



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
le 10, octobre, 2024 à Poitiers
par **Monsieur Mickaël MONDISSA**

Le trouble du jeu vidéo, représentations et pratiques des médecins généralistes du département
de la Vienne : étude qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur associé Pascal AUDIER

Monsieur le Docteur Marc BESNIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Robert PAVLOVIC

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2024 – 2025

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique (*retraite 01/04/2025*)
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses (*en disponibilité 2 ans à/c 01/08/2024*)
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- VENDEUVRE Tanguy, chirurgie orthopédique et traumatologique
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ALLOUCHERY Marion, pharmacologie clinique
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique (*en mission jusqu'au 31/03/2025*)
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DAVID Romain, médecine physique et de réadaptation
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie (*en mission 1 an à/c du 25/10/2024*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LARID Guillaume, rhumatologie
- LIUU Evelyne, gériatrie – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MOSBAH Hélène, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)

- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- BENATRU Isabelle, neurologie
- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation
- LE MOAL Gwenaël, maladies infectieuses et tropicales

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaèle
- JEDAT Vincent
- LUCHESE PILLET Virginie

Enseignant contractuel sur chaire professeur junior

- MELIS Nicolas, biologie cellulaire et moléculaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)

- CARSUZAA Florent, oto-Rhino-Laryngologie
- RAULT Christophe, physiologie

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie (08/2026)
- NEAU Jean-Philippe, neurologie (08/2027)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique (08/2027)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2026)
- RICHER Jean-Pierre, anatomie (08/2029)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)

- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- AUPY Thomas, toxicologie

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FORTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel, vous me faites l'honneur de présider et juger cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur associé Pascal Audier, merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous remercie également pour le temps consacré à la lecture de ce travail.

A Monsieur le Docteur Marc Besnier, je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse et de l'intérêt porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur Pavlovic Robert, mon directeur de thèse. Je vous remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir été présent. Je n'oublierai pas non plus les connaissances que vous m'avez apporté lors de ma formation à votre cabinet.

Aux 10 médecins ayant participé à l'étude, je vous remercie pour votre réactivité et pour le temps qui m'a été accordé.

Je remercie bien évidemment ma sœur, mes parents sans qui je ne serai pas là aujourd'hui, penser à eux m'a permis de garder le cap. Merci d'être présent. Merci également aux autres membres de ma famille, on se revoit bientôt.

Je remercie le Docteur Marie Guillemot-Lequipe, rencontrée en niveau 1 et également ma tutrice, pour sa bienveillance, sa patience, et pour m'avoir accompagné durant mon internat.

Je remercie l'équipe des urgences de Châtelleraut, de pédiatrie au CHU de Poitiers, de L'HAD de Poitiers, de la PMI de Jaunay-Marigny, et du cabinet de Vivonne, avec qui j'ai beaucoup appris et passé de bons moments.

Je remercie également les médecins, les secrétaires, l'IDE asalée du cabinet de Châtelleraut, qui m'ont accompagné durant mon SASPAS et également durant mes remplacements. Ces années on été sympathiques.

Je remercie également mes amis de Poitiers, les plus anciens, comme les nouveaux, avec qui j'ai pu reproduire les ambiances locales et également passer des moments inoubliables.

Je remercie mes amis de la réunion, certains rencontrés tôt durant ma vie, d'autres plus tard, on se retrouvera assez vite. Une pensée particulière pour ceux de « zoreiland », même si on se voit peut, il y aura toujours une pensée a un moment ou un autre.

Abréviations

SELL : Syndicat des Editeurs de Logiciels et Loisirs

OMS : l'Organisation Mondiale de la Santé

CIM : Classification internationale des maladies

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

CSAPA : centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SCM : société civile de moyens

GAS : Game Addiction Scale

IGD – 20: Internet Gaming Disorder-20

COREQ: consolidated criteria for reporting qualitative

Sommaire

I. Introduction

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude
2. Population étudiée et recrutement
3. Guide d'entretien
4. Recueil des données
5. Analyse des données
6. Aspect éthique et réglementaire

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée
2. Représentations des médecins généralistes
3. Prises en charges envisageables concernant le trouble
4. Freins et difficultés ressenties par les médecins généralistes
5. Pistes d'amélioration afin d'optimiser la pratique
6. La relation médecin malade, un atout.

IV. Discussion

1. Résultats principaux de l'étude
 - a. Modèle explicatif
 - b. Objectif principal
 - i. Le trouble du jeu vidéo, à la fois cause et conséquence d'un dysfonctionnement
 - ii. Prise en charge en médecine générale
 - iii. Freins à la prise en charge
 - c. Objectif secondaire
 - i. Améliorer l'acquisition de connaissance par les patients
 - ii. Pistes d'amélioration de la pratique médicale
2. Comparaison avec la littérature
 - a. Identification des situations à risque et des conséquences
 - b. Outils de dépistage et thérapeutiques
3. Forces et limites de l'étude
4. Perspectives

V. Conclusion

VI. Bibliographie

VII. Annexes

VIII. Résumé

IX. Serment d'Hippocrate

I. Introduction

Il y a aujourd'hui un ancrage du jeu vidéo dans la vie quotidienne des Français. Il s'agit d'un secteur en expansion avec un chiffre d'affaires en France en 2020 jugé à 5,3 milliards d'euros (1). Selon une étude du Syndicat des Editeurs de Logiciels et Loisirs (SELL) menée par Médiamétrie réalisée de juin à juillet 2023, 54% de la population joue régulièrement soit au moins une fois par semaine, dont 93% des enfants de 10 à 14 ans et 89% des Français âgés de 15 à 24 ans. Les plateformes sont multiples : console de salon, ordinateur, mais les jeux sur smartphone sont les plus joués(2). L'utilisation reste majoritairement récréative et raisonnée, il y a cependant possibilité de développer une addiction.

En effet, le trouble du jeu vidéo, ou addiction au jeu vidéo est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un comportement lié à la pratique des jeux vidéo qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu. On peut retrouver une définition de ce trouble dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) depuis mai 2019 (3).

Pour établir un diagnostic de l'addiction, deux listes de critères sont utilisés, on peut les retrouver dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) et la CIM-11 (4), leur contenu est disponible en annexe 1 et 2.

C'est un trouble qui concerne toute la population, avec une prévalence globale moyenne estimée à 4,7% il y a quelques années, selon une méta-analyse regroupant des études de 1998 à 2016 (5). Aujourd'hui, nous pouvons noter une prévalence groupée estimée à 6,7% en 2024 (6), et une étude Chinoise montre une prévalence estimée chez les adolescents Chinois à 2,27% (7). On retrouve quand même des variations concernant les prévalences, dépendantes des tests utilisés, et de la provenance des populations étudiées.

Il y a actuellement une multiplicité de supports de jeu, à savoir les consoles, ordinateurs et surtout les téléphones. Un rapport de l'INSEE montre la croissance de l'implantation de l'ordinateur et du téléphone portable dans les foyers de 2004 à 2019 (8). Associé à cela, il y a également l'impact imprévu de la pandémie COVID-19 qui a entraîné une majoration de cette prévalence, favorisée par l'isolement et la réduction du champ d'activité disponible (9).

Le nombre de personne étant dépendant aux jeux vidéo est en croissance, tout comme l'industrie du jeu vidéo elle-même. Nous pouvons supposer que nous y serons de plus en plus confrontés dans notre pratique, et de façon plus régulière. De plus si le nombre de dépendant est en augmentation, c'est que nous n'arrivons pas à le freiner. Le médecin généraliste reste le professionnel étant actuellement au centre du parcours de soin : il a donc une mission de coordination du suivi médical et d'orientation (10).

Le médecin généraliste reste le médecin de 1^{er} recours, avec un rôle central de dépistage et de prévention.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer les pratiques des médecins généralistes du département de la Vienne concernant le trouble du jeu vidéo et les difficultés rencontrées dans sa prévention, son dépistage et sa prise en charge. L'objectif secondaire est d'identifier des pistes d'optimisation de leur pratique.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée afin de comprendre les représentations et pratique de chaque participant.

2. Population étudiée et recrutement

Etaient inclus des médecins généralistes installés en cabinet libéral, dans le département de la Vienne. Ont été exclus les remplaçants, les internes, les spécialistes.

Les médecins généralistes étaient sollicités par mail, en présentiel, ou par téléphone via leur secrétariat. Certains participants recrutés étaient des médecins connus de l'enquêteur à la suite de stage universitaire et de remplacement. Un échantillonnage en boule de neige a été réalisé.

Ils étaient informés du thème principal à savoir l'addiction, sans précision préalable concernant l'addiction étudiée.

3. Guide d'entretien

Un guide d'entretien était élaboré pour l'étude et est disponible en annexe 3.

4. Recueil des données

Il était réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés, structuré grâce au guide d'entretien. Les entretiens se déroulaient au sein du cabinet des médecins recrutés en présentiel, sur rendez-vous. Les données concernant l'âge, la date d'installation, le mode d'exercice et les formations complémentaires éventuelles étaient recueillies en début d'entretien, avant enregistrement. Les enregistrements étaient réalisés avec un dictaphone puis retranscrits

intégralement avec le logiciel Microsoft Word®. Les verbatims étaient anonymisés et renommés de N01 à N10. Chaque participant était libre de se retirer de l'étude à tout moment. Le recueil était mené jusqu'à saturation des données et confirmation de celle-ci.

5. Analyse des données

Après retranscription, une analyse ouverte puis axiale des données était réalisée, progressivement après chaque nouvel entretien par l'enquêteur. L'étiquetage initial et la catégorisation ont été réalisés avec le logiciel Nvivo 14®.

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif étaient réalisées avec le logiciel Microsoft Word®.

6. Aspect éthique et réglementaire

Lors du premier contact, un consentement oral était recueilli, et confirmé lors de l'entretien avec un consentement écrit, disponible en annexe 4.

Le délégué à la protection des données de l'Université de Médecine et Pharmacie et de Poitiers était contacté concernant l'étude, celle-ci concernant les pratiques de professionnels de santé, il n'a pas été nécessaire un passage comité d'éthique et le protocole proposé par celui-ci a été respecté.

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

Dix médecins généralistes ont participé à l'étude, 5 hommes et 5 femmes avec une moyenne d'âge de 39,1 ans. 4 médecins sont situés en milieu urbain, 4 en semi-rural et 2 en rural. La durée moyenne des entretiens est de 20,53 minutes, le plus court a duré 11min22s et le plus long 53min50s. La saturation des données a été atteinte au 7^{ème} entretien.

Participants	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Formation complémentaire	Date d'installation	Mode d'exercice	Durée d'entretien
N01	58	Homme	Semi-rural	Capacité médecine d'urgence / DIU d'ostéopathie médicale	01/01/1997	Cabinet de groupe : SISA	15min14s
N02	31	Femme	Urbain		01/01/2023	Cabinet de groupe : SISA	12min53s
N03	47	Homme	Semi-rural		30/03/2024	Cabinet de groupe : SCM	14min59s
N04	60	Femme	Urbain	Médecine du sport	03/10/1997	Cabinet de groupe : SISA	53min50s
N05	36	Homme	Urbain	Expertise d'aptitude à la conduite	05/2019	Cabinet de groupe : SISA	15min56s
N06	33	Femme	Rural	Formation entretien motivationnel	02/01/2024	Cabinet de groupe : SCM	11min22s
N07	38	Femme	Rural		04/07/2017	Cabinet de groupe : SCM	20min29s
N08	36	Homme	Urbain		10/2022	Cabinet de groupe : SCM	18min24s
N09	53	Homme	Semi-rural	Du santé et développement de l'enfant / Attestation de formation en éducation thérapeutique des patients	06/12/2004	Cabinet de groupe : SISA	18min10s
N10	35	Femme	Semi-rural	DU pédagogie médicale / Formation en éducation thérapeutique des patients.	03/09/2018	Cabinet de groupe : SCM	24min03s

Tableau 1 – Caractéristiques des participants.

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires ; SCM : société civile de moyens.

2. Représentations des médecins généralistes

Le jeu vidéo est vu comme un domaine attractif et en croissance. En effet, nous sommes de plus en plus exposés, et exposés de plus en plus jeune, avec des supports de plus en plus variés et performants.

N02 : « Et encore une fois pour le enfin là, actuellement j'ai l'impression que les enfants ont des téléphones portables très tôt. Qui... Et voilà. Et du coup, c'est surtout le fait que tout est... Enfin,

l'informatique, tout ça s'est fortement développé au cours des dernières années, donc j'ai l'impression que ça va... ça va se majorer et donc ça peut potentiellement favoriser l'addiction.»

N04 : « C'est vrai que quand je vois les jeunes, les enfants sont de plus en plus jeunes à avoir des téléphones. Dès qu'ils rentrent en 6^{ème} ils ont leur téléphone, hein ? Tu le vois ça dans les petits patients hein ? Je sais pas comment les gens peuvent repartir en arrière »

N08 : « Maintenant tout le monde a accès aux jeux vidéo hein, même sur le téléphone ou autre si on veut passer 8 h par jour, voilà »

Le parallèle est souvent fait avec les écrans par les praticiens, son utilisation étant nécessaire pour jouer.

N05 : « Et, et quand je vois que c'est compliqué, je creuse un peu plus. Et quand les parents sont là, ben c'est les jeux vidéo, enfin il fait trop d'écran. Ça part de là en général, la suspicion. »

N07 : « Mais alors pas forcément d'addiction, mais en tout cas de passage de temps devant les écrans assez importants. »

Certains médecins expliquent l'accès à ces outils numérique à la fois par un désir d'appartenance au groupe, pour ne pas être marginalisé, et une banalisation de l'impact de la surexposition.

N01 : « ça s'est très démocratisé les écrans, donc on a un accès aux écrans, un accès aux abonnements, un accès à tout. Donc maintenant les enfants, ils enfin les enfants, les ados, même les adultes. »

N03 : « tous ses copains faisaient comme ça, donc pour lui, c'était, c'était quelque chose de normal et il disait qu'il pouvait s'en passer du jour au lendemain, quoi. »

N06 : « Parce que on a commencé à plus y avoir accès à partir d'une certaine génération et que plus tu progresses dans les générations, plus c'est quelque chose qui se banalise, ça va être de plus en plus prépondérant. »

Un des médecins suspecteraient les développeurs d'élaborer des stratégies entraînant une captation de notre attention et notre maintien sur le jeu.

N08 : « Après c'est vrai que les développeurs vont chercher à ce qu'on achète leurs produits, à ce qu'on joue, donc ils vont chercher à la fois à avoir des produits de qualité, mais à la fois

avoir maintenir le côté addictif des choses. Mais il y a des recettes hein pour l'addiction qui sont bien connues. Justement tout à l'heure, je parlais du circuit de la récompense. Il faut qu'il y ait une récompense très régulière. »

Cette addiction est perçue comme plus présente chez les adolescents, notamment les garçons, mais concernerait quand même tous les âges.

N04 : « Voir les profils, ça pourrait être intéressant. Mais souvent peut être plus les garçons ».

N06 : « Pour moi, un problème chez les jeunes, même si c'est des gens, tu peux avoir des gens de 30 ans, 40 ans, qui en ont. »

N08 : « Ça arrive oui c'est surtout avec les ados, mais je sais qu'il y a pas que les ados qui sont concernés. Après, comme je disais tout à l'heure, c'est pas forcément que des jeunes hein. J'en ai, j'en ai un il a 70 ans, il est addict, il passe sa journée à jouer aux jeux de foot. »

Trois des médecins ont quand même évoqué des points positifs lié à un usage raisonné et réfléchi de l'utilisation du jeu vidéo. Il pourrait éventuellement être un facteur de sociabilisation chez les jeunes isolés.

N04 : « On dirait un jeu en ce moment que je suis depuis 6 mois dessus. Ça s'appelle pro des mots. C'est sur des mots, j'adore les mots. Ben j'ai l'impression que ça me stimule le cerveau quoi. »

N04 : « Ils ont des jeux chacun de leur de leur côté mais c'est des jeux en ligne effectivement ils jouent avec des... ils ont des potes virtuels quoi. Mais il se rencontrent des fois. Genre comme quoi des fois ça peut comme déboucher sur des amitiés quand même.

N06 : « Bah pour les gens en soit, ceux qui se sociabilisent pas du tout ça leur permet quand même d'avoir un lien social. »

Le danger apparaît lorsque l'usage n'est plus contrôlé et raisonné, avec selon eux une multiplicité des conséquences. Il pourrait il y avoir des conséquences physiques, avec une favorisation de la sédentarité.

N01 : « Et ben sur les écrans, la première conséquence c'est la sédentarisation, hein, la sédentarisation, avec l'apparition de syndromes métaboliques. »

N04 : « Oui, oui, mais souvent ces jeunes-là, ce n'est pas ceux qui font plus de sport. Enfin jeune ou pas jeunes. »

Il peut également y avoir l'apparition de modifications du comportement alimentaire, dans les deux sens, pouvant donc entraîner soit de la dénutrition, soit du surpoids et de l'obésité.

N07 : « Un peu, enfin, j'allais dire rachitique, mais enfin pas forcément. Un peu amaigri ou le contraire parce qu'après ils peuvent manger en même temps aussi. »

N09 : « On sait que la plupart du temps, c'est soit dans un sens, soit dans l'autre, soit ils s'alimentent très peu ou très mal, mais très peu. Et il va plutôt être en perte de poids, en dénutrition, en manque de vitamine D. Soit t'as effectivement le développement d'obésité à cause de la sédentarité, consommation de boissons sucrées en illimité, voir boisson sucrée énergisante.

Les médecins évoquent également l'existence de troubles du sommeil associés.

N02 : « Parce que du coup je les interroge souvent sur le sommeil, les enfants notamment. Et je m'aperçois que souvent le sommeil est un petit peu décalé au niveau de l'endormissement. Quand je leur demande ce qu'ils font juste avant de dormir. Bah il y a un temps d'écran la plupart du temps. »

N10 : « Avec des gros problèmes d'insomnie et il a eu une grosse latence d'endormissement là, qui pouvait atteindre 2 à 3H. »

Deux des médecins évoquent l'apparition de trouble ostéoarticulaire et des phanères.

N04 : « Tu sais on voit de plus en plus, ça te fait rigoler des tendinites des pouces. Je les vois des fois débouler en début de semaine qui ont passé tout un weekend « tic tic tic tic », à cliquer avec les pouces »

N08 : « il passe sa journée à jouer aux jeux de foot. À tel point qu'il s'est fait des escarres au coude, des escarres avec ostéite. »

Ensuite ils ont tous évoqués des conséquences sur la vie sociale, avec une désocialisation, un isolement.

N03 : « Après il y a tout ce qui est partie sociale aussi hein. Être enfermé dans sa bulle dans un jeu vidéo, le gamin il sort plus il va, plus il fait plus il joue plus dehors. »

N09 « Et tout simplement parce qu'en fait, il vit enfermé dans sa chambre depuis 3 ans, chez sa mère. »

Ont été évoqués également des conséquences psychologiques, avec une apparition de trouble du comportement, et une modification de la psyché du patient.

N01 : « Et ça se présente sous la forme d'une apathie, d'une démotivation, et aussi ben les troubles de l'attention, troubles de l'attention, troubles de la concentration. »

N05 : « Un peu, peut-être un peu plus refermé sur lui-même. Un peu plus prostré. Un peu plus compliqué à sortir les infos. »

N10 : « Les troubles du comportement, les troubles de l'attention, justement des symptômes du spectre autistique qui peuvent être en fait des enfants qui sont trop sur les écrans. »

Ces modifications pourraient entraîner par la suite l'apparition de pathologies psychiatrique, comme les syndromes dépressifs, ou même d'autres addictions.

N06 : « Mais heu, mais il y a quand même beaucoup d'impact je pense au niveau du moral aussi, au niveau des troubles anxieux, des troubles dépressifs et compagnie. Puis après du coup, il risque d'avoir plusieurs addictions en même temps. »

Deux médecins alertent également sur l'utilisation des jeux violents, qui pourraient favoriser chez les jeunes à risque l'agressivité et la violence, et même une déréalisation avec la reproduction d'acte barbare dans le monde réel.

N04 : « C'est facile le jeu vidéo, t'as la mitraillette, tu tues tout le monde hein, ça va vite hein. Et j'ai l'impression, tu vois que ça, ça perturbe le cerveau de certains qui ont l'impression que la vie c'est un jeu vidéo. »

N10 : « Je pense qu'il peut y en avoir qui évoluent dans la violence, parce que s'ils jouent à des jeux violents et peut être qu'ils peuvent être avoir une déréalisation, une déconnexion de la vie réelle »

L'addiction peut également être un frein à la réussite, chez les adolescents et les jeunes adulte. Leur temps de jeu prenant le pas sur leur temps de travail.

N03 : « c'est vrai que ses résultats scolaires puis en pâtissaient un petit peu, parce que c'est vrai que du coup il était plus accaparé par ses jeux vidéo que par l'école. »

N05 : « Il y avait, il y avait des mauvaises notes en fait, donc ils ont creusé. Et puis il a fini par avouer. »

Certains profils sont considérés comme moins à risque. En effet avoir une bonne hygiène de vie, avec des multiples centres d'intérêt et un entourage familial encadrant aurait tendance à diminuer le risque.

N04 : « Donc je pense que quand on a une activité professionnelle, ça va diminuer le temps d'exposition aux écrans. Toi, tu joues. J'ai un fils qui joue, un gendre qui joue. Mais ils ont des créneaux bien précis, c'est à dire que ça n'empiète pas sur leur vie. Voilà. »

N04 : « chez les lycéens ou les collégiens il y a le regard des parents peut-être quand même pour freiner tout ça. »

N06 : « tu peux avoir des gens de 30 ans, 40 ans, qui en ont mais qui ont une utilisation peut être limitée à cause de leur cadre de vie. Ils ont pas forcément l'ordinateur partout. »

Cet entourage aurait également un autre rôle, celui de faire le lien entre le patient et le soignant. Plusieurs médecins ont évoqué le fait que dans la situation vécue, c'est majoritairement l'entourage qui a tenu le rôle de lanceur d'alerte.

N01 : « la plupart des consultations heu, elles ont été motivées par l'entourage du patient. »

N04 : « C'est je pense à un jeune. C'est sa mère qui m'en parle régulièrement, mais lui je ne le vois jamais il ne veut pas consulter. »

N06 : « J'avoue que je n'y penserai pas forcément de façon systématique, ça viendrait peut-être plus chez les jeunes s'il y a les parents avec qui disent que les que le temps devant les jeux est un petit peu compliqué ou autre. »

A contrario, il existe des facteur favorisant l'addiction, lié au patient ou à son environnement. L'isolement qui est considéré comme une conséquence, est également vu comme un facteur favorisant important, et les cause de cet isolement sont multiples. On retrouve des situations de harcèlement scolaire, de conflit familial, de situation familiale complexe.

N02 : « Bah la sédentarité, le, la précarité. Les parents, encore une fois. Les camarades de classe, le contexte. »

N04 : « Oui c'est un mal être. Un jeune, bon il y a 20 ans maintenant, 20, 22 ans, il a perdu son papa, il avait 10 12 ans à peu près je crois, et les relations avec sa maman c'est un peu compliqué et conflictuelles, donc tu vois c'est plus effectivement une conséquence »

N10 : « Un parent seul dans une situation socioculturel, peut-être plus, plus fragile et donc peut être avec moins de connaissance des risques, voilà, je dirais, ça va pas aider. »

N10 : « Puis il reproduit aussi des schémas familiaux parce que son père était beaucoup sur les jeux vidéo, et il a beaucoup joué avec lui. »

Devant ces situations complexes le jeu vidéo est vu comme un exutoire, un moyen d'échapper à la réalité.

N01 : « dans le contexte de séparation familiale ou de conflit conjugal, et cetera, on a souvent des enfants qui se replient sur les jeux vidéo »

N06 : « D'autres addictions après, t'as les gens qui ont des phobies scolaires qui se concentrent aussi sur le jeu. Dans le harcèlement aussi, en fait, tu te protèges, tu vis dans un monde à part. »

N09 : « cette addiction, qui répondait en fait à un syndrome dépressif important, suite à une rupture sentimentale. Il s'était complètement enfermé dans les jeux. »

Le jeu vidéo peut également est un moyen d'échapper à l'ennui, devant une stimulation insuffisante, et une absence d'autres activité.

N02 : « Alors je sais pas s'il y a, si il y a un lien, mais, j'ai l'impression que les familles que je vois plus précaires font pas forcément d'activité physique, partent pas en vacances, font pas de des choses manuelles, des choses comme ça et finalement ils sont sur les écrans. »

N04 : « C'est une occupation, donc en fait les parents, seraient peut-être contents parce qu'il y a cette occupation-là et du coup ils ne s'ennuie pas l'enfant. »

Les médecins interrogés évoquent des similitudes entre le processus d'addiction aux jeux vidéo, et les addictions aux substances.

N08 : « Après il y a quand même des caractéristiques communes avec les autres addictions. »

N10 : « Oui, c'est pas exactement pareil parce que les médicaments il y a en plus un mécanisme chimique en fonction des récepteurs qui sont sollicités, mais d'autres mécanismes d'entrée dans l'addiction et de maintien dans l'addiction vont être relativement similaires. »

En effet, selon les médecins ce qui va donc définir l'addiction, c'est la notion de répétition associée à une absence de régulation ni par le patient, ni par son entourage, aboutissant à une dépendance.

N05 : « Les addictions c'est, c'est une attirance, avec une envie irréprensible de faire tel ou tel acte en fonction de de la nature de ton addiction. »

N06 : « Le fait de ne pas pouvoir se passer d'une substance ou d'une autre activité, ou de tout ça, et que ça devienne, que ça devienne un besoin et que tu puisses pas t'en passer. On va dire ça comme ça, simple. »

N08 : « Comportement, difficilement répressible que l'on peut avoir vis-à-vis d'activités ou de, heu de pratique, de consommation qui chimiquement, vont stimuler le circuit de la récompense. Et que du coup, la personne va faire de façon répétée, avec une perte de contrôle partielle au moins. Qui donne à la fois du plaisir lorsque la personne le fait, mais à la fois qui peut avoir des conséquences néfastes pour la santé physique et, ou mentale. »

N09 : « Donc effectivement l'addiction peut être comportemental donc. Elle peut être pour certaines habitudes desquelles on ne peut pas se passer. »

N10 : « Une emprise vis-à-vis d'une substance ou d'un comportement. »

Les différences entre enfants, adolescents et adultes ont également été abordées, et différents aspects sont exposés. L'adulte serait plus conscient des conséquences de la surexposition au jeu vidéo, il est également plus mature, ce qui facilite l'échange et la compréhension de notre discours.

N04 : « Puis déjà faire prendre conscience à un ado qu'il faut un petit peu sortir de chez soi, c'est compliqué hein. Je trouve qu'on a plus de facilité sur un adulte, hein. Peut-être, peut-être. »

N05 : « Je pense que c'est plus facile avec un adulte. Parce qu'il est peut-être plus à même de comprendre le retentissement de de son addiction sur sa vie quotidienne. Un enfant lui, il comprendra pas que les jeux vidéo puissent avoir un impact sur ces sa scolarité, alors qu'un adulte si, si, si on arrive à mettre le doigt dans l'engrenage et montrer que il y a une

désinsertion sociale, que il y a de l'absentéisme professionnel. Tu peux utiliser ces arguments pour, pour lui faire prendre conscience de sa maladie. »

N07 : « les adultes pourraient avoir quand même un peu plus conscience du temps d'écran qui passe ou, ou des complications, ce genre de choses. Donc ce serait peut-être plus facile de de parler et d'avancer avec les adultes qu'avec les adolescents. »

N08 : « Et puis... Après en soi, Les adolescents sont souvent un peu plus difficiles à saisir quand même que, que les personnes adultes. »

Associée et cette absence de conscience, l'adolescence est considérée comme une étape à risque, car il y aurait un risque d'ancrage d'habitudes se répercutant à l'âge adulte, due à une autorégulation qui serait amoindrie. Il est aussi plus difficile d'évaluer les rapports sociaux de l'adolescent.

N07 : « En tout cas les ados ont plus accès au téléphone et donc accès aux jeux vidéo de téléphone ou d'ordinateur, voilà. Et puis c'est peut-être cette période qui serait la plus à risque de déclencher des conséquences plus importantes pour la suite. »

N07 : « Après le côté addictif bah les adolescents sont quand même plus, plus sensibles je pense à créer une addiction. Donc oui, il y en aura certainement de plus en plus, ouais. »

N08 : « Par contre, au niveau des adolescents, la souffrance est beaucoup plus difficile à évaluer. Les liens sociaux qui peut avoir à l'école et compagnie sont plus difficiles à évaluer, et du coup, les liens sociaux positifs mais aussi négatifs. »

Chez l'adulte, la difficulté est son accessibilité. L'adulte jeune étant une population qui consulte peu initialement, ceux qui sont à risque d'addiction sont également considérés comme consultant peu, car restant chez eux.

N08 : « Avec un adulte, c'est beaucoup plus compliqué de faire ça parce que, parce qu'ils sont plus indépendants dans leur emploi du temps. »

N10 : « Parce que les jeunes adultes, on les voit peu quand ils ont pas de problème de santé on ne les voit pas. »

N10 : « Si on peut les voir pour les certificats de sport. Mais en général ceux qui sont addict aux écrans, c'est pas ceux qui viennent pour les certificats de sport. »

3. Prises en charges envisageables concernant le trouble

La resocialisation est un moteur de la prise en charge. Le rôle du médecin généraliste est d'essayer de limiter l'impact de la pathologie, concernant les différentes complications envisageables.

Orienter le patient vers d'autres activités permet à la fois de diminuer le temps de jeu et d'en limiter les conséquences sociales et physiques. Divers outils ont été mentionnés, l'activité physique, la lecture, les milieux associatifs.

N01 : je lui avais prescrit de l'activité physique adaptée, puisqu'il était en surcharge pondérale. Et ça l'a débloqué un peu, il a pu s'ouvrir.

N02 : « Oui, voilà. Ou alors vous avez de leur proposer d'aller à la, à la bibliothèque, à la médiathèque et de faire des locations. »

N04 : « Des petits challenges déjà peut-être de réduire ce temps d'écran par jour. Se faire des petits défis comme ça, essayer de sortir en une fois par jour, aller acheter le pain. Faire des petits trucs comme ça pour réduire, pour se resocialiser. Il faut compenser avec autre chose. Aller peut-être courir, faire du sport, nager.»

N08 : « ça peut être intéressant de faire des activités sportives en plus, ça peut être intéressant de sortir et du coup si on réussit à ajouter d'autres activités qui sortent complètement du cadre du jeu vidéo, ça permet directement de faire baisser ce temps-là. »

Le cadre familial, est un levier sur lequel nous devrions également agir.

Les enfants et adolescents sont encore sous la responsabilité de leurs parents.

N02 : « Le l'enfant, ben du coup, il est encore sous la responsabilité des parents. Donc il y a le rôle majeur des parents qui va être primordial, savoir eux qu'est-ce qu'ils font aussi, donc on pourrait aussi jouer aussi sur les parents. »

N07 : « Les enfants pour moi il y a un cadre quand même parental. »

N08 : « Les adolescents, ils vivent chez eux, ils vivent chez leurs parents, du coup ils vivent dans un cadre qu'ils ne définissent pas, ou pas complètement. »

Si une addiction au jeu vidéo est présente chez les enfants et adolescents, la probable part de l'éducation parentale était soulevée par les praticiens.

N04 : « Je pense que quand on en arrive à cette addiction-là, c'est qu'il y a une, une, une rupture ou une inexistence dans l'éducation. »

N08 : « Et justement, ça c'est un point à travailler éventuellement avec les parents. Parce que si les enfants ont cette addiction, c'est aussi il faut pouvoir travailler au niveau des parents, les représentations, et éventuellement la façon de pouvoir aborder d'une certaine façon l'éducation »

N09 : « Donc il faut que, il faut que des règles soient établies à la maison et ça c'est aussi le rôle des cellules familiales. »

Il faut donc travailler en équipe avec les parents, en les éduquant eux également. Le but étant de restructure le cadre familial.

N04 : « Je veux dire, tu dois pouvoir expliquer à ton enfant, tu vas jouer, OK je veux bien, tu joues de, allez après tes leçons là on mange à 19h30, tu vas jouer jusqu'à après 21 h. Je n'en sais rien, on fait un truc comme ça, c'est aux parents de donner le cadre, mais quand il y a pas de cadre, c'est comme dans toute éducation. »

N08 : « Parce que si les enfants ont cette addiction, c'est aussi il faut pouvoir travailler au niveau des parents. »

N09 : « À partir du moment où la famille pense que le téléphone n'est pas dangereux et que finalement il peut très bien se passer du lien social, je pense que effectivement, la prise en charge, elle est aussi dans l'éducation des familles. »

La prise en charge est donc multidisciplinaire. Tous les médecins ont évoqué que la prise en charge leur semblait assez spécifique, et qu'ils n'y étaient pas assez formés. Ils orienteraient facilement vers des spécialistes du centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

N01 : « on essaie de travailler là avec les orthophonistes, les psychologues et puis les coachs sportifs pour trouver un réseau pour prendre en charge globalement sur, sur la

base du volontariat des patients, mais pour les prendre en charge, au niveau pluridisciplinaire. »

N05 : « La finalité reste la même c'est l'orienter tout doucement vers une prise en charge spécialisée, et lui faire accepter cette prise en charge pour ne pas qu'il soit contraint quoi.

N07 : « J'orienterai peut-être très facilement vers le service d'addictologie. Voilà vers les spécialistes. Mais alors après prise en charge au sein de cabinet de de suivi ou autre, je serai je pense mal à l'aise. »

N08 : « Si je vois que la situation est favorable, je peux tenter tout seul. Si je vois que la situation est compliquée d'emblée, je fais une prise en charge à plusieurs. Ça dépend des conséquences qui y sont associées, parce que si on parle d'addiction, c'est aussi qu'il y a des conséquences derrière diverses. »

La pathologie nécessite une formation spécifique, que ce soit psychothérapie, ou même parfois un encadrement avec les éducateurs. Les praticiens ne sont pas formés dans ces domaines. De plus, la prise en charge passant par plusieurs intermédiaires, il y a une économie de temps à l'échelle individuelle par intervenants.

N08 : « D'ailleurs voilà, dans les équipes ils se font aider. Tu vas, tu vas bah au CMP ou au CMPEA, c'est pas le psychiatre qui va voir tout le monde. T'as une équipe avec des infirmières, pour l'éducation t'as des éducateurs, t'as des psychologues, t'as des infirmiers psy. C'est toute cette équipe qui va pouvoir le prendre en charge. »

N09 : « je pense que c'est une pathologie nouvelle qui nécessite de faire une formation spécifique et que les unités qui s'occupent de ça, notamment au Csapa. »

Un sevrage, peut également être proposé chez les enfants et adolescents, avec la participation des parents qui peuvent mettre en place une suppression du support de jeu ou a minima une limitation. Des cures sous la forme de stage, même de séjour court ou long existent également.

N03 : « ses parents avaient confisqué la console. »

N04 : « Après il y a des stages. J'écoutais un reportage hier. Une petite colo, une colonie de vacances où ils sont partis tous les jeunes et ils ont pas eu droit à leur portable pendant 10 jours, ils interrogeaient les gamins et. Comme ça, ils étaient très heureux. »

N09 : « Pour les enfants qui sont en addiction, ultra violente, ultra intense, avec des enfants qui ont fait des fois des tentatives d'agression voire une tentative de meurtre, qui ne dorment plus du tout et qui sont hospitalisés en secteur fermé dans ces unités. »

4. Freins et difficultés ressenties par les médecins généralistes

Ces entretiens permettent de mettre en évidence différents freins à la prise en charge. Tout d'abord, ceux liés au patient et à son environnement. Même si le sevrage a été évoqué, sa mise en place peut être difficile, entraînant frustration et stratégie de transgression et de contournement. Ces éléments pouvant être source de conflit dans la cellule familiale.

N04 : « Hop, c'est ça c'est impossible, ça va faire, je ne pense pas. Je sais pas si on peut empêcher quelqu'un de jouer jour au lendemain. »

N07 : « Ça peut apporter aussi une certaine addiction ou une certaine envie de transgresser les règles et d'aller voler les affaires pour, pour une utilisation importante la nuit. »

N08 : « Je suis convaincu, enfin c'est connu hein de toute façon dans les addictions que l'interdit fonctionne très mal parce qu'il est contourné. »

N10 : « Mais c'est que, il en est arrivé à un point où il dormait pas la nuit et il se levait pour aller chercher un écran, et même quand c'était sous-clé. »

Aussi, la prise en charge fait face au déni, qui est une étape limitante à dépasser. Il peut être présent à la fois chez le patient, et parfois même entourage.

N02 : « de la part de la famille aussi. Mais eux sont un peu dans le déni parfois. C'est surtout ça quoi. Hé beh, On leur dit qu'il y a ce problème là et en fait ils trouvent une, une réponse en fait. Sans dire que c'est vraiment un problème. En fait pour eux, c'est normal. »

N03 : « Petit jeune qui en tout cas lui, il ne considérerait pas qu'il était addict à ça, mais c'est ses parents qui se posaient des questions par rapport à ça. »

N10 : « Quand j'évoque la question avec lui, il y a pas de problème »

Chez les enfants et adolescent, on peut se heurter à une résistance des parents. Certains médecins évoquent que pour certains parents, l'imposition d'un cadre pourrait être absente due à la crainte de la réaction de l'enfant.

N03 : « Enfin voilà, dès que ses parents avaient confisqué la console, bah il était mal à l'aise quoi le gamin. »

N09 : « Et parfois même avec des violences physiques, une destruction des choses qu'ils cassent parce que ils ne peuvent pas supporter de, de pas avoir accès à l'outil soit 24H/24, soit une bonne partie de la journée. »

Le parent pourrait également culpabiliser d'imposer un cadre jugé trop strict par l'enfant : trop d'importance serait accordé à leur jugement.

N04 : « Ah bah ça c'est le manque d'autorité parentale hein. Des parents qui veulent être permissifs sur leurs enfants. Et après c'est compliqué. Car quand tu fais ça ton enfant : « t'es méchant ». Tu vas t'exposer, tu vas partir dans un conflit familial là quand même, hein. »

N09 : « Elle avait peur de perdre le contact, d'aggraver les choses donc. »

Ensuite il y a des difficultés liées à la nature même de la pathologie. L'addiction reste aujourd'hui encore un sujet tabou, difficile à aborder pour les patients. Certains médecins auraient même tendance à éviter de la nommer pour ne pas entrer en opposition avec les patients.

N03 : « Bah tabou y a certains éléments, notamment ça, l'addiction au sexe. C'est vrai que des fois il peut y avoir des tabous un peu, et que le patient soit mal à l'aise par rapport aux questions que je peux poser. »

N06 : « Parce que ça va être plutôt l'entourage qui va comme ça, comme d'autres addictions par exemple l'addiction à l'alcool, des fois c'est la famille qui alerte à ce niveau-là, si la personne veut pas t'en parler, elle t'en parlera pas »

N07 : « Je parlerai peut-être pas forcément d'addiction et j'enverrai peut être plus facilement vers, vers des psychologues pour essayer d'avoir la raison en fait de de de cette utilisation intempestive. »

C'est aussi une pathologie insidieuse, facile à dissimuler et difficile à soupçonner pour les médecins.

N01 : « Je me suis jamais rendu compte du problème en fait. »

N03 : « Donc t'as un gamin qui était gamin normal, qui paraissait normal. »

N05 : « la première fois que je l'ai vu, je l'ai pas suspecté le problème d'addiction. »

Elle est donc découverte à un stade avancée, une fois qu'il y a déjà des conséquences physiques, morales ou sociales. Nous pouvons parler de retard diagnostique.

N01 : « c'était assez masqué et on a découvert après, c'était au décours d'un trouble de de l'alimentation. »

N08 : « pour les personnes adolescentes et jeunes c'est plus des problématiques, alors ça peut être de suivi scolaire, des problématiques d'obésité, des problématiques de de bah, au niveau du comportement en général et après c'est là justement que j'en viens à aborder le problème des jeux vidéo. »

N09 : « Et il est venu me voir, mais je ne sais plus si c'était pour ce motif là ou pour un autre motif, du coup j'en ai profité au moment de la consultation pour parler avec lui de, de cette addiction, qui répondait en fait à un syndrome dépressif important, suite à une rupture sentimentale »

Ce sont donc certains points d'appel qui vont amener à l'évocation de l'addiction aux jeux vidéo.

N04 : « Oui bah oui, quand il y a un symptôme, ce que j'essaie toujours de comprendre, moi tu vois la mécanique, pourquoi on a mal ici ? Qu'est ce qui s'est passé et tout ? Et là je me rends compte que beaucoup de gens effectivement sont addicts sur leur téléphone. »

N09 : « Quand on regarde des courbes de croissance, si on le fait jusqu'à l'âge de 18 ans, au voit tout de de suite, il y a un gros bond, et la on sait peut-être que le gamin commence a être scotché sur son écran, mais ça, ça impose de continuer de faire les courbes de croissance jusqu'à l'âge du jeune adulte. »

N10 : « Mais c'est vrai que c'est plus sur des symptômes, des signes d'appel, que je vais rebondir. »

Cela nous amène aux difficultés liées au médecin et à sa pratique, et l'environnement dans lequel il évolue. Le manque de temps a été abordé par tous les participants, et plusieurs causes ont été évoquées. Tout d'abord, le modèle de consultation des médecins interrogé laisse peu de place à la multiplicité des motifs de consultation et des sujets abordés.

N02 : « Alors je l'évoque rapidement, en fait j'ai à peu près 30 Min pour les enfants mais en fin de compte je n'approfondis pas. En fait je vois qu'il y a quelque chose donc j'en discute après avec les parents, mais on va pas centrer la consultation sur ça donc du coup c'est quand même rapide quoi. »

N04 : « Voilà, c'est ça. Alors après, pour nous, en tant que médecin généraliste, ce genre de truc c'est chronophage tu vois c'est ça. Ça nous prend vachement de temps parce que on va discuter et en 1/4 d'heure c'est pas possible. »

N07 : « Comment l'expliquer ? C'est qu'il y a pas mal de choses à voir en consultation, il y avait pas mal de choses à poser comme question. Donc c'est sûr que des fois on élimine cette prévention là pour d'autres choses. »

Associées au modèle de consultation, il y a également du temps administratif élevé et des éléments imprévus dans la journée, pouvant expliquer le désir d'abrèger certaines consultations.

N01 : « Dans ouais, c'est plus compliqué. C'est difficile, on ne sait pas encore faire. Déjà gérer une maison médicale, SISA. Tu vis, on est, on est 27 maintenant. C'est déjà pas mal. On s'était inscrit à la CPTS là et là, la CPTS on trouve que c'est un c'est déjà, c'est déjà trop gros pour nous. Et ça a même un effet un peu pervers, ça démotive un peu sur la SISA. »

N07 : « Consultation courte et puis plein de choses à gérer des fois moi n'y pense pas non plus hein. Le temps court, on va dire conventionnel fait que on priorise probablement ces éléments-là.

N10 : « Je sais pas trop parce qu'en fait je pense qu'on fait déjà ce qu'on peut, et que on essaye déjà de de prévenir beaucoup de choses, de faire du dépistage de beaucoup de choses, et que c'est forcément il y a des trucs passent à la trappe. »

Le caractère jugé chronophage de certains types de pathologie, comme les addictions comportementales, les rendraient moins attirantes et donc délaissées.

N04 : « Bah c'est nos journées, elles sont pas extensibles hein. Quand on a vu déjà 30 on a un poids. Ouais si sur le dernier tu dois de prendre en dernier puis te dire je vais me mettre 1 h avec lui, fiou, en fin de journée pour 26,50€. »

N09 : « Mais, mais derrière la complexité de la prise en charge, c'est qu'elle est extrêmement chronophage. Et comme je te disais, c'est à mon avis pas les prises en charge qui nous attirent le plus en médecine générale. Je t'apprend rien. »

Il y a un manque de connaissance théorique sur cette addiction, les médecins dépistent peu.

N04 : « Non mais j'y pense pas. Je ne sais pas. Je ne pense pas demander aux jeunes. »

N05 : « Ça peut être aussi sensibiliser les médecins traitants pour que ça rentre dans l'interrogatoire d'emblée. Enfin oui, pour espérer ça rapidement. »

N06 : « mais de le faire de façon systématique, je ne pense pas que j'aurais tendance à le faire. »

Les médecins expliquent travailler dans l'incertitude, par manque de sensibilisation à la problématique. Le manque de confiance qui en découle les mettent mal à l'aise.

N04 : « Non, je suis pas à l'aise. Je ne suis pas à l'aise, on n'a pas eu de formation dessus. Donc je ne suis pas suffisamment à l'aise. »

N05 « J'avoue que je suis pas ultra sensibilisé sur la question, donc peut-être que j'en loupe pas mal. »

N09 : « Prendre en charge ce genre de de pathologie c'est compliqué parce qu'il faut des outils de diagnostic, des outils de prise en charge et des outils d'évaluation pour savoir où on en est. »

Du fait du faible nombre de cas rencontrés de la part des médecins, et qu'ils expriment avoir tendance à orienter leur dépistage en fonction de ce qu'ils voient le plus, il y a une priorisation d'autres pathologies. Cette pathologie restant une parmi tant d'autre.

N03 : « j'ai eu peu de patients qui sont qui sont dans ce cas-là. »

N07 : « Parce que ça semble peut-être plus facile, plus naturel, plus instinctif. Tout ce qui est drogue, alcool, ça fait partie de l'interrogatoire. »

N08 : « Parce que, en général, c'est pas mon sujet de préoccupation majeur pour les patients. »

Les habitudes de pratique et notre expérience avec les autres pathologies amènent certains médecins à hiérarchiser les affections.

N04 : « Maintenant est ce que c'est nocif d'avoir une addiction au jeu ? Tu vois je sais pas, on sait que l'addiction à l'alcool, l'addiction, drogue, on connaît les répercussions sur la santé. »

N08 : « Après, elle a sûrement moins de répercussions que l'alcool pour la santé physique ou que les jeux d'argent pour la santé psychologique, parce que du coup, l'impact dévastateur est beaucoup plus important. »

5. Pistes d'amélioration afin d'optimiser la pratique

Devant le côté insidieux et difficilement repérable de la pathologie, dépendant de l'honnêteté et de la représentation du patient, plusieurs médecins ont proposé des pistes afin d'améliorer l'information apportée aux enfants et parents, et optimiser la prévention primaire.

Nous pouvons leur faire comprendre via l'interrogatoire l'impact futur et délivrer une information de prévention.

N03 : « Enfin ça peut ne pas être un problème maintenant pour lui hein, ça peut être un problème pour plus tard. »

N07 : « c'est pour que les parents se rendent compte en fait, que les enfants ados puissent se rendre compte du temps passé sur les écrans. Donc voilà, c'est une façon aussi d'ouvrir une porte, en fait. »

N10 : « Peut-être que leur donner une information, dès le plus jeune âge, préventive, en mode : est-ce que vous connaissez les risques des écrans ? Est-ce que vous avez envie que je vous informe là-dessus ? Sans forcément partir de leur situation pour ne pas les culpabiliser »

L'information peut également être délivrée sur un support, avec par exemple l'utilisation d'affiches, et même le carnet de santé.

N05 : « Après, ça peut être des campagnes de communication, d'affichage en salle d'attente. Un petit peu : « addition jeux vidéo, parlez-en à votre médecin ! » Ce qui est peut-être faciliterait le dialogue. »

N07 : « Donc le carnet de santé avec les consultations on va dire obligatoire mettre une voilà 2-3 questions, le temps d'écran ou ce genre de choses, l'isolement social ou autre. »

N10 : « je me dis que ce serait aidant qu'il y ait une case dédiée dans le carnet de santé, dans les visites de suivi, ce serait clairement aidant qu'il y ait une case sur l'exposition aux écrans : Oui non ? Voilà. Comme ça on penserait forcément à poser la question, parce que des fois, au milieu des milliers de questions et des milliers de trucs qu'on recherche on n'y pense pas toujours et c'est vrai qu'on va plutôt y penser quand il y a des soucis et c'est dommage »

Des médecins ont également abordé le rôle de la médecine scolaire dans la prévention, et la possibilité d'intervention des médecins généraliste dans les classes.

N05 : « Ça peut, ça peut être pourquoi pas mis en place lors des visites scolaires avec l'infirmière ou le médecin scolaire avec, par exemple, un questionnaire : « Joues-tu aux jeux vidéo ? Oui, combien d'heures par jour, par semaine ? Est-ce que tu arrives à partir en vacances sans ramener ta console ? » Des choses comme ça pour dépister des signes de, d'usage excessif des jeux vidéo. »

N06 : « Après tu pourrais peut-être faire des interventions à l'école parce qu'au moins tu touches tous les, heu... Ouais, je dirais de la prévention à l'école, comme ils font sur d'autres thèmes ça serait pas mal. »

N09 : « A mon avis il faut qu'il y ait aussi des interventions dans les écoles primaires. Je suis pas sur que ce soit fait. »

Nous pouvons évaluer les outils disponibles au domicile, évaluer les moyens de protection mis en place, et intégrer le dépistage systématique via l'interrogatoire, lors des consultations de suivi.

N04 : « c'est vrai que les patients viennent pour un motif et voilà, faut essayer en tout cas notre interrogatoire de d'essayer de trouver en fait les différentes problématiques en sachant que le patient ne va pas forcément nous parler de ce problème d'addiction quoi. »

N07 : « Après le côté écran chez les adolescents, ça pourrait faire partie de l'interrogatoire de, de, de visites annuelles. »

N09 : « Est-ce qu'ils ont ordinateur ? Est-ce qu'ils ont un téléphone portable ? Est-ce qu'ils ont une console ? De façon à évaluer et de voir avec les parents ce qui a déjà été mis en place en amont, en prévention, de savoir est-ce que c'est un enfant à qui on laisse un accès illimité aux écrans, est-ce qu'il y a un contrôle parental, est-ce que c'est un enfant qui a le droit d'emmener son téléphone au collège ? Il y a un temps d'écran qui est limité, toutes ces choses-là. Est-ce qu'il fait déjà partie de certains réseaux, est-ce qu'il y a déjà des inscriptions sur les réseaux sociaux ? »

Certains symptômes ont été évoqué par certains médecins comme étant des signes d'alertes à repérer, apparaissait avant plusieurs autres troubles comme l'obésité par exemple. Il a été évoqué l'irritabilité notamment lors de la confiscation du support de jeu, et une modification de l'attention et de la concentration.

N01 : « Ben les troubles de l'attention, troubles de l'attention, troubles de la concentration. »

N03 : « Ouais, je pense plutôt de de l'agacement. Alors c'est vrai. Après j'étais dans sa tête hein. Je pense qu'il était plus agacé. »

N09 : « de voir le caractère assez agressif qu'ils développent lorsqu'on évoque ces problématiques là avec les parents. C'est à dire que. Il se sent tellement marginalisé quand ils n'ont pas l'outil hein je parle du portable par exemple, que aussitôt ça les met dans une espèce de rage, parce qu'ils vont marginalisés au collègue »

Puis s'il y a déjà un envahissement, une emprise du jeu vidéo sur le patient, provoquer le changement petit à petit en s'aidant de l'entretien motivationnel a été proposé.

N06 : « Tu peux lui donner des pistes et et faire un peu... J'avais fait une formation d'entretien motivationnel quand j'étais interne. Tu peux essayer de le tourner »

N06 : « On doit tous avoir une formation sur l'entretien motivationnel parce Ça aide vachement quand même. »

6. La relation médecin malade, un atout.

Dans la prise en charge des pathologie chronique, il faut forcément une adhésion du patient, afin qu'il accepte sa pathologie et les prises en charge proposées.

N02 : « Donc du fait qu'il s'en rende compte, on pourrait peut-être l'aider un peu plus. Ouais. »

N05 : « Alors c'est un suivi qui débute, ça va faire 2 mois que c'est en route et en tout cas il est-il est demandeur de prise en charge, il est plutôt volontaire, il reconnaît son addiction, quand le patient ne l'est pas c'est toujours plus compliqué. »

N09 : « Sauf que je n'ai pas pu établir derrière le plan de suivi. J'ai proposé plusieurs rendez-vous en fixant les dates. Il ne s'est pas présenté donc je suis en rupture de contact avec lui. »

Il y a donc pour les médecins une grande importance dédiée à la relation de confiance qu'ils établissent avec leur patient. Une bonne relation implique une connaissance du patient, de son comportement et une anticipation de ses réactions. D'un autre côté, un patient en confiance sera plus conciliant, et plus à l'écoute de notre discours.

N03 : « Mais, et c'est aussi de de le mettre en confiance, quoi qu'il y ait une relation, en tout cas patient/médecin de confiance pour que le patient puisse dire un petit peu ce qui pose problème »

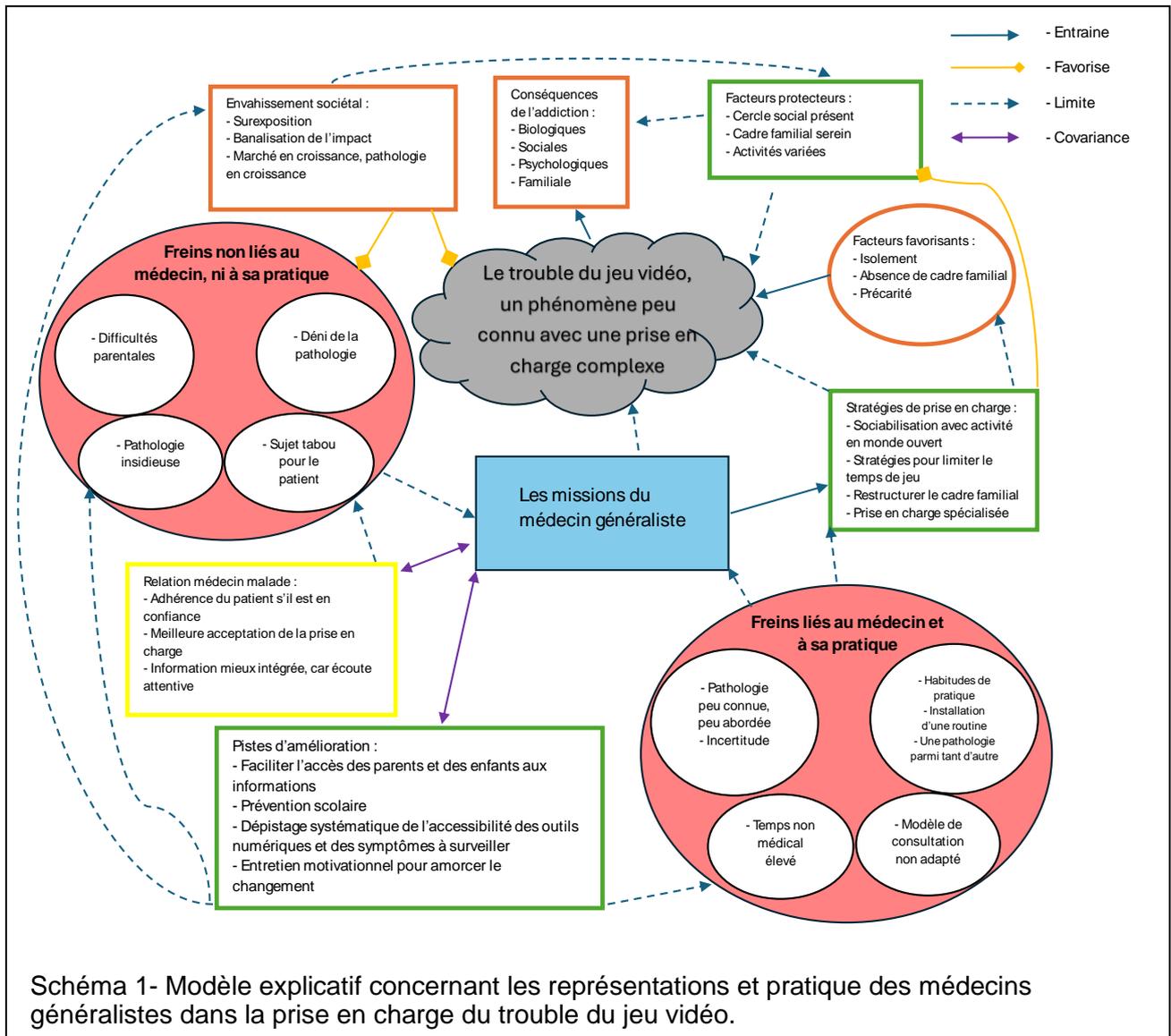
N05 : « J'adapte en fonction du patient que j'ai en face. Il y en a, je sais, je peux rentrer dedans, d'autres faut y aller avec des pincettes, et heu, mais la finalité reste la même c'est l'orienter tout doucement vers une prise en charge spécialisée, et lui faire accepter cette prise en charge pour ne pas qu'il soit contraint quoi. »

N08 : « L'adhésion aussi, la relation de confiance qu'on peut avoir. Je vois que si il y a une bonne relation de confiance ça a rien à voir comparé à quand elle est pas établie.

IV. Discussion

1. Résultats principaux de l'étude

a. Modèle explicatif



b. Objectif principal

i. Le trouble du jeu vidéo, à la fois cause et conséquence d'un dysfonctionnement

Suite à l'analyse des données recueillies lors des entretiens, on remarque que le trouble du jeu vidéo est un phénomène considéré comme peu connu par les médecins généralistes. Plusieurs praticiens ont également évoqué une faible représentation de cette affection dans leur patientèle, avec 1 ou 2 patients décrits par patientèle quand il y en a, et majoritairement des adolescents, et des garçons.

Les médecins jugent cette pathologie comme étant en croissance devant : l'ancrage du numérique dans la société, l'envahissement sociétal avec une multiplicité des supports, le nombre de joueurs augmentant en parallèle du temps d'écran, ce qui contraste avec la faible exposition auquel ils font face en pratique. C'est pour cela, que plusieurs d'entre eux pensent en avoir plus dans leur patientèle et passer à côté d'autres cas.

Les conséquences évoquées par ceux-ci concernent des sphères multiples, avec en premier lieu la sédentarité, également des troubles alimentaires pouvant conduire à l'obésité ou la dénutrition, un isolement social, un frein à la réussite scolaire, professionnelle. Elle a également un rôle négatif sur la cellule familiale, pourvoyeuse de conflit, de frustration et d'opposition de l'enfant et l'adolescent à l'autorité parentale. Les difficultés parentales, avec l'absence de cadre, la non-régulation du temps de jeu et parfois la surexposition associée des parents eux-mêmes aux écrans sont pour certains médecins interrogés les principaux moteurs entraînant l'entrée dans la maladie.

Pour les médecins interrogés, il y a donc un intérêt à dépister cette pathologie afin d'en limiter les conséquences.

ii. Prise en charge en médecine générale

Le dépistage spécifique du trouble du jeu vidéo est considéré par les médecins interrogés comme étant insuffisant, mais dans leur pratique, il est remplacé par l'exposition aux écrans, même s'il n'est pas universel.

Les praticiens se servent donc des consultations de suivi pour évaluer le temps d'écrans et les outils disponibles au domicile. Selon les points d'appels, une irritabilité, des troubles du sommeil, une cassure dans la courbe de poids avec une nette augmentation du poids, une insistance particulière était accordée à la discussion concernant les écrans.

La régulation de cette exposition au domicile étant déterminée par les parents, il a été évoqué le rôle primordial de l'autorité parentale, de l'éducation, et la nécessité de travailler en

équipe avec eux. Cependant, aucune solution pour la prise en charge de l'éducation à la parentalité n'a été évoquée.

Une fois l'addiction au jeu dépistée, la majorité des médecins ont tendance à orienter vers une prise en charge spécialisée au CSAPA, ou vers des psychologues libéraux, tentent d'emmener le patient vers une réduction du temps de jeu en proposant des activités diverses. Quelques médecins ont tendance à proposer au patient un suivi systématique afin d'évaluer l'ancrage de la pathologie chez lui, ainsi que l'évolution des complications.

iii. Freins à la prise en charge

Différents freins ont été relevés par les praticiens interrogés venant limiter leur impact sur cette affection.

Certains freins, sont directement lié à leur pratique et leurs conditions de travail et sont donc modifiable avec une réorganisation.

Les médecins se considèrent majoritairement peu informés sur le sujet, et évoquent par exemple ne pas savoir s'il existe ou non des questionnaires de dépistage. Ils l'expliquent leur défaut de sensibilisation par l'insuffisance d'exposition. Pour les médecins interrogés, l'insuffisance d'exposition entraine donc une absence de l'acquisition de connaissances empirique, et donc une absence de leur vérification par la recherche. Ils ont donc tendance à s'enfermer dans des habitudes de pratique, et orientent leur interrogatoire en fonction de ces éléments-là, par exemple l'alcool, le cannabis pour les addictions.

Ils évoquent également des limites liées au modèle de consultation en 15 min. Le temps de consultation étant limité ils doivent choisir ce qu'ils veulent aborder, ou réagir à un élément venant du patient, un symptôme ou une question. A cela s'ajoute les imprévus de la journée, les résultats d'examens, les consultations parfois imprévues, certains documents à remplir, consommant le temps du praticien.

D'autres freins sont plutôt liés à la nature même de la pathologie et à l'environnement du patient. Les médecins interrogés parlent du trouble du jeu vidéo comme étant une pathologie insidieuse, silencieuse, dont les premiers symptômes ne sont pas flagrants : une opposition, une irritabilité, une diminution du temps de sommeil. Ils sont décelables mais peuvent être dues à des diagnostics différentiels. Le caractère anosognosique du patient est également handicapant, car limitant son adhésion et sa prise de conscience. Il est évoqué que le patient consulte peu de lui-même, l'entourage était souvent à l'origine de la consultation. Cette consultation survient souvent lorsque la pathologie est déjà envahissante, a un stade d'échec scolaire par exemple, ou d'obésité.

Pour les médecins, l'entourage peut être protecteur, mais peut également favoriser l'apparition de cette pathologie. Plusieurs médecins ont évoqué les lacunes parentales pouvant être une des causes de l'addiction, ces lacunes sont également un frein au bon déroulé de la prise en charge. Si les moyens mis en place au domicile ne sont pas concordants avec les conseils médicaux, à savoir une limitation à minima ou une prise en charge spécialisée au mieux, il n'y aura pas de changement.

Il faut l'adhésion à la fois, pour les enfants et les adolescents, l'adhésion de ces derniers mais aussi de leur entourage : le travail du praticien est donc double.

c. Objectif secondaire

i. Améliorer l'acquisition de connaissance par les patients

Selon les médecins interrogés, la prise en charge thérapeutique spécifique du trouble du jeu vidéo est complexe. Elle nécessite des moyens humains, à savoir : une équipe pour la mise en place d'une thérapie, une évaluation psychiatrique et également la prise en charge du lien parent – enfant. Les points essentiels que les praticiens aimeraient améliorer sont donc la prévention primaire, et le dépistage afin et de limiter l'apparition et l'évolution de la pathologie.

La prévention passant par l'information, la multiplication des voies d'acquisition de cette dernière en facilitant sa diffusion permettrait de ne pas l'omettre. Il a été proposé par les praticiens une case à cocher dans le carnet de santé permettant d'évoquer le sujet, d'y penser, et d'aborder le danger de l'exposition aux écrans, et a fortiori du jeux vidéo, avec les parents.

Des médecins ont proposé des interventions dans les écoles, afin de sensibiliser à la fois les enfants, les parents, et le personnel scolaire sur les dangers de la surexposition.

Il est également possible de confectionner des affiches à exposer en cabinet ou des tracts mis à la disposition des patients. Et à une autre échelle, des campagnes de prévention.

ii. Pistes d'amélioration de la pratique médicale

Des médecins ont proposé d'inclure dans leurs habitudes de pratique un dépistage systématique des outils numérique disponible au domicile, et les moyens limitants mis en place par les parents, comme le temps dédié limité, le contrôle parental.

Il est également nécessaire selon les praticiens, que la relation de confiance entre les parents, et l'adolescent et le médecin soit établie. Il y aurait dans ce cas une meilleure intégration des informations et, plus de chance que les conseils soient appliqués.

Acquérir la confiance de l'adolescent est un élément mainte fois évoqué lors des entretiens, pour maximiser les données recueillis lors d'un interrogatoire. Afin de faciliter celui-ci, la possibilité de reconvoquer le patient à titre individuel, et non pas avec ses parents, faciliterai également le dialogue.

Pour certains médecins, nous pouvons également orienter notre pratique non pas dans le dépistage des symptômes liées à la pathologie, mais plutôt dans le dépistage des situations à risque. Cela permettrait d'agir plus rapidement et efficacement sur les situations familiales complexes, les difficultés parentales, les situations de harcèlement ou d'isolement.

Si l'addiction est déjà installée, l'acquisition des techniques liées à l'entretien motivationnel est considérée comme un atout afin de motiver le changement progressif du patient.

2. Comparaison avec la littérature

a. Identification des situations à risque et des conséquences.

Concernant le trouble du jeu vidéo, l'existence de profils à risque a été évoqué. La population la plus atteinte est la population masculine, avec un rapport de 2,5 hommes pour 1 femme atteinte(11). Contrairement aux idées reçues, la relation de causalité entre le temps de jeu et l'apparition du trouble du jeu vidéo n'est pour le moment pas démontrée. D'autres facteurs ont cependant été identifiés, comme l'anxiété et le syndrome dépressif (12) (13) (14). Les situations familiales complexes, comme les familles monoparentales, les situations de violence par l'entourage, la relation parent-enfant dysfonctionnelle, les situations de harcèlement, comme le montre ces études chinoises, avec des limites à l'extrapolation des résultats du au mode de recueils des information et/ou au caractère monoculturel des participants de l'étude (15) (16) (17), sont également des facteurs de risque. Les joueurs dépendants auraient tendance à avoir des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et une capacité de résilience plus faible (18). Les médecins interrogés, ont évoqué le jeu comme pouvant être un moyen d'échapper au réel devant des situations de vies compliquées. La motivation à jouer en ce sens fait partie du profil des joueurs plus à risque(19) et est une donnée à rechercher.

Le trouble du jeu vidéo, à des conséquences variées comme les participants l'ont mentionné. On retrouve des trouble ostéoarticulaire (20), des trouble du sommeil (21), et une

association entre la présence de cette addiction et d'autres comorbidités psychiatrique, comme le trouble anxieux, la dépression, la phobie sociale (22).

b. Outils de dépistage et thérapeutiques

Les praticiens n'avaient pas connaissance de l'existence d'outils de dépistage. Des outils de dépistage via des questionnaires ont été élaborés, et certains ont été validés en français. Il existe le Game Addiction Scale (GAS), en 7 items, il est adapté aux enfants et adolescents validé en 2014. (23) Il y a également l'Internet Gaming Disorder-20 (IGD – 20), dont la validation française date de 2021 et est adapté à tout âge (24). Ces échelles ont pour but de mesurer l'intensité de l'usage problématique et son impact, elles sont disponibles en annexe 5 et 6. Ces deux tests sont disponibles en ligne (25,26).

Pour la prise en charge les médecins ont tendance à orienter facilement, ne se sentant pas capable d'une prise en charge absolue du trouble du jeu vidéo. Des études récentes ont comparé l'efficacité de différentes thérapeutiques. Une méta-analyse explique l'efficacité de certaines molécules, les plus utilisées étant le bupropion et le méthylphénidate, mais les résultats sont à confirmer sur un essai contrôlé randomisé en double aveugle(27). Le méthylphénidate nécessite d'ailleurs une prescription hospitalière initiale. Il existe également des psychothérapie, comme la thérapie multimodale (28), les thérapies familiales (29), ou encore les thérapies cognitive et comportementales, synergique avec l'usage pharmacologique(30), auxquelles ils ne sont donc pas formés.

Les médecins évoquaient l'importance d'activités extérieures et de l'activité physique, effectivement, il y a effectivement une corrélation inverse entre le niveau d'activité physique et le trouble du jeu vidéo(31).

Durant les entretiens, le parallèle a souvent été fait avec la surexposition aux écrans. Les médecins avaient pour beaucoup inclus le dépistage du temps d'écran dans leur interrogatoire. Quelques règles ont en effet été établies concernant l'exposition aux écrans, et résumées sur le site de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Les conséquences de la surexposition sont également relatées(32). Le temps d'exposition est un élément qui semblait avoir beaucoup d'importance pour les médecins interrogés, avec un impact sur le développement cognitif de l'enfant : trouble du langage dans sa compréhension et son expression, de la motricité fine et globale, de l'autonomie. Cependant, il y a d'autres facteurs à prendre en compte : le contexte d'exposition, la diminution des interactions de l'enfant avec son entourage, son environnement(33,34).

La relation médecin malade à effectivement un rôle important. L'écoute et l'empathie facilitent ainsi l'acquisition d'information, avec un effet sur l'observance. En effet une bonne relation permet l'alliance thérapeutique, comme expliqué dans le rapport de l'académie nationale de médecine publié en 2021 concernant la relation médecin malade (35). Ce même rapport évoque également différents freins qui ont eux même été évoqués par les médecins participants à l'étude, à savoir les contraintes de temps, la durée standardisée étant limitante, et la relation partagée avec plusieurs intervenant dans les pathologies chroniques. Le patient peut se retrouver désorienté vu la multiplicité des intervenants, le manque de concertation de ceux-ci, parfois même des discours contradictoires.

3. Forces et limites de l'étude

Plusieurs études ont été réalisées concernant le trouble du jeu vidéo, sa prise en charge et ses conséquences. Cependant peu exploraient les difficultés rencontrées par les généralistes et leurs connaissances acquises. L'objectif de l'étude était de recueillir leurs représentation et habitudes de pratique ainsi que leur difficulté afin de caractériser un phénomène. Le choix s'est donc porté sur la méthode qualitative, inspirée de la théorisation ancrée.

Les entretiens individuels semi-directifs ont été privilégiés, afin de laisser plus de place à la parole des participants et simplifier le travail de l'enquêteur. La saturation des données a été atteinte au 7^{ème} entretien et confirmé par 3 entretiens supplémentaires. Tout les entretiens ont été réalisés et retranscrits par l'enquêteur.

Malgré les recherches bibliographiques concernant la méthodologie, cette étude reste la 1^{ère} de l'enquêteur, pouvant laisser place à des biais méthodologiques.

Tous les critères de la grille consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)(36), n'ont pas été respectés, la triangulation des données n'a pas été réalisée ce qui diminue la scientificité. Grille disponible en annexe 7.

Lors des échanges, des biais de formulation ont pu influencer l'opinion et le discours des participants. Certains participants connaissaient l'enquêteur, ce qui a pu entraîner un biais de désirabilité.

Les situations évoquées étant des cas rencontrés dans le parcours des participants, cela a pu laisser place à un biais de mémorisation.

4. Perspectives

Les médecins généralistes considèrent avoir peu de connaissance sur cette pathologie et plusieurs propositions ont été faites pour essayer d'améliorer le dépistage et l'orientation des patients.

Des stratégies sont élaborées à titre individuel, à savoir s'informer sur le sujet ; rester vigilant lors des consultations et informer les patients et les parents.

Certains médecins évoluant en SISA ont évoqué la présence une fois par semaine d'intervenants du CMP de Poitiers dans leurs locaux, mais n'ont pas assez de recul pour en juger l'efficacité sur la qualité des soins de proximité. Nous pourrions suggérer la démocratisation de cette pratique, mais l'étude de son impact pourrait être difficile à mettre en place sur l'ensemble du département.

On pourrait proposer l'élaboration d'un outil numérique pédagogique ou d'une fiche pratique, transmise aux médecins, et vérifier son impact sur leur pratique lors d'une seconde étude.

L'opinion des patients dans le département concernant l'exposition aux jeux vidéo ainsi que leur quotidien face à cette pathologie pourraient également être étudiée, afin de savoir ce qu'ils savent et comment ils la considèrent.

Concernant le carnet de santé, une version dématérialisée actualisée est prévue, avec, à priori une partie dédiée au dépistage de l'exposition aux écrans(37).

V. Conclusion

Les médecins généralistes sont bien conscients du problème occasionné par l'addiction au jeu vidéo, et ses conséquences biopsychosociales. Malgré cette connaissance, les stratégies de repérages et de prévention semblent insuffisantes, le trouble étant évoqué, voire diagnostiqué à un stade avancé.

Plusieurs freins ont été évoqués : une insuffisance de sensibilisation et de connaissance théorique, une méconnaissance des profils à risque, le conditionnement lié aux habitudes de travail, et le caractère vaste du champ d'action de la médecine générale.

D'autres freins sont liés à la représentation supposée des patients : les addictions sont taboues, et cette addiction pourrait ne pas être considérée comme tel par les patients. Ils se heurtent également à une difficulté d'accès aux soins, qui se retrouvent étalés dans le temps avec de multiples intervenant, la prise en charge nécessitant des soins spécialisés et multiples.

Des solutions sont envisagées afin de limiter les freins : maintenir un processus de formation continu, s'informer sur le sujet, améliorer la prévention en multipliant les moyens de transmission d'information à la population générale.

VI. Bibliographie

1. Le jeu vidéo en France : une industrie et une pratique en progression | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 7 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/284130-le-jeu-video-en-france-une-industrie-et-une-pratique-en-progression>
2. AFJV [Internet]. 2023 [cité 7 juill 2024]. Etude SELL - Médiamétrie 2023 : « Les français et le jeu vidéo ». Disponible sur: https://afjv.com/news/11292_etude-mediаметrie-2023-francais-jeux-video.htm
3. Trouble du jeu vidéo [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/gaming-disorder>
4. Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
5. Feng W, Ramo D, Chan S, Bourgeois J. Internet Gaming Disorder: Trends in Prevalence 1998–2016. *Addict Behav.* déc 2017;75:17-24.
6. Zhou R, Morita N, Ogai Y, Saito T, Zhang X, Yang W, et al. Meta-Analysis of Internet Gaming Disorder Prevalence: Assessing the Impacts of DSM-5 and ICD-11 Diagnostic Criteria. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* juin 2024;21(6):700.
7. Zhang L, Han J, Liu M, Yang C, Liao Y. The prevalence and possible risk factors of gaming disorder among adolescents in China. *BMC Psychiatry.* 21 mai 2024;24(1):381.
8. Ordinateur et accès à Internet : les inégalités d'équipement persistent selon le niveau de vie - Insee Focus - 226 [Internet]. [cité 28 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5057474>
9. Gopali L, Dhital R, Koirala R, Shrestha T, Bhusal S, Rimal R, et al. Effect of COVID-19 pandemic on internet gaming disorder among general population: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Glob Public Health.* 7 avr 2023;3(4):e0001783.
10. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 28 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
11. Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 juin 2021;55(6):553-68.
12. Karasneh R, Al-Azzam S, Alzoubi KH, Nusair MB, Hawamdeh S, Nusir AT. Patterns and Predictors of Internet Gaming Disorder: An Observational Study from Jordan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 22 déc 2021;17:217-23.
13. Liu Y, Gong R, Yu Y, Xu C, Yu X, Chang R, et al. Longitudinal predictors for incidence of internet gaming disorder among adolescents: The roles of time spent on gaming and depressive symptoms. *Journal of Adolescence.* 1 oct 2021;92:1-9.
14. Jin JT, Kittaneh AA, Sidhu NK, Lechner WV. Incorporating objective behavioral data in gaming disorder research: Associations between time spent gaming and gaming disorder symptoms. *Computers in Human Behavior.* 1 nov 2022;136:107378.

15. Yang X, Jiang X, Mo PK han, Cai Y, Ma L, Lau JT fai. Prevalence and Interpersonal Correlates of Internet Gaming Disorders among Chinese Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2020;17(2):579.
16. She R, Zhang Y, Yang X. Parental Factors Associated With Internet Gaming Disorder Among First-Year High School Students: Longitudinal Study. *JMIR Serious Games*. 8 nov 2022;10(4):e33806.
17. Shi L, Wang Y, Yu H, Wilson A, Cook S, Duan Z, et al. The relationship between childhood trauma and Internet gaming disorder among college students: A structural equation model. *Journal of Behavioral Addictions*. 7 avr 2020;9(1):175-80.
18. Darvesh N, Radhakrishnan A, Lachance CC, Nincic V, Sharpe JP, Ghassemi M, et al. Exploring the prevalence of gaming disorder and Internet gaming disorder: a rapid scoping review. *Systematic Reviews*. 2 avr 2020;9(1):68.
19. Wang HY, Cheng C. The Associations Between Gaming Motivation and Internet Gaming Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Ment Health*. 17 févr 2022;9(2):e23700.
20. Tholl C, Bickmann P, Wechsler K, Froböse I, Grieben C. Musculoskeletal disorders in video gamers – a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 16 juill 2022;23(1):678.
21. Kristensen JH, Pallesen S, King DL, Hysing M, Erevik EK. Problematic Gaming and Sleep: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 7 juin 2021;12:675237.
22. González-Bueso V, Santamaría JJ, Fernández D, Merino L, Montero E, Ribas J. Association between Internet Gaming Disorder or Pathological Video-Game Use and Comorbid Psychopathology: A Comprehensive Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. avr 2018;15(4):668.
23. Gaetan S, Bonnet A, Brejard V, Cury F. French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents. *European Review of Applied Psychology*. juill 2014;64(4):161-8.
24. Plessis C, Altintas E, Romo L, Guerrien A. Validation française d'une échelle de mesure de l'utilisation problématique des jeux vidéo en ligne : l'Internet Gaming Disorder-20. *Can J Psychiatry*. déc 2021;66(12):1051-8.
25. Addict Aide - Le village des addictions [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Game Addiction Scale. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/parcours/gas/>
26. Test psychologique : Test du trouble du jeu vidéo (IGD-20) [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.psychomedia.qc.ca/tests/test-du-trouble-du-jeu-video-sur-internet-igd-20>
27. de Sá RRC, Coelho S, Parmar PK, Johnstone S, Kim HS, Tavares H. A Systematic Review of Pharmacological Treatments for Internet Gaming Disorder. *Psychiatry Investig*. août 2023;20(8):696-706.

28. Sharma MK, Anand N, Tadpatrikar A, Marimuthu P, Narayanan G. Effectiveness of multimodal psychotherapeutic intervention for internet gaming disorder. *Psychiatry Research*. 1 août 2022;314:114633.
29. Zajac K, Ginley MK, Chang R. Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Rev Neurother*. janv 2020;20(1):85-93.
30. Chang CH, Chang YC, Yang L, Tzang RF. The Comparative Efficacy of Treatments for Children and Young Adults with Internet Addiction/Internet Gaming Disorder: An Updated Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2022;19(5):2612.
31. Güllü M, Yagin FH, Gocer I, Yapici H, Ayyildiz E, Clemente FM, et al. Exploring obesity, physical activity, and digital game addiction levels among adolescents: A study on machine learning-based prediction of digital game addiction. *Front Psychol*. 3 mars 2023;14:1097145.
32. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [Internet]. [cité 11 sept 2024]. L'importance de maîtriser le temps d'écran des enfants - Dossier. Disponible sur: <https://afpa.org/dossier/ecrans/>
33. Cara G. Écrans et développement cognitif de l'enfant : le temps d'exposition n'est pas le seul facteur à prendre en compte [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2023 [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/ecrans-et-developpement-cognitif-de-lenfant-le-temps-dexposition-nest-pas-le-seul-facteur-a-prendre-en-compte/67438/>
34. Yang S, Saïd M, Peyre H, Ramus F, Taine M, Law EC, et al. Associations of screen use with cognitive development in early childhood: the ELFE birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2024;65(5):680-93.
35. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 oct 2021;205(8):857-66.
36. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
37. HCSP. Actualisation du contenu du carnet de santé de l'enfant en vue de sa dématérialisation [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022 mars [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1203>

VII. Annexes

Annexe 1 : 11 critères diagnostiques du 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

Annexe 2 : critères diagnostiques de dépendance selon l’OMS

Pour l’OMS le diagnostic de dépendance se base sur 6 critères, et au moins 3 doivent être présents en même temps au cours de la dernière année :

- Un désir puissant ou compulsif d’utiliser une substance psychoactive ;
- Difficultés à contrôler l’utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d’utilisation) ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- Poursuite de la consommation de la substance malgré ces 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.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide entretien

Présentation de l'interrogé : Nom prénom / sexe / Age / lieu exercice / mode exercice / Zonage / formation complémentaire/ date d'installation

1 – Que vous évoque les addictions ? Comment les définiriez-vous ?

2 -Est-ce quelque chose que vous allez dépister, aborder avec vos patients ? Et concernant les addictions comportementales plus précisément, comment les définiriez-vous ?

3- Avez-vous été confronté à un patient atteint du trouble du jeu vidéo ?

a-Si oui :

Interrogatoire ? Patient ? Entourage / Signes d'alerte / déroulement prise en charge / difficulté

b - Si non : Pensez-vous en avoir dans votre patientèle ?

un patient suspect ? signe d'alerte ? présentation particulière ? Sujet évoqué avec le patient, entourage, contexte ? votre ressenti ?

c- Pensez-vous avoir des enfant ou adolescents atteint de ce trouble dans votre patientèle ?

4 – Comment jugez-vous votre dépistage ?

5 – Comment feriez-vous pour dépister cette addiction ? Comment aborderiez-vous le sujet avec vos patients ?

A quel moment / comment allez-vous amener le sujet

6 – Comment prendriez-vous en charge un patient atteint de ce trouble ?

Autonome / Rôle des parents / enfant adolescent

7 - Vous sentez vous à l'aise pour encadrer, orienter un patient atteint de cette addiction ?

8- Qu'est ce qui selon vous pourrait varier dans la prise en charge de ce trouble chez les enfants ou adolescents comparé à l'adulte ? Serait-ce plus ou moins difficile ? Différent ?

Opposition / parents allié ou obstacle / Isolement / accessibilité du patient

8 – Quels pourraient être les impacts de cette addiction ? Que pensez-vous de l'évolution possible de cette affection ?

Bio / psycho / social / enfant / adolescent/ adulte

9- Quelles pourraient-être les solutions à envisager pour améliorer la prise en charge selon vous ?

Annexe 4 :

Vu le Code civil, en particulier son article 9,
Vu le Code de l'éducation,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,
Vu la Loi Informatique et libertés,
Vu le Règlement général sur la protection des données,

Civilité	M. <input type="checkbox"/>	Mme. <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Code de pseudonymisation		
Adresse électronique		

Dans le cadre de **sa thèse**, Mr MONDISSA Mickael organise **un entretien** et souhaite **enregistrer de façon intégrale** dans le but de **d'étudier vos représentations et votre façon d'organiser la prise en charge de patient atteints du trouble du jeu vidéo.**

L'exploitation et la conservation des données collectées se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. Les enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée.

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de rectification et de retrait de votre consentement.

Titre de l'étude	Trouble du jeu vidéo : représentations et prise en charge par les médecins généralistes du département de la vienne.		
But du projet (finalité)	Thèse d'exercice		
Investigateur(s) et personne(s) responsables(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	MONDISSA	Mickaël	Etudiant en médecine : année de thèse nouveau régime
Captation	Photographie <input type="checkbox"/>	Voix <input type="checkbox"/>	Vidéo <input type="checkbox"/>
Exploitation	Durée		
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant)	[modalités de diffusion et de reproduction]	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input type="checkbox"/>
Conservation	Durée		
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input type="checkbox"/>
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	Délégué à la protection des données - dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de **ma voix**, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies.

Fait à _____, le _____
Signature

Annexe 5 : Questionnaire GAS - 7

Question n°1 : Avez-vous pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Question n°2 : Avez-vous passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Question n°3 : Avez-vous joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie / la vie réelle ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Question n°4 : Est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire votre temps de jeu ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Question n°5 : Vous êtes-vous senti(e) mal lorsque vous étiez incapable de jouer ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Question n°6 : Vous êtes-vous disputé(e) avec d'autres (famille, amis) à propos de votre temps passé à jouer aux jeux vidéo ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Question n°7 : Avez-vous négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer aux jeux vidéo ?

- Jamais
- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent

Interprétation du test GAS : On présume d'un niveau d'usage problématique de jeux vidéo voire d'une addiction chez les personnes qui répondent « parfois », « souvent » ou « très souvent » à au moins quatre de ces questions.

Annexe 6 : Questionnaire IGD - 20

Les items sont cotés de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Les 20 items sont divisés en cinq composantes : saillance (1, 7, 13), modification de l'humeur (8, 2*, 14), tolérance (3, 9, 15), symptômes de manque (4, 10, 16), conflits (5, 11, 19*, 17, 20), rechute (6, 12, 18). Les questions traitent de l'activité sur les 12 derniers mois. Un seuil empirique de 71 points a été proposé.

Les items marqués d'un astérisque ont une cotation inversée.

1. Je perds souvent le sommeil à cause de longues sessions de jeu.
2. Je ne joue jamais à des jeux pour aller mieux.
3. J'ai augmenté de façon significative mon temps de jeu cette année.
4. Quand je ne joue pas, je me sens plus irascible.
5. J'ai perdu l'intérêt que je portais à d'autres loisirs à cause du jeu.
6. J'aimerais arrêter de jouer mais c'est difficile.
7. Je pense régulièrement à ma prochaine session de jeu quand je ne joue pas.
8. Je joue pour me sentir mieux.
9. J'ai besoin de dépenser plus de temps à jouer.
10. Je me sens triste si je ne peux pas jouer.
11. J'ai menti à des membres de ma famille à cause du temps passé à jouer.
12. Je ne pense pas que je pourrais arrêter de jouer.
13. Je pense que jouer est l'activité qui prend le plus temps dans ma vie.
14. Je joue pour oublier ce qui me préoccupe.
15. Je pense souvent qu'une journée entière ne suffit pas pour faire tout ce dont j'ai besoin dans le jeu.
16. J'ai tendance à devenir anxieux si je ne peux pas jouer pour une raison ou une autre.
17. Je pense que jouer a mis en danger la relation avec mon partenaire.
18. J'essaie souvent de moins jouer mais je me rends compte que je ne peux pas.
19. Je sais que l'activité principale de ma journée (occupation, éducation, maison, etc.) n'a pas été affectée par le jeu.
20. Je crois que jouer affecte de façon négative des domaines importants de ma vie.

Annexe 7 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1- Mickaël MONDISSA	Enquêteur/animateur	Quel (s) auteurs a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?
2- Médecin généraliste non thésé	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3- Remplaçant	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 du chercheur	Expérience ou formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6- 4/10	Relation antérieur	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7- Remplaçant qui réalise sa thèse	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
8- Intérêt pour le sujet, anxiété induite par l'entrevue.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?
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 ?
Sélection des participants		
10- En boule de neige	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnées les participants ?
11- Mail, téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
12- 10 participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude
13- 3 personnes n'ont pas répondu, 1 à refus	Non-Participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou abandonné ?
14- Cabinet des médecins interrogés	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?

15- Non	Présence de non participants	Il y avait-il d'autres personnes présentes ?
16- Tableau récapitulatif : genre, âge, formation complémentaires, lieu exercice, mode d'exercice, date d'installation.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données		
17- Présence d'un guide d'entretien, testé au préalable	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 – dictaphone	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20- Non	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/o après l'entretien individuel ?
21- Moyenne de 20min	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?
22- Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23- Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24- 1 personne	Nombre de personne codant les données	Combien de personnes ont codés les données ?
25- Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26- A partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27- Nvivo14®	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour

		gérer les données ?
28- Non	Validation par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29- Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
30- Oui	Cohérence des données et des résultats	Il y avait-il une cohérence 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	Il y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

VIII. Résumé

Introduction :

Le jeu vidéo fait partie intégrante de la société actuelle et s'est démocratisé. Devant la croissance de cette industrie son expansion est attendue. L'addiction au jeu vidéo est une entité reconnue et traitable, mais peu d'étude ont étudié la vision qu'en ont les généralistes. L'objectif de ce travail est donc d'étudier les représentations et pratiques des généralistes, leurs difficultés, et les pistes d'amélioration de leur prise en charge.

Méthode :

Le choix s'est porté sur la méthode qualitative, inspirée de la théorisation ancrée, réalisée via entretiens semi-dirigés auprès de 10 médecins généralistes installés dans le département de la Vienne. La transcription et l'analyse intégrative s'est faite sur Word®, l'analyse axiale sur Nvivo14®.

Résultats :

Même si les médecins interrogés sont conscients des conséquences de cette pathologie, elle reste néanmoins peu dépistée de façon systématique. Celui-ci survient lorsque la pathologie est déjà avancée, avec des conséquences que les médecins repèrent. L'accent est mis sur l'ignorance des outils de dépistage, et une insuffisance de formation sur cette famille de pathologie. La prise en charge thérapeutique est d'ailleurs selon eux difficilement réalisable en cabinet de médecine générale, d'où une certaine facilité à l'orientation dans un service spécialisé. Afin de faciliter leur pratique, ils évoquent la nécessité d'orienter celle-ci vers un dépistage systématisé dès le plus jeune âge afin de dépister au plus tôt la présence de signes d'alertes, et de mettre l'accent sur les campagnes de prévention, l'éducation des parents et la distribution d'information.

Conclusion :

L'addiction aux jeux vidéo est une pathologie dont l'amélioration de la prise en charge en médecine libérale selon les médecins pourrait s'orienter vers une optimisation de la prévention primaire, afin d'en limiter les conséquences, et une amélioration de leur dépistage. La diffusion de l'information en est donc l'un des moteurs principaux.

Mots-clés : Jeux vidéo, addiction, médecine générale, prévention, département de la Vienne

IX. Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

