

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Thibaud CONGE

Le 08 Décembre 2022

**Etude de faisabilité du repérage d'un trouble de l'usage du jeu vidéo chez les adolescents par les
professionnels de santé de soins premiers.**

Directrice de thèse : Docteur Isabelle CISAMOLO

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Président

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur

Madame le Docteur Isabelle CISAMOLO

Assesseur

FACULTE DE SANTÉ
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LABARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADQUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARNAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RECHNER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENOUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURARIVIERE Nessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHACHEM Fatemah (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérôme	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SADI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Cécile	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOLHWICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Ella (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Marie	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florenza	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
 P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		 Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julia	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAINO Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VLA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Lella
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

A Madame le Professeur Julie DUPOUY,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, acceptez pour cela mes sincères remerciements.

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Isabelle CISAMOLO,

Merci pour m'avoir aiguillé tout le long de cette thèse. Tes conseils et ton accompagnement m'ont permis de progresser jusqu'à arriver à la présentation de cette thèse. Sois assurée de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,

Je vous remercie d'avoir accepté si promptement de siéger dans ce jury, et de juger mon travail.

Je vous en suis reconnaissant.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail.

Recevez le témoignage de ma reconnaissance.

Merci à tous les investigateurs d'avoir accepté de participer à ce projet ainsi qu'à leurs patients.

Merci au Dr Éric LEVY, mon maitre de stage en PN1 qui m'a poussé à me lancer dans cette aventure et de m'avoir soutenu tout le long de cette thèse (j'ai hâte de goûter à la nouvelle cuvée d'Evelyne !).

A ma mère, de m'avoir fait x relectures de mon manuscrit (plus que le mémoire et c'est fini !).

A Arthur, de m'avoir supporté (dans les 2 sens du terme) pendant tout ce travail.

A Benjamin, Fanny, Mathilde et Oriane dont je leur faisais part de mon anxiété chronique autour de ce projet et qui m'ont soutenu. Enfin tous thésés ! Il ne reste plus qu'à la fêter !

Table des matières

Introduction.....	2
Contexte.....	2
Objectifs de l'étude.....	5
Méthode.....	6
Type d'étude.....	6
Procédure de sélection du questionnaire choisi.....	6
Populations et critères d'inclusion et exclusion.....	7
Protocole.....	8
Analyse statistique.....	8
Résultats.....	9
Discussion.....	17
Limites.....	17
Forces.....	17
Discussion autour des résultats.....	18
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	27
Annexes.....	30
Annexe 1 : Lettre d'information à destination des investigateurs.....	30
Annexe 2 : Fiche de repérage de l'usage problématique des jeux vidéo chez l'adolescent 10-18 ans.....	31

Introduction

Contexte

Le jeu vidéo est devenu en l'espace de 70 ans un des biens culturels le plus diffusé dans le monde. Ils ont évolué depuis de simples programmes dans les années 50 à des bornes d'arcade à la fin des années 70 puis dans nos domiciles et jusqu'à dans nos poches. Autrefois stéréotypés jeux pour garçons et adolescents solitaires, la société entière s'est désormais emparée de ce divertissement avec 73% de la population jouant de manière occasionnelle dont 50% des joueurs occasionnels sont des femmes. La moyenne d'âge des joueurs est en 2021 de 39 ans d'après le rapport annuel du syndicat des éditeurs de logiciels et de loisirs (SELL) (1).

Les adolescents quant à eux, sont 98% à jouer aux jeux vidéo dont 67% jouent de manière quotidienne (1). Avec la COVID-19, les jeux vidéo et les écrans devinrent un loisir de premier ordre. Ils furent un outil d'adaptation des adolescents face aux répercussions liées au COVID. Malgré les effets positifs du jeu comme l'amélioration des fonctions cognitives, une diminution de l'anxiété et l'entretien physique (jeux vidéo avec des mouvements à effectuer), les différents confinements ont pu augmenter le trouble de l'usage du jeu vidéo (2-4).

Le jeu vidéo faisant partie désormais du quotidien, un usage pathologique voire une dépendance fut décrit pour certains utilisateurs de ces jeux. Selon une revue de la littérature de 2021, la prévalence de l'addiction aux jeux vidéo concernerait environ 2-3% de la population mondiale (tous âges et genres confondus) (5).

Depuis les années 2010, les chercheurs ont établi des critères pour définir un usage inapproprié du jeu. Le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de

2013 inclut le “internet gaming disorder” (IGD) (6). Selon eux, pour définir un usage pathologique du jeu vidéo en ligne, il faut au moins 5 critères validés sur 1 an parmi la liste suivante : 1. Préoccupation par les jeux sur internet (se remémore des expériences de jeu passées ou la personne prévoit de jouer ; les jeux sur internet deviennent l’activité dominante de la vie quotidienne) ; 2. Symptômes de sevrage quand l’accès aux jeux sur internet est supprimé (ces symptômes se caractérisent typiquement par de l’irritabilité, de l’anxiété ou de la tristesse sans signe physique de sevrage pharmacologique) ; 3. Tolérance, besoin de consacrer des périodes de temps croissantes aux jeux sur internet ; 4. Tentatives infructueuses de contrôler la participation aux jeux sur internet ; 5. Perte d’intérêt pour les loisirs et divertissements antérieurs ; 6. La pratique excessive des jeux sur internet est poursuivi bien que la personne ait connaissance de ses problèmes psychosociaux ; 7. Ment à sa famille, à ses thérapeutes ou à d’autres sur l’ampleur du jeu en ligne ; 8. Joue sur internet pour échapper à ou pour soulager une humeur négative ; 9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d’étude ou de carrière à cause de la participation à des jeux sur internet.

La CIM 11 (Classification Internationale des Maladies) de 2018 évoque quant à elle, le trouble du jeu vidéo de manière globale (7). Le trouble du jeu se caractérise par un comportement de jeu persistant ou récurrent qui peut être en ligne ou hors ligne, et qui se manifeste par: 1. Une altération du contrôle sur le jeu (par exemple, le début, la fréquence, l'intensité, la durée, la fin, le contexte) ; 2. Une priorité croissante accordée au jeu au point que le jeu prend le pas sur les autres intérêts de la vie et les activités quotidiennes ; et 3. La poursuite ou l'intensification du jeu malgré l'apparition de conséquences négatives. L’usage du jeu peut être continu ou épisodique et récurrent. Il peut entraîner une détresse marquée ou une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants. Ces caractéristiques sont normalement manifestes sur une période d'au moins 12 mois pour qu'un diagnostic soit attribué, bien que la durée requise puisse être raccourcie si toutes les exigences diagnostiques sont remplies et si les symptômes sont graves.

Il existe différentes échelles anglophones pour essayer de catégoriser l'usage du jeu vidéo. Une revue de la littérature de King et al en 2020, décrit 32 questionnaires utilisables (8). En français on ne retrouve que 5 outils exploitables d'après Plessis et al (9). Les outils proposés furent exploités dans le cadre d'études avec des échantillons importants mais malgré cela, sur ces 5 outils, aucun ne fut utilisé dans le cadre d'une consultation. Ce travail est donc novateur par le fait que l'investigateur est un professionnel de santé qui, lors d'une consultation, va explorer ce trouble avec l'aide d'un des tests existants ici le Gaming Scale addiction 7 (GAS-7).

Le GAS-7 est un test en 7 items évalués selon une échelle de Likert de cinq points de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Chacun des items évalue une composante d'une addiction comportementale (10).

On retrouve ainsi la saillance, quand le jeu devient la principale activité de la personne et que celui-ci préoccupe le patient. « As-tu pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ? ».

On note la tolérance qui est évaluée avec la nécessité de devoir augmenter son temps de jeu pour ressentir le même effet. « As-tu passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ? ».

On évalue les modifications d'humeur, le jeu servant ainsi à échapper à la réalité et à des émotions négatives. « As-tu joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie / la vie réelle ? ».

On score le manque, ce sont les sensations psychologiques et physiologiques inconfortables quand la personne ne peut plus jouer ou diminuer le jeu. « Est-ce que tu t'es senti(e) mal lorsque tu étais incapable de jouer ? ».

On évalue aussi les tentatives de réduire voire d'arrêter le jeu. « Est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire ton temps de jeu ? ».

On constate si le jeu entraîne des conflits interpersonnels. Ceux-ci peuvent entraîner des disputes, des mensonges et de la négligence. « Est-ce que tu t'es disputé(e) avec d'autres (famille, amis) à propos de ton temps passé à jouer aux jeux vidéo ? ».

La dernière composante est les problèmes résultants d'un excès de jeux vidéo. Ces problèmes prenant ainsi le pas sur les activités, les études, le travail. Ils peuvent entraîner une sensation de perte de contrôle par la personne. « As-tu négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer aux jeux vidéo ? ».

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la faisabilité du repérage d'un trouble de l'usage du jeu vidéo chez les adolescents par le GAS-7. Ce repérage devant être réalisable par les professionnels de santé de soins premiers.

Par la suite, cette étude a pour objectifs secondaires d'observer l'effet du repérage sur la pratique du professionnel et de décrire l'usage du jeu vidéo chez les adolescents de 10-18 ans.

Méthode

Type d'étude

C'est une étude de faisabilité concernant l'utilisation d'un questionnaire de repérage, ici le GAS-7, d'un trouble de l'usage du jeu vidéo chez les 10-18 ans dans le cadre de l'activité courante d'un professionnel de santé de soins premiers. Cette étude est descriptive et transversale.

Procédure de sélection du questionnaire choisi

Afin de sélectionner le questionnaire utilisé pour cette étude, une recherche bibliographique a préalablement été faite en utilisant les moteurs de recherche PUBMED, GOOGLE SCHOLAR et SUDOC. Les mots-clés pour PUBMED furent: (gaming disorder) AND (family therapy); (gaming disorder) or (videogame addiction) and (early diagnosis); (Problematic videogame playing); Tejeiro. Ces mêmes mots-clés furent aussi utilisés pour GOOGLE SCHOLAR avec en plus le mot-clé (addiction jeux vidéo). Pour le moteur de SUDOC, ce fut (addiction jeux vidéo). Le critère d'inclusion des articles fut la langue, à savoir français et anglais.

Lors de la rédaction de cette étude, plusieurs questionnaires existaient déjà et avaient été validés notamment en anglais (8). La difficulté principale fut de réussir à trouver des tests traduits en français et validés. La revue de la littérature de Plessis et al retrouve 5 scores utilisables en langue française : le Internet Addiction Test (IAT), le Problem Video Game Playing (PVP), le Gaming Addiction Scale (GAS-7), le Questionnaire de Mesure de l'Intensité des Conduites Addictives (QIMCA) et l'Internet Gaming Disorder 20 (IGD-20). (9)

La population cible de l'étude est l'adolescent de 10-18 ans. Parmi ces 5 scores, seulement 2 ont été validés avec des échantillons exclusivement adolescents : le PVP et le GAS-7. Néanmoins, le PVP a été validé avec un échantillon d'adolescents souffrant de Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité (11) à l'inverse du GAS-7 (12). Ainsi, le score du GAS-7 fut sélectionné dans le cadre de cette étude de faisabilité.

Populations et critères d'inclusions et d'exclusions

Les investigateurs choisis sont les professionnels de santé de soins premiers. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) intègre dans les soins premiers : les médecins généralistes, les infirmiers et les spécialistes consultables en accès direct. (13) Le nombre d'investigateurs fut fixé à la suite de la lecture de l'article de Billingham et al. (14). Dans cet article, l'auteur retrouve une variabilité importante de la taille des échantillons et conclut, qu'il n'y a pas besoin de nombre de sujets nécessaires à une étude de faisabilité. Néanmoins, il observe que le nombre médian de l'échantillon dans sa revue était de l'ordre de 30. Ainsi, l'échantillon souhaité de l'étude devra tendre vers 30.

La population que les investigateurs doivent interroger comporte en critères d'inclusions à la fois l'âge du mineur (10-18 ans) et la pratique du jeu vidéo. Le critère d'exclusion est que le jeune interrogé ne parle pas français et qu'il ne soit pas joueur.

Le recrutement des investigateurs fut effectué sur les réseaux sociaux utilisés par les professionnels de santé (divers groupe FACEBOOK de médecins et d'internes) ainsi que par réseaux (annexe 1). Les investigateurs sont des médecins généralistes, des internes en médecine générale, un pédiatre et une infirmière ASALEE répartis sur la France. Les questionnaires furent diffusés sous format WORD et PDF et récupérés par retour mail.

Les critères d'inclusions des investigateurs sont les professionnels de santé de soins premiers et exerçant en France. Les facteurs d'exclusions sont les investigateurs non professionnels de santé de soins premiers.

Protocole

Au cours de l'étude, chaque investigateur qui recevait un adolescent, quel que soit le motif, pouvait utiliser le questionnaire avec l'adolescent.

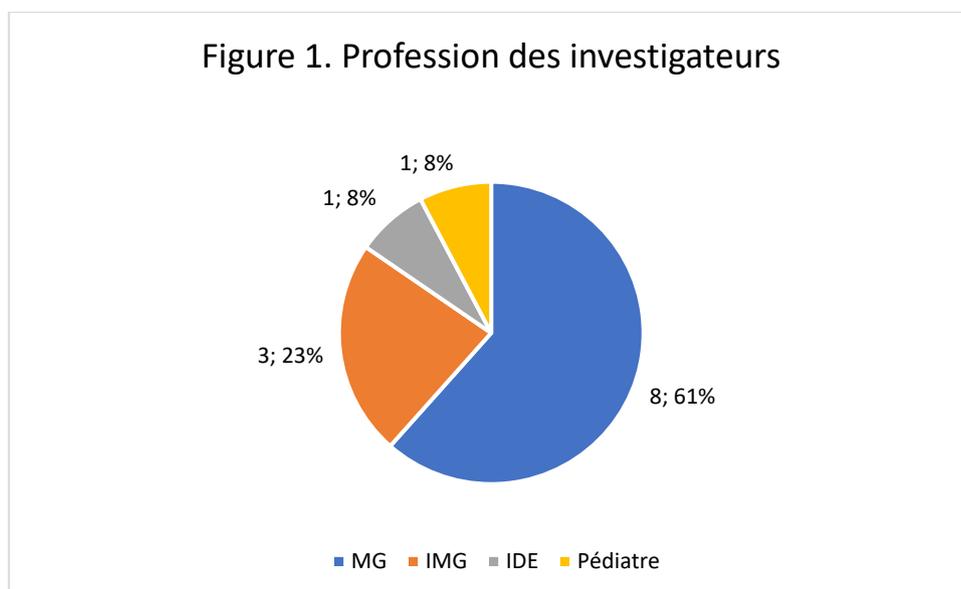
Le questionnaire comporte 3 parties, la première partie sert à décrire l'investigateur et l'adolescent. La seconde partie est le GAS-7. La dernière partie concerne uniquement l'investigateur afin de constater son ressenti face au questionnaire ainsi que son avis sur la faisabilité de cette démarche (annexe 2).

Analyse statistique

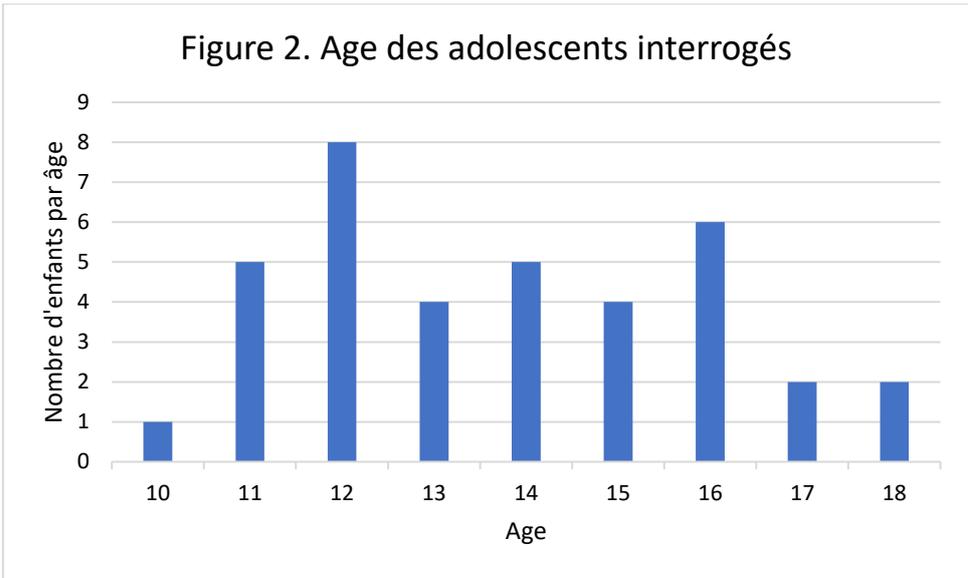
Les résultats seront saisis et analysés informatiquement avec le logiciel EXCEL. Il s'agit d'une analyse descriptive univariée des variables quantitatives et qualitatives et d'une présentation des données qualitatives et quantitatives. Les données seront exprimées en pourcentage et en effectifs.

Résultats

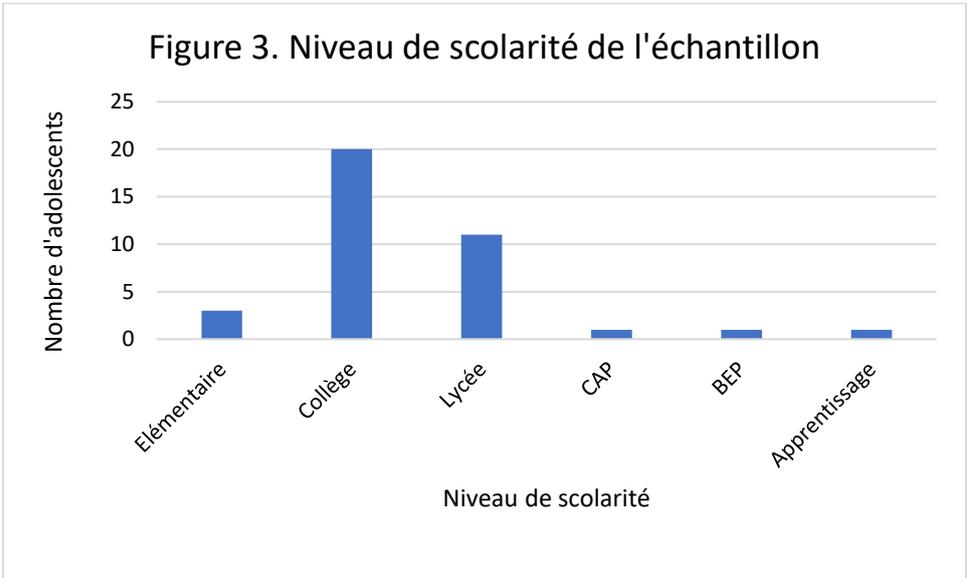
La période de recueil des questionnaires fut de Mai à Août 2022. Treize investigateurs ont accepté de participer à l'étude : huit médecins généralistes (MG), trois internes de médecine générale (IMG), une infirmière ASALEE (IDE) et un pédiatre. Les médecins généralistes exercent tous en libéral, sept sont en exercice de groupe et un exerce seul. Les médecins généralistes sont en activité dans des zones rurales, semi-rurales et urbaines. Les internes étaient en stage en milieu rural au moment du recueil des questionnaires. Les internes qui ont participé à l'étude sont en stage ambulatoire soit de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) soit en Stage Femme-Enfant (SFE) et sont tous rattachés à la faculté de médecine de Toulouse Rangueil.



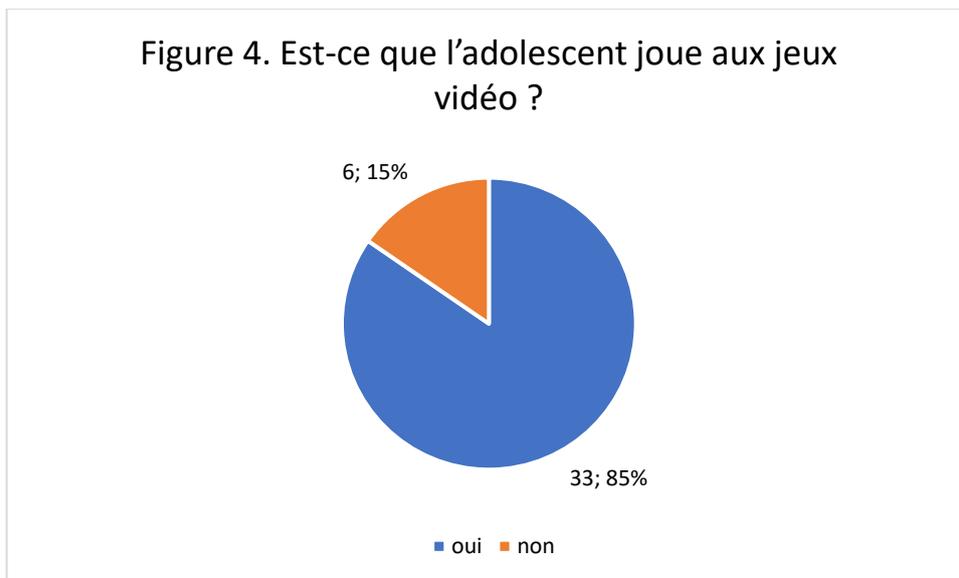
Les investigateurs ont recueilli 39 questionnaires. Parmi les adolescents interrogés, la médiane d'âge est de 13.9 ans. Dans cet échantillon il y a 65% (n=24) hommes et 35% de femmes (n=13). Il manque ces informations pour 2 adolescents.



Le niveau scolaire des adolescents s'étend de l'élémentaire au secondaire et inclut aussi des adolescents qui sont en formation professionnelle : 3 adolescents sont ainsi à l'école élémentaire, 29 sont dans le secondaire, 1 adolescent en BEP, 1 en CAP et 1 en apprentissage (il manque ces informations sur 2 adolescents).

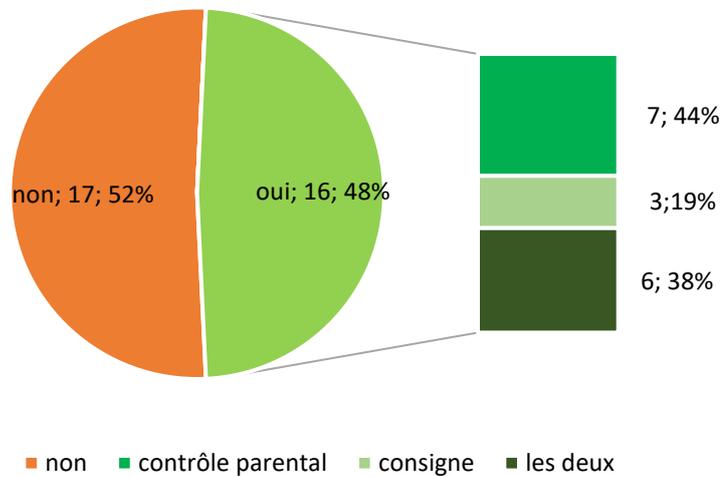


33 adolescents (soit 85% de l'échantillon) déclarent jouer aux jeux vidéo tous supports confondus (de la console à l'ordinateur mais aussi le smartphone et la tablette). Parmi les non-joueurs il y a 4 femmes (soit 10% de l'échantillon) et 2 hommes (soit 5% de l'échantillon).

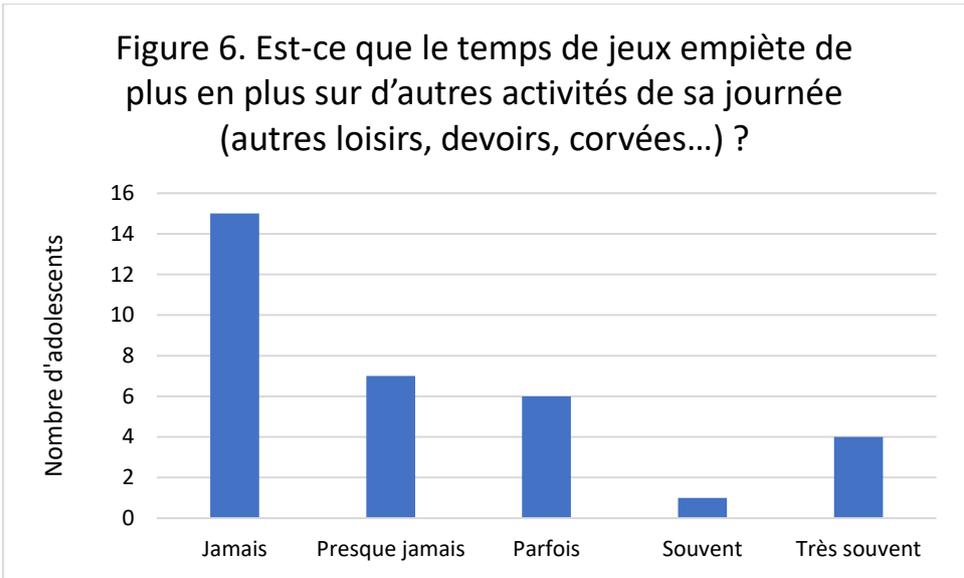


Seulement 16 des 33 adolescents ont un système de contrôle du jeu chez eux (soit 48%). Ces systèmes de contrôle, peuvent être des systèmes dits passifs, type contrôle parental, installés sur le support de jeu. On les retrouve chez 7 adolescents (soit 44%). On relève aussi le cadre de vie, avec des consignes de temps de jeu imposées par les parents, pour 3 adolescents (soit 19%). On constate que pour 6 adolescents (soit 38 %), leurs parents utilisent les 2 systèmes.

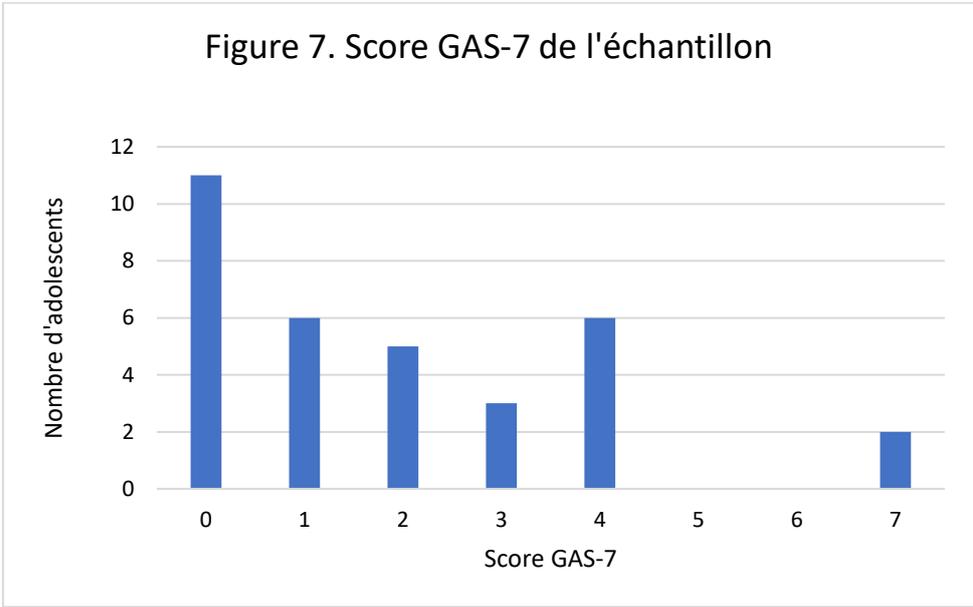
Figure 5. Est-ce qu'il existe un système de contrôle du jeu à la maison ?



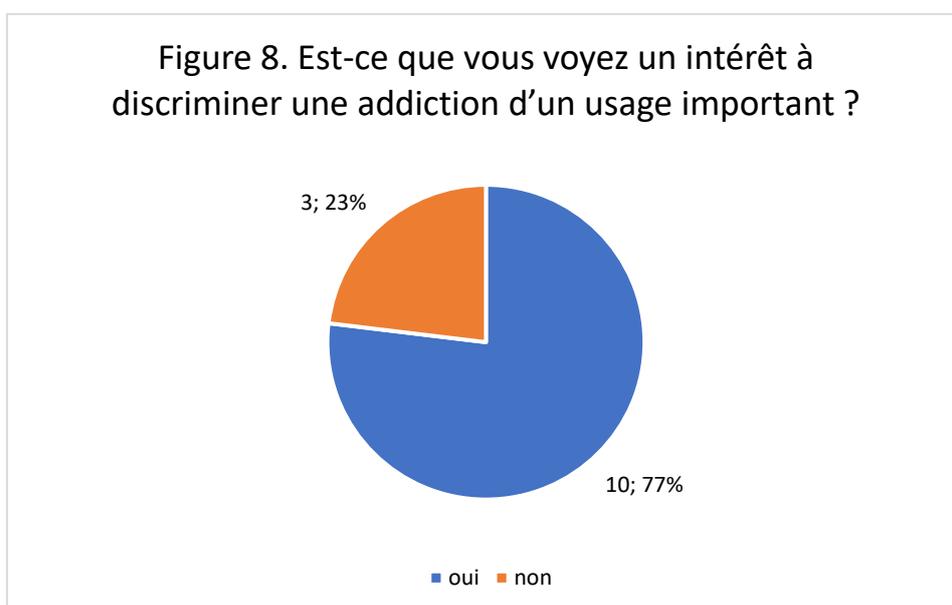
Afin d'évaluer le retentissement de l'usage du jeu vidéo, il est demandé à l'adolescent si son usage devient plus important au détriment de ses autres activités. Pour 15 d'entre eux cela n'est jamais le cas (soit 45%) voire presque jamais le cas pour 7 autres (soit 21%). Néanmoins, pour 33% des adolescents cela a un retentissement sur les autres activités soit parfois (6 adolescents soit 18%), souvent (1 adolescent soit 3%), voire très souvent pour 4 adolescents (soit 12%).



Le GAS-7 a été ensuite utilisé pour évaluer si les adolescents interrogés avaient un trouble de l'usage du jeu vidéo. On présume d'un niveau d'usage problématique de jeu vidéo voire d'une addiction chez les adolescents joueurs si dans le GAS-7, ils répondent « parfois », « souvent » ou « très souvent » à au moins 4 questions. Ici, on retrouve 8 adolescents ayant un usage problématique du jeu vidéo. Ce qui fait sur l'échantillon total 24% ayant un usage problématique du jeu vidéo.

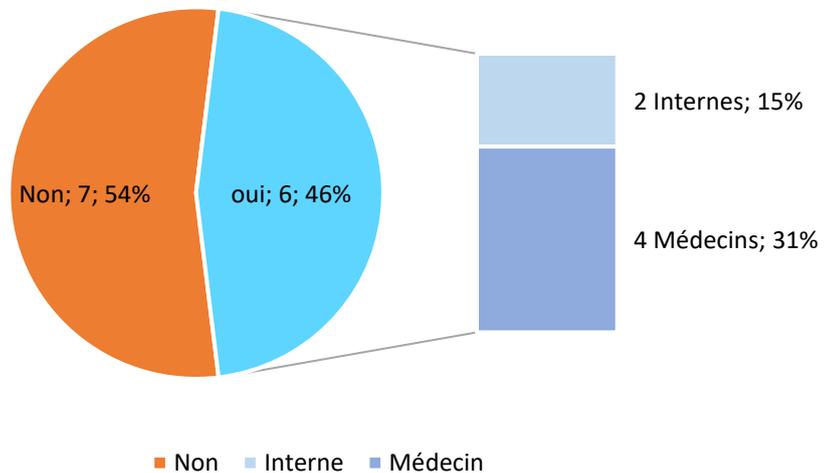


Après avoir interrogé les adolescents, le questionnaire recueille le ressenti et les avis des investigateurs sur le repérage du trouble de l'usage du jeu vidéo. Les investigateurs furent interrogés sur l'intérêt de discriminer un usage problématique, d'une addiction. Sur les 13 investigateurs, 10 d'entre eux voient un intérêt à séparer ces 2 notions (soit 77%).



Par la suite, le questionnaire demande aux praticiens s'ils ont l'habitude d'aborder la thématique des jeux vidéo avec les adolescents. Sur les 13 investigateurs, 6 ont l'habitude d'évoquer le sujet dont 2 internes et 4 médecins soit 46% de l'échantillon. Parmi les 6 autres, un interne signale qu'il n'évoque pas la thématique du jeu vidéo par oubli et un médecin par manque de temps lors de la consultation.

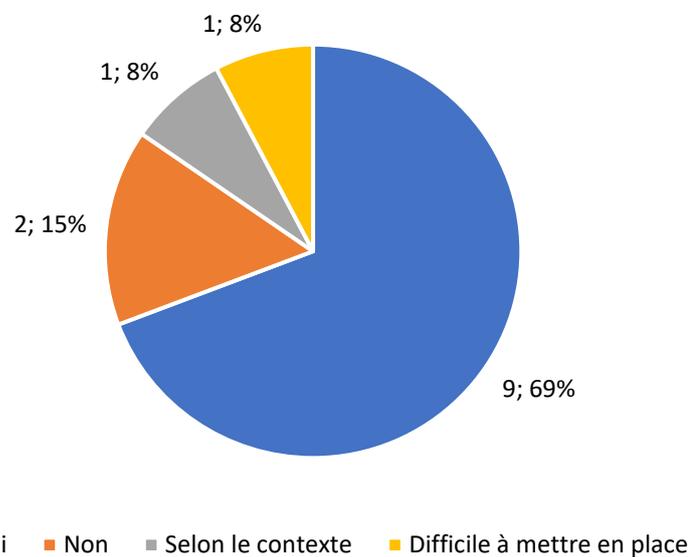
Figure 9. Avez-vous l'habitude d'aborder les jeux vidéo auprès des adolescents ?



Le questionnaire les interroge si aborder la thématique du jeu vidéo modifie leur prise en charge et en quoi. Pour 9 investigateurs cela entraîne notamment un temps de discussion et de conseil à l'adolescent et aux parents sur les jeux vidéo. Selon le contexte, un interne propose la programmation d'une nouvelle consultation dédiée sur le sujet (patient avec score GAS-7 à 7/7). Un des médecins, en plus des conseils, suggère de réorienter le patient vers un professionnel de santé qui pourrait aider l'adolescent.

Enfin, le questionnaire demande aux investigateurs, s'ils se voient intégrer ce repérage dans leur pratique. Sur les 13 répondants, 9 disent oui sans nuance (soit 69%), 1 répond que cela relève du domaine d'un spécialiste de ce trouble. Enfin de dernier déclare que cela lui semble difficile de l'intégrer dans sa pratique tout en nuancant que selon le profil de l'adolescent il va orienter son anamnèse vers le repérage d'un éventuel trouble.

Figure 10. Est-ce que vous estimez que vous pouvez intégrer ce repérage dans votre pratique ?



Discussion

Limites

Une limite à cette étude est le faible nombre d'investigateurs pouvant entraîner ainsi un biais de classement. Une des raisons éventuelles peut être la méconnaissance de du trouble de l'usage du jeu vidéo. En effet, ce sujet est peu connu en dehors des spécialistes. La classification DSM V a commencé à classer ce trouble en tant que « internet gaming disorder » (IGD) qu'en 2013 et la CIM11 en trouble de l'usage du jeu vidéo en 2018.

Un autre biais serait l'interprétation du IGD. En effet, les études ne s'accordent pas sur les différentes terminologies à savoir : l'addiction, le trouble de l'usage et un usage important non pathologique du jeu vidéo (15,16). Le concept d'usage important non pathologique commence à être décrit dans la littérature depuis 2010 et c'est seulement depuis 2015 que différentes études séparent cet usage, du trouble (15,17–20). Même si ce changement de paradigme est récent, environ 8 investigateurs sur 10 estiment qu'il est important de savoir différencier ces 2 concepts.

Forces

A notre connaissance, cette étude est la seule étude française, réalisée sur la thématique du trouble de l'usage du jeu vidéo chez les adolescents, consultants pour tous motifs avec des professionnels de santé de soins premiers. Elle serait aussi, la seule étude testant la faisabilité en France d'un test de repérage du trouble de l'usage du jeu vidéo en pratique réelle d'exercice.

Malgré le faible nombre de répondants, cette étude a l'avantage d'avoir une diversité de professionnels de santé qui peuvent prendre en charge des adolescents.

Cette étude permet aussi de sensibiliser de manière spécifique les professionnels de santé sur l'importance du repérage et de l'impact du jeu vidéo. Diffuser des études sur cette problématique offre une base scientifique et une aide pour les praticiens à savoir comment orienter une consultation sur ce sujet.

Discussion autour des résultats

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'appliquer le GAS-7 en repérage d'un trouble de l'usage du jeu vidéo. D'après les résultats, plus de 8 investigateurs sur 10 estiment pouvoir intégrer dans leur pratique de manière systématique ou adaptée selon l'adolescent face à eux.

Plus de 8 adolescents sur 10 de notre étude jouent à des jeux vidéo. D'après le SELL, 98% des enfants de 10 à 14 ans jouent aux jeux vidéo et 89% des 15-24 ans (1). Un des biais possibles expliquant une discordance peut être la faible proportion de la population des 10-18 ans ayant répondu à l'étude.

On constate qu'environ une moitié des adolescents ont un contrôle de la part des parents sur leur usage du jeu vidéo. D'après le SELL (1), 92% parents déclarent connaître le principe du contrôle parental mais seulement 48% l'exploitent. Ces résultats se rapprochent donc de ceux objectivés dans notre étude. Un travail de recherche pourrait être mené par la suite pour essayer de comprendre pourquoi les parents en France ne s'emparent pas de ces outils. De plus, le contrôle parental ne peut suffire à lui seul. Il faut

aussi que les parents adhèrent au message de santé publique sur les écrans et les jeux vidéo pour leurs enfants. Il existe par exemple les « 4 pas » de Sabine Duflo, qui est un concept donnant des conseils simples et facilement applicables pour les parents (21). Une étude sur les représentations des parents français par rapport aux jeux vidéo et sur comment ils les gèrent avec leur enfant serait aussi intéressante à explorer.

Le trouble de l'usage du jeu vidéo est un phénomène relativement marginal. Selon une revue de la littérature, le Internet Gaming Disorder (IGD) touche 1.6% des adolescents de 14 à 17 ans en Europe et 5.1% des adolescents sont à risque de le développer (22). Une des limites de cette revue de la littérature est notamment la multiplicité des tests de repérage IGD utilisés, entraînant une fluctuation de la prévalence selon les tests utilisés.

Dans notre étude, 1 adolescent sur 4 a un trouble de l'usage du jeu vidéo soit plus que la prévalence connue. Plusieurs raisons pourraient l'expliquer. Nous pouvons notamment évoquer le biais de sélection par l'investigateur qui est libre de choisir parmi les adolescents qui consultent, lesquels sont les plus à risque selon ses représentations. Nous constatons aussi une surreprésentation des hommes (environ 2 hommes pour 1 femme). Cela révèle peut-être que pour les investigateurs, leur image des joueurs « pathologiques » sont majoritairement des hommes et donc qu'ils vont plus facilement les interroger. Or d'après le rapport (SELL) (1) 50% des joueurs sont des femmes. Le fait que notre échantillon comporte majoritairement des hommes peut donc entraîner une surestimation du trouble de l'usage des jeux vidéo. En effet, d'après Müller et al 3.1% des adolescents ont un IGD contre 0.6% des adolescentes (23).

Notre étude a été réalisée en 2022, soit après les différents confinements et mesures restrictives qui ont eu lieu dans le pays à la suite de la COVID 19. Cette conjoncture a pu avoir un impact sur le risque de développer un trouble de l'usage du jeu vidéo ou d'autres troubles de l'usage associés aux écrans (23,24).

L'usage important et non pathologique du jeu vidéo devient une notion-clé depuis l'avènement de l'eSport. L'eSport est défini comme l'ensemble des pratiques permettant à des joueurs de se confronter par le jeu vidéo (25). L'eSport peut devenir ainsi à l'instar du sport, une profession avec un revenu conséquent sans pour autant que le joueur développe un trouble de l'usage du jeu vidéo. On peut s'interroger sur une éventuelle causalité entre la majoration des heures de jeux vidéo dans le but de faire de l'eSport et une majoration des troubles de l'usage du jeu vidéo chez cette population.

Le GAS-7 a été exploité dans d'autres études. On le retrouve essentiellement dans des études pour valider le questionnaire.

Lors de la première étude validant le GAS-7 par Lemmens et al. en 2009, 2 échantillons d'adolescents furent recrutés dans différents collèges et lycées du Pays-Bas pendant le temps scolaire (10). Les résultats ont mis en évidence que 9.4% des adolescents du premier échantillon (n = 644) et 9.3% des adolescents du second échantillon (n= 573) ont un trouble de l'usage du jeu vidéo. L'utilisation de 2 échantillons permet d'effectuer une validation croisée de la population. En effet, le même questionnaire a été utilisé pour ces deux échantillons indépendants de joueurs adolescents. Cette étude a permis d'évaluer la structure dimensionnelle hypothétique de l'échelle de dépendance aux jeux.

L'étude de Gaetan et al. a servi à la validation du GAS-7 en français (12). 2 échantillons d'adolescents ont été sélectionnés. Le 1^{er} échantillon d'adolescents (n=159) a été recruté pendant le temps scolaire avec l'aide d'un des investigateurs au sein de différents établissements scolaires. Il avait pour but de prouver la validité interne du test. Le 2nd échantillon (n=306) a été recruté via des annonces dans des établissements scolaires ainsi que sur internet. Son objectif était de confirmer la structure factorielle et la validité interne du GAS à 7 items, et d'examiner sa validité concurrente auprès d'un échantillon plus large d'adolescents. Cette étude montre que 12.6% des adolescents du premier échantillon et 28.1% du second échantillons d'adolescents de 10 à 18 ans possèdent un usage problématique du jeu vidéo. Un tel écart entre ces 2 populations peut en partie s'expliquer sur la méthode de recrutement qui diffère entre les 2 échantillons ainsi que la différence de taille des deux échantillons.

Une étude de Khazaal et al a été réalisée sur des adultes suisses francophones (n=3318) et allemands (n=2265) lors de leur service militaire (26). Le but de l'étude est de vérifier la possible généralisation du test sur une population adulte. Il révèle que 10.6% des suisses francophones et 8.1% des suisses allemands ont un trouble de l'usage du jeu vidéo. Un objectif secondaire de l'étude était d'effectuer une validation croisée de deux échantillons provenant de différentes régions linguistiques de Suisse - francophone et germanophone - et d'évaluer l'invariance ou la propriété d'équivalence du GAS-7 entre ces deux groupes linguistiques.

Une étude menée par Bodin et al a été réalisée en France dans 10 lycées privés et 10 lycées publics du département d'Ille-et-Vilaine (27) . Elle a mis en évidence que 25.1% des adolescents de 14 à 20 ans qui ont répondu à l'étude et qui étaient joueurs, avaient un trouble de l'usage du jeu vidéo. Les questionnaires étaient remplis en ligne par l'adolescent. Les auteurs critiquent le résultat de cette prévalence en raison de la période durant laquelle cette étude fut menée à savoir de janvier à mars 2021 soit pendant la pandémie COVID. Durant cette période il y avait eu une majoration du temps d'écran et de jeux vidéo par les adolescents et donc une majoration du risque du trouble de l'usage du jeu vidéo (23,24). Leur prévalence se retrouve proche de celui de notre étude à savoir 24 % d'adolescents ayant un trouble de l'usage du jeu vidéo.

Ainsi les études faites avec le GAS-7 révèlent une certaine fluctuation de la prévalence du trouble de l'usage du jeu vidéo allant du simple au triple. Le choix de l'échantillon, son âge moyen, la période, le modèle de recrutement ainsi que la méthode de recueil des tests, sont autant de critères qui semblent avoir une incidence notable sur le résultat obtenu. Cela interroge sur les capacités de ce test en conditions réelles à être assez fiable pour discriminer un trouble de l'usage du jeu vidéo.

Il existe différents tests de repérage des troubles de la santé mentale en soin primaire. Par exemple, le test BITS permet avec 4 questions de repérer un éventuel mal-être voire un risque suicidaire chez l'adolescent (28,29). Un de ses intérêts est d'être rapide et facile à utiliser.

Cela peut-être une piste pour faire du repérage en soin primaire d'un trouble de l'usage du jeu vidéo. Au lieu de faire un test de 7 questions avec 5 choix possibles pour l'adolescent, créer un test simplifié de repérage pourrait être facilitant pour les professionnels de santé. Si par la suite, le test se révèle positif, faire passer un test à l'instar du GAS-7 en seconde ligne serait alors pertinent. C'est notamment une des options que propose un des investigateurs.

Un autre investigateur propose dans cette même logique, que le professionnel de santé de soins premiers utilise uniquement ce test simplifié. En cas de positivité, il orienterait le patient vers un autre confrère qui serait plus habilité pour faire du dépistage du trouble de l'usage comme par exemple un pédopsychiatre ou un addictologue ou tout autre professionnel formé au diagnostic de ce trouble.

L'étude révèle certains freins pour réaliser ce repérage. Les investigateurs évoquent notamment le manque de connaissance sur le sujet. Celui-ci peut entraîner des conséquences non négligeables. En effet, le manque de connaissance peut entraîner un défaut de prise en charge du patient et une aggravation de sa situation de mésusage.

Ce trouble de l'usage relativement récente n'est reconnu que depuis les années 2010. Les addictions comportementales de manière générale ne sont enseignées que brièvement durant les études de médecine et seulement depuis une dizaine d'années. Du fait de sa relative nouveauté, ce trouble nécessite une sensibilisation et une appétence des praticiens à ce problème de santé publique.

Un autre frein soulevé par un des médecins pour faire ce repérage est le temps de consultation. La Direction des Recherches des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) évalue que le temps moyen d'une consultation chez un médecin généraliste est de 15 min (30). Aborder le sujet des jeux vidéo avec un adolescent lors d'une consultation pour tous motifs, alors qu'il ne l'évoque pas spontanément ni sa famille, risque de prolonger la consultation et de ne pas être efficient. Il faudrait réussir à faire de la prévention de manière perlée sur différentes consultations rapprochées (avec un risque de perdus de vue) ou bien le faire sur une consultation dédiée à la prévention des risques chez l'adolescent.

Depuis 2019, le ministère de la santé a organisé 3 consultations prises en charge 100% par l'assurance maladie sans avance de frais (31). Une consultation entre 8 et 9 ans, une entre 11 et 13 ans et enfin une consultation entre 15 et 16 ans. Ces temps de consultation permettent de faire un bilan avec les enfants lors de leur passage vers l'âge adulte. Il serait intéressant d'observer la possible exploitation par les parents de ce dispositif, afin de réaliser des bilans de santé transversaux (santé physique et mentale) et préventifs chez leur enfant.

On note, par ailleurs, que le carnet de santé se centre majoritairement sur un bilan somatique de l'enfant. Une évaluation plus globale incluant la santé mentale serait pertinente. Depuis la pandémie de la COVID-19, de nombreuses études ont été menées afin d'évaluer le retentissement des confinements sur la vie des enfants, leur santé mentale et leur usage du jeu vidéo (32–35). Si la future version du carnet de santé proposait aussi un bilan psychologique, addictif ou tous autres risques chez les adolescents cela permettrait de mettre en place une prise en charge globale chez tous les adolescents.

L'étude de Bodin et al plébiscite l'intégration du médecin généraliste dans le repérage de ce trouble de l'usage (27). En effet, nous sommes les premiers professionnels de santé en contact des familles. Le médecin traitant connaît les relations intrafamiliales de ses patients. Il peut ainsi encourager les parents à améliorer le cadre éducatif qu'ils créent. Il peut aussi repérer un changement d'attitude chez l'adolescent entre 2 consultations et sensibiliser les familles.

Conclusion

L'objectif principal de ce travail était de constater la faisabilité de la mise en place d'un test pour le repérage d'un trouble de l'usage du jeu vidéo. D'après la majorité de nos investigateurs ce repérage est possible à instaurer.

En objectif secondaire, nous nous interrogeons si le repérage entraînait une modification de la prise en charge des investigateurs face à leurs patients adolescents. Nous constatons que la majorité des investigateurs change sa prise en charge à la suite du repérage.

Ce travail a aussi permis d'observer dans un échantillon d'adolescents leur relation aux jeux vidéo et le cadre parental instauré autour de celui-ci.

C'est à notre connaissance, la première étude en France, où le GAS-7 est évalué pendant un temps de consultation par des professionnels de santé de soins premiers. Elle permet de tester en condition réelle, l'utilisation de ce test lors d'une consultation. Une étude de plus grande ampleur permettrait par la suite de valider l'utilisation de ce test en condition de consultation.

On pourrait par la suite explorer de manière plus approfondie les facteurs limitants l'instauration d'un tel repérage par les professionnels de santé.

Depuis la fin des mesures restrictives liées à la COVID 19, il serait intéressant de comparer l'usage du jeu vidéo par les adolescents avant, pendant, et après ces mesures. Nous pourrions ainsi évaluer les conséquences à long terme de la COVID 19 sur la prévalence du trouble de l'usage.

Une autre piste à envisager, serait d'analyser en France, la relation des parents avec le jeu vidéo et leur posture par rapport à leurs enfants sur cette activité. L'étude de leur connaissance sur l'impact que le jeu vidéo et son excès d'utilisation peut avoir sur le bien-être de leur enfant serait aussi intéressante à rechercher.

Au regard de la place que prend le jeu vidéo dans la vie quotidienne de tous et grâce ou à cause de l'avancée ultra rapide des technologies, de nombreuses études voient et verront le jour pour en mesurer l'impact sur notre vie et la relation à l'autre. Les professionnels de santé devront prendre conscience de ce phénomène pour repérer, orienter et soigner leurs patients présentant des troubles de l'usage du jeu vidéo.

Toulouse, le 15/11/2022

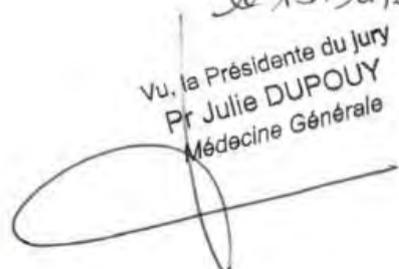
Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



le 15/11/2022

Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale



Bibliographie

1. Syndicat des éditeurs de logiciels de loisirs. L'essentiel du jeu vidéo : chiffres 2021 du marché français du jeu vidéo. Google Docs. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1tdJ55p8H9JDqCJZVuI9-VEqe5PPS00Aw/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
2. Granic, Isabela; Lobel, Adam; Engels, Rutger C. M. E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66–78. doi:10.1037/a0034857
3. Tavormina MGM, Tavormina R. Video Games and COVID-19: How Do Lockdown And addiction Interact? *Psychiatr Danub*. sept 2021;33(Suppl 9):152-7.
4. Teng Z, Pontes HM, Nie Q, Griffiths MD, Guo C. Depression and anxiety symptoms associated with internet gaming disorder before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *J Behav Addict*. 10 mars 2021;10(1):169-80.
5. Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. juin 2021;55(6):553-68.
6. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015
7. World health organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1448597234>
8. King DL, Chamberlain SR, Carragher N, Billieux J, Stein D, Mueller K, et al. Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clin Psychol Rev*. 1 avr 2020;77:101831.
9. Plessis C, Altintas E, Guerrien A. Addiction aux jeux vidéo en ligne : étude comparative des outils de mesure en langue française. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mars 2019;177(3):216-22.
10. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychol*. 26 févr 2009;12(1):77-95.
11. Bioulac S, Arfi L, Michel G, Bouvard MP. Intérêt de l'utilisation du questionnaire des problèmes associés aux jeux vidéo de Tejero (Problem Videogame Playing : PVP). Étude exploratoire chez des enfants présentant un TDA/H. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2010;168(8):632-5.
12. Gaetan S, Bonnet A, Brejard V, Cury F. French validation of the 7-item Game Addiction Scale for adolescents | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1162908814000267?token=F346F380238DE1EB8480983BD58C64A7BF6F2477111D892D233CEDED987F028677ABF08D2E9B833129EA7EB4CD69765E1&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220107101316>

13. L'Institut national de la statistique et des études économiques. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité - [Internet]. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281420>
14. Billingham SA, Whitehead AL, Julious SA. An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in the United Kingdom Clinical Research Network database. *BMC Med Res Methodol*. 20 août 2013;13(1):104.
15. Lehenbauer-Baum M, Fohringer M. Towards classification criteria for internet gaming disorder: Debunking differences between addiction and high engagement in a German sample of World of Warcraft players. *Comput Hum Behav*. 1 avr 2015;45:345-51.
16. Griffiths MD. Toward a consensus definition of pathological video-gaming: a systematic review of psychometric assessment tools. [cité 4 juill 2021]; Disponible sur: https://core.ac.uk/reader/30625280?utm_source=linkout
17. Charlton JP, Danforth IDW. Validating the distinction between computer addiction and engagement: online game playing and personality. *Behav Inf Technol*. 1 nov 2010;29(6):601-13.
18. Colder Carras M, Kardefelt-Winther D. When addiction symptoms and life problems diverge: a latent class analysis of problematic gaming in a representative multinational sample of European adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 avr 2018;27(4):513-25.
19. Deleuze J, Long J, Liu TQ, Maurage P, Billieux J. Passion or addiction? Correlates of healthy versus problematic use of videogames in a sample of French-speaking regular players. *Addict Behav*. juill 2018;82:114-21.
20. Peeters M, Koning I, Lemmens J, Eijnden R van den. Normative, passionate, or problematic? Identification of adolescent gamer subtypes over time. *J Behav Addict*. 1 sept 2019;8(3):574-85.
21. Duflo S. Les 4 Pas (français) [Internet]. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.sabineduflo.fr/vous-et-les-ecrans-conseils-pratiques/>
22. Müller KW, Janikian M, Dreier M, Wölfling K, Beutel ME, Tzavara C, et al. Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 mai 2015;24(5):565-74.
23. Zhu S, Zhuang Y, Lee P, Li JCM, Wong PWC. Leisure and Problem Gaming Behaviors Among Children and Adolescents During School Closures Caused by COVID-19 in Hong Kong: Quantitative Cross-sectional Survey Study (Preprint) [Internet]. *JMIR Serious Games*; 2020 déc [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: <http://preprints.jmir.org/preprint/26808>
24. Paschke K, Austermann MI, Simon-Kutscher K, Thomasius R. Adolescent gaming and social media usage before and during the COVID-19 pandemic. *SUCHT*. 1 févr 2021;67(1):13-22.
25. Association France Esports - Esport : définition, pratiques et disciplines [Internet]. France Esports. 2018 [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <http://https%253A%252F%252Fwww.france-esports.org%252Fesport-pratiques-et-disciplines%252F>

26. Khazaal Y, Chatton A, Rothen S, Achab S, Thorens G, Zullino D, et al. Psychometric properties of the 7-item game addiction scale among french and German speaking adults. *BMC Psychiatry*. 10 mai 2016;16:132.
27. Bodin M, Beuneux F, Esvan M, Le Douaron P. Usage des jeux vidéo chez les adolescents d'Ille-et-Vilaine : intérêt d'un dépistage en médecine générale ? *Inf Psychiatr*. 2022;98(3):197-205.
28. Medecin-ado. Un test fondamental : le BITS TEST [Internet]. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/comment-reperer/un-test-fondamental>
29. Robert M. Automutilations chez les adolescents de 13 à 18 ans: validation du BITS test dans leur dépistage: en consultation de médecine générale. :85.
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La durée des séances des médecins généralistes | [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
31. Assurance maladie. Enfant et adolescent : 20 examens de suivi médical [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-l-enfant-et-de-l-adolescent/enfant-et-adolescent-20-examens-de-suivi-medical>
32. Pasquale C, Chiappedi M, Sciacca F, Martinelli V, Hichy Z. Online Videogames Use and Anxiety in Children during the COVID-19 Pandemic. *Children*. 8 mars 2021;8:205.
33. Gjoneska B, Potenza MN, Jones J, Corazza O, Hall N, Sales CM, et al. Problematic use of the internet during the COVID-19 pandemic: Good practices and mental health recommendations. *Compr Psychiatry*. 2021;152279.
34. Ko CH, Yen JY. Impact of COVID-19 on gaming disorder: Monitoring and prevention. *J Behav Addict*. 6 juin 2020;9(2):187-9.
35. Direction de l'information légale et administrative. Santé mentale des enfants : les conséquences de la crise sanitaire liée au Covid-19 [Internet]. *vie-publique.fr*. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/282439-sante-mentale-des-enfants-consequences-crise-sanitaire-covid-19>

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information à destination des investigateurs

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale, je fais une thèse sur la faisabilité d'un repérage de l'usage problématique des jeux vidéo chez les 10-18 ans. L'objectif de cette étude de faisabilité est d'évaluer l'utilisation, en consultation d'un questionnaire de repérage pour ce trouble de l'usage, le GAS-7.

Je sollicite les médecins/internes généralistes/pédiatres afin de tester ce questionnaire au cours d'une consultation pour tout motif auprès des 10-18 ans.

Le questionnaire fait moins de 2 pages. Il contient 1/2 page d'info sur le patient 1/2page les 7 questions du GAS-7 et la dernière demi-page votre ressenti sur le repérage du jeu vidéo.

Vous pouvez me transmettre les questionnaires à thibaud.tuto@gmail.com. Il me faudrait 1 retour par investigateurs. (le test prend 5 min par patient max).

Je vous remercie par avance de l'aide que vous pourrez m'apporter dans ce travail. Je suis à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Bien à vous

Thibaud Conge

Annexe 2 : FICHE DE REPERAGE DE L'USAGE PROBLEMATIQUE DES JEUX VIDEO CHEZ L'ADOLESCENT 10-18 ANS
GAME ADDICTION SCALE (GAS7)

A remplir par l'investigateur

Date : _____ Investigateur : _____

Age : ans Genre : H / F Scolarité _____

Est-ce que l'adolescent joue aux jeux vidéo ? Oui / Non
 Si oui, lui poser les questions si dessous
 Si non, fin du questionnaire

Est-ce qu'il existe un système de contrôle du jeu à la maison (contrôle parental, timer, planning...) ? Oui / Non
 Si oui, lesquels ?

Est-ce que le temps de jeux empiète de plus en plus sur d'autres activités de sa journée (autres loisirs, devoirs, corvées...) ?

Jamais presque jamais parfois souvent très souvent

<p>1. As-tu pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>
<p>2. As-tu passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>
<p>3. As-tu joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie / la vie réelle ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>
<p>4. Est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire ton temps de jeu ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>
<p>5. Est-ce que tu t'es senti(e) mal lorsque tu étais incapable de jouer ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>
<p>6. Est-ce que tu t'es disputé(e) avec d'autres (famille, amis) à propos de ton temps passé à jouer aux jeux vidéo ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>
<p>7. As-tu négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer aux jeux vidéo ?</p> <p>Jamais presque jamais parfois souvent très souvent</p>

On présume d'un niveau **d'usage problématique** de jeux vidéo voire d'une addiction chez les adolescents joueurs si dans le **GAS7**, ils répondent « parfois », « souvent » ou « très souvent » ≥ 4 questions.

Est-ce que vous voyez un intérêt à discriminer une addiction d'un usage important ?

- Oui
- Non (précisez)

Avez-vous l'habitude d'aborder les jeux vidéo auprès des adolescents ?

- Oui
- Non (manque de connaissance, peu d'intérêt...)

Est-ce que cela a modifié votre prise en charge ?

- Non
- Conseil et échange sur les jeux vidéo avec l'enfant et les parents
- Réorientation vers un confrère/structure
- Programmer une nouvelle consultation sur le sujet
- Autre (précisez)

Est-ce que vous estimez que vous pouvez intégrer ce repérage dans votre pratique ?

- Oui
- Non (précisez)

Envoyez le questionnaire via le QR code en PJ ou à
thibaud.tuto@gmail.com



Etude de faisabilité du repérage d'un trouble de l'usage du jeu vidéo chez les adolescents par les professionnels de santé de soins premiers

Introduction : Les jeux vidéo sont devenus un des objets culturels les plus utilisés par les adolescents. L'adolescent peut développer un trouble de l'usage du jeu. Les professionnels de santé de soins premiers ont besoin d'avoir à leur porter un outil pour repérer un trouble de l'usage chez l'adolescent.

Objectif : Evaluer la faisabilité du repérage d'un trouble de l'usage du jeu vidéo chez les adolescents par le GAS-7 par les professionnels de santé de soins premiers. Estimer si le repérage induit un changement dans la pratique de l'investigateur. Observer la relation de l'adolescent sur le jeu vidéo.

Matériel et méthode : Etude de faisabilité concernant l'utilisation d'un questionnaire de repérage, ici le GAS-7, d'un trouble de l'usage du jeu vidéo chez les 10-18 ans dans le cadre de l'activité courante d'un professionnel de santé soins premiers. Etude descriptive et transversale.

Résultats : 39 questionnaires ont été recueilli par 12 investigateurs. Plus de 8 investigateurs sur 10 estiment que le GAS-7 peut être utilisé dans leurs consultations et que l'utilisation du GAS-7 modifie leur pratique. Plus d'un quart des adolescents de l'échantillon ont un trouble de l'usage du jeu vidéo.

Conclusion : A notre connaissance, c'est la première étude en France, où ce test est évalué pendant un temps de consultation par des soignants de soins premiers. Elle permet de tester en condition réelles l'utilisation de ce test lors d'une consultation. Les soignants veulent l'intégrer dans leur pratique pour mieux prévenir et orienter les adolescents en souffrance.

Mots-clés : trouble de l'usage, jeu vidéo, santé, adolescent, soins premiers

Feasibility study of the identification of a video game use disorder in adolescents by primary care health professionals

Introduction: Video games have become one of the most used cultural objects by adolescents. Adolescent can develop a gaming disorder. Primary health care professionals need a tool to identify videogame use disorder in adolescents.

Objective: To assess the feasibility of having primary care health professionals screen for adolescent video game use disorder using the GAS-7. To estimate if the identification induces a change in the investigator's practice. To observe the adolescent's relationship with video games.

Material and method: Feasibility study concerning the use of a questionnaire for the identification of a video game use disorder from 10- to 18-year-olds in the context of the current activity of a primary care health professional. Descriptive and transversal study.

Results: 39 questionnaires were collected by 12 investigators. More than 8 out of 10 investigators felt that the GAS7 could be used in their consultations and that the use of the GAS-7 modified their practice. More than a quarter of the adolescents in the sample have a video game use disorder.

Conclusion: To our knowledge, this is the first study in France where this test is evaluated during a consultation by primary care providers. It allows to test in real conditions the use of this test during a consultation. Caregivers want to integrate it into their practice to better prevent and orient adolescents in distress.

Key words: use disorder, video game, health, teenager, primary care, GAS-7

Directrice de thèse : Dr CISAMOLO Isabelle

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France