et appel)	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 16 participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?
13. 5 personnes n'ont pas répondu à la sollicitation de participer à l'étude	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons? Contexte

14. Cabinet des médecins interrogés	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, formations complémentaires, type et lieu d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17. Entretiens menés à l'aide d'un guide d'entretien, non testé au préalable mais discuté avec internes et médecins généralistes au sein d'un groupe d'échanges à la faculté	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Entre 8 et 29 minutes. 16 minutes en moyenne.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien

		de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui, suffisance des données atteinte au bout de 16 entretiens	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats Analyse des données		
24. Deux personnes	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Thèmes déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Word®	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui Citation anonymisées numérotées de M1 à M16	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données	Y avait-il une cohérence

	et des résultats	entre les données présentées et les résultats?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 2 : Questionnaire d'entretien initial

Introduction = présentation du thème : les addictions, sans préciser laquelle. Rappel de l'anonymat.

1) Données sociodémographiques :

- Quel âge avez-vous ?
- Exercez-vous en milieu rural, semi-rural, urbain ? Dans quelle ville/village exercez-vous ?
- Exercez vous dans un cabinet seul ? en groupe ?
- Avez vous bénéficié de formations complémentaires en addictologie ?

2) Qu'est ce qui selon vous peut faire l'objet d'une addiction ?

Relance : Hormis le tabac, l'alcool, les drogues et les médicaments, qu'est ce qui pourrait faire l'objet d'un trouble addictif ?

Avez-vous déjà entendu parler d'addiction comportementale ou addiction "sans drogue" ?

3) Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté à l'addiction aux jeux vidéo chez un de vos patients ?

Si oui : pouvez-vous me raconter la situation ? Comment l'avez-vous pris en charge ? Si non : Pensez-vous avoir des patients addicts aux jeux vidéo dans votre patientèle ? Comment les prendriez vous en charge ?

4) Selon vous, quels impacts sur la santé peut avoir l'utilisation des jeux vidéo ?

Conséquences positives ? Conséquences négatives ?

5) Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans l'addiction aux jeux vidéo ?

Les médecins généralistes ont-ils un rôle dans le dépistage ?

Les médecins généralistes ont-ils un rôle dans la prise en charge ?

6) Quels freins identifiez-vous au repérage de cette addiction en cabinet de médecine générale ?

7) Quels seraient les leviers / moyens d'action possibles pour améliorer ce repérage ?

Annexe 3 : Questionnaire d'entretien modifié

Introduction = présentation du thème : les addictions, sans préciser laquelle. Rappel de l'anonymat.

1) Données sociodémographiques :

- Exercez-vous en milieu rural, semi-rural, urbain ? Dans quelle ville/village exercez-vous ?
- Exercez vous dans un cabinet seul ? en groupe ?
- Quel âge avez-vous ? Depuis combien d'années êtes vous installé ?
- Avez-vous bénéficié de formations complémentaires ? en addictologie ?

2) Qu'est ce qui selon vous peut faire l'objet d'une addiction ?

Relance : Hormis le tabac, l'alcool, les drogues et les médicaments, qu'est ce qui pourrait faire l'objet d'un trouble addictif ?

Avez-vous déjà entendu parler d'addiction comportementale ou addiction "sans drogue" ?

3) Dans votre pratique, avez-vous déjà été confronté à l'addiction aux jeux vidéo chez un de vos patients ?

Si oui : pouvez-vous me raconter la situation ? Comment l'avez-vous pris en charge ? Si non : Pensez-vous avoir des patients addicts aux jeux vidéo dans votre patientèle ? Comment les prendriez vous en charge ?

4) Selon vous, quels impacts sur la santé peut avoir l'utilisation des jeux vidéo ?

Conséquences positives ? Conséquences négatives ?

5) Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans l'addiction aux jeux vidéo ?

Les médecins généralistes ont-ils un rôle dans le dépistage ?

Les médecins généralistes ont-ils un rôle dans la prise en charge ?

6) D'abord est-ce que l'addiction aux jeu vidéo est quelque chose que vous recherchez chez vos patients ?

Quels freins identifiez-vous au repérage de cette addiction en cabinet de médecine générale / Pourquoi les MG ne dépistent pas assez cette addiction ?

7) Quels seraient les leviers / moyens d'action possibles pour améliorer ce repérage ?

8) Avez vous des choses à ajouter sur ce sujet, sur cette addiction ou sur une autre addiction ?

Annexe 4 : Consentement écrit de participation à l'étude

L'addiction aux jeux vidéo : Repérage en médecine générale. Une étude qualitative menée dans le département du Nord.

Je, soussigné(e) Mme/Mr _____ consens à participer à l'étude, à l'enregistrement audio / visio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien mené par Jean-Baptiste Devienne.

Date : _____

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre consentement. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».

Si vous acceptez que vos données soient utilisées pour cette étude, merci de retourner ce coupon à l'adresse ci-contre

L'addiction aux jeux vidéo : repérage en médecine générale. Une étude qualitative menée dans le département du Nord.

Ce document sera remis à la personne interrogée

Annexe 5 : Population interrogée

Médecin	Genre	Âge	Type d'exercice	Lieu d'exercice	D.U / Formations complémentaires	Durée d'entretien
M1	Masculin	61	Groupe	Commune dense	D.U de médecine tropicale Attestation de pédiatrie pratique	8 min 46
M2	Féminin	40	Maison de santé pluri-disciplinaire	Commune dense		11 min 45
M3	Féminin	66	Seul	Commune dense		20 min 34
M4	Masculin	41	Groupe	Commune dense		11 min 03
M5	Masculin	61	Maison de santé pluri-disciplinaire	Commune de densité intermédiaire	D.U de gériatrie-gérontologie Attestation de pédiatrie pratique	14 min 17
M6	Féminin	45	Maison de santé pluri-disciplinaire	Commune de densité intermédiaire		10 min 34
M7	Féminin	58	Groupe	Commune dense	D.U troubles des apprentissages Attestation de pédiatrie pratique	21 min 20
M8	Masculin	59	Seul	Commune rurale	D.U mésothérapie D.U coordinateur de soins en gérontologie	18 min 12
M9	Féminin	50	Seul	Commune dense	D.U de pédiatrie D.U troubles métaboliques de l'adulte	29 min 42
M10	Masculin	57	Seul	Commune dense	D.U de génétique, D.U pathologie neuromusculaire	13 min 11

M11	Masculin	47	Seul	Commune dense	D.U gériatrie, Attestation de pédiatrie pratique	20 min 38
M12	Féminin	29	Groupe	Commune rurale		11 min 36
M13	Féminin	56	Maison de santé pluri-disciplinaire	Commune dense	Attestation de pédiatrie Homéopathie	12 min 01
M14	Masculin	42	Groupe	Commune dense		11 min 22
M15	Féminin	35	Groupe	Commune de densité intermédiaire		14 min 26
M16	Masculin	63	Groupe	Commune rurale	D.U Nutrition et médecine du sport	29 min 29

Annexe 6 : Game Addiction Scale (GAS), dite échelle de Lemmens

Réponses possibles pour chaque question : jamais, presque jamais, parfois, souvent, très souvent

- avez-vous pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ?
- avez-vous passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ?
- avez-vous joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie / la vie réelle ?
- est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire votre temps de jeu ?
- vous êtes-vous senti(e) mal lorsque vous étiez incapable de jouer ?
- vous êtes-vous disputé(e) avec d'autres (famille, amis) à propos de votre temps passé à jouer aux jeux vidéo ?
- avez-vous négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer aux jeux vidéo ?

On présume d'un niveau d'usage problématique de jeux vidéo voire d'une addiction chez les adolescents joueurs (jouant à des jeux vidéo) qui répondent « parfois », « souvent » ou « très souvent » à au moins quatre de ces questions.

Apprivoiser les écrans et grandir

3 - 6 - 9 - 12

À tout âge, choisissons ensemble les programmes, limitons le temps d'écran, invitons les enfants à parler de ce qu'ils ont vu ou fait, encourageons leurs créations.



Avant 3 ans
L'enfant a besoin de découvrir avec vous ses sensorialités, et ses repères

Jouez, parlez, arrêtez la télé



De 3 à 6 ans
L'enfant a besoin de découvrir ses dons sensoriels et manuels

Limitez les écrans, partagez-les, parlez-en en famille



De 6 à 9 ans
L'enfant a besoin de découvrir les règles du jeu social

Créez avec les écrans, expliquez-lui Internet



De 9 à 12 ans
L'enfant a besoin d'explorer la complexité du monde

Apprenez-lui à se protéger et à protéger ses échanges



Après 12 ans
Il s'affranchit de plus en plus des repères familiaux

Restez disponibles, il a encore besoin de vous !

3 - 6 - 9 - 12, des écrans adaptés à chaque âge

De 3 à 6 ans	De 6 à 9 ans	De 9 à 12 ans	Après 12 ans
<p>Avant 3 ans</p> <p>Jouer avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.</p> <p>Je préfère les histoires lues ensemble, les comptines et les jeux partagés aux écrans.</p> <p>La télévision allumée nuit aux apprentissages de votre enfant même s'il ne la regarde pas.</p> <p>Jamais de télé dans la chambre.</p> <p>Les outils numériques, c'est toujours accompagné pour le seul plaisir de jouer ensemble.</p>	<p>De 3 à 6 ans</p> <p>Je fixe des règles claires sur le temps d'écran.</p> <p>Je respecte les âges indiqués pour les programmes.</p> <p>La tablette, la télévision et l'ordinateur, c'est dans le salon, pas dans la chambre.</p> <p>Je paramètre la console de jeux.</p> <p>J'intéresse les outils numériques pendant le repas et avant le sommeil.</p> <p>Je ne les utilise jamais pour calmer mon enfant.</p> <p>Jouer à plusieurs, c'est mieux que seul.</p>	<p>De 6 à 9 ans</p> <p>Je fixe des règles claires sur le temps d'écran, et je parle avec lui de ce qu'il y voit et fait.</p> <p>La tablette, la télévision et l'ordinateur, c'est dans le salon, pas dans la chambre.</p> <p>Je paramètre la console de jeux.</p> <p>Je parle du droit à l'intimité, du droit de ce qu'il y voit et fait.</p> <p>Je rappelle les 3 principes d'Internet :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tout ce que l'on y met peut tomber dans le domaine public ; 2) Tout ce que l'on y met y restera éternellement ; 3) Il ne faut pas croire tout ce que l'on y trouve. 	<p>Après 12 ans</p> <p>Mon enfant « surfe » seul sur la toile, mais je fixe avec lui des horaires à respecter.</p> <p>Nous parlons ensemble du téléchargement, des plagats, de la pornographie et du harcèlement.</p> <p>La nuit, nous coupons le WIFI et nous éloignons les mobiles.</p> <p>Je refuse d'être son « ami » sur les réseaux sociaux.</p>

Diffusions cette affiche.
C'est tous ensemble que nous modifierons notre relation aux écrans.
Rejoignez nous sur <http://3-6-9-12.org>

« J'ai imaginé en 2008 les repères « 3-6-9-12 » comme une façon de répondre aux questions les plus pressantes des parents et des pédagogues. » Serge Tisseron 3-6-9-12. Apprivoiser les écrans et grandir, Ecl. érès

AUTEUR : Nom : DEVIENNE

Prénom : Jean-Baptiste

Date de soutenance : 26 Septembre 2023

Titre de la thèse : L'addiction aux jeux vidéo : repérage en médecine générale. Une étude qualitative menée dans le département du Nord.

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Dépistage, Prévention, Jeux vidéo, Addiction, Médecine Générale

Résumé

Introduction : Le jeu vidéo, désormais première industrie culturelle française devant la littérature, est un secteur en pleine croissance dont l'utilisation excessive expose au risque de trouble addictif. L'addiction aux jeux vidéo est reconnue comme maladie par l'OMS depuis son ajout dans la CIM-11 en 2019 sous le nom de "trouble du jeu vidéo" ou "gaming disorder". L'objectif de ce travail est d'étudier son repérage par les médecins généralistes, acteurs de prévention et de dépistage chez leurs patients.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes installés dans le département du Nord, recrutés jusqu'à suffisance des données. Entretiens menés de Novembre 2022 à Avril 2023. Transcription et analyse thématique sur logiciel informatique Word® avec triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes connaissent les conséquences de l'addiction aux jeux vidéo et ont conscience de leur rôle, tant en prévention primaire que secondaire. Le repérage de la maladie, parfois effectué sur point d'appel clinique mais jamais de façon systématique, semble insuffisamment assuré. Les principales raisons évoquées sont le déni du patient, le manque de temps et de formation du médecin généraliste, le sujet jugé tabou, le manque d'outils de dépistage rapides, les difficultés d'accès aux soins en addictologie et le jeune âge des patients plus souvent concernés qui consultent peu leur médecin généraliste. Les pistes d'amélioration sont celles du questionnement systématique à des âges clés chez les enfants et adolescents ou à l'interrogatoire de chaque nouveau patient. Les médecins généralistes sont également intéressés par de courts questionnaires de dépistage et des formations sur le sujet. La diffusion de messages d'alerte concernant les jeux vidéo et plus largement les écrans est aussi évoquée : dans les lieux de soins, dans les médias et réseaux sociaux, etc. Enfin, l'organisation de campagnes de dépistage et d'une journée nationale dédiée à cette addiction permettraient de lever le tabou et d'améliorer la prévention faite autour de la maladie.

Conclusion : L'addiction aux jeux vidéo préoccupe les médecins généralistes qui reconnaissent peu la repérer et plus globalement ne pas être à l'aise avec le sujet. S'inspirer de ce qui existe pour d'autres addictions (tabac, alcool) en termes de prévention primaire et secondaire semble être une clé pour améliorer le repérage en médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs : Docteur Maurice PONCHANT et Docteur Anne BENARD

Directeur de thèse : Docteur Olivier SEGURET