HAL
open science

Addiction aux écrans chez les enfants : étude qualitative menée en Picardie auprès de parents concernant son abord en médecine générale

Charles-Henri Boisseau

▶ To cite this version:

Charles-Henri Boisseau. Addiction aux écrans chez les enfants : étude qualitative menée en Picardie auprès de parents concernant son abord en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02148339

HAL Id: dumas-02148339
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02148339

Submitted on 5 Jun 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE AMIENS

ANNEE 2018 Thèse n°**2018 - 166.**

Addiction aux écrans chez les enfants : étude qualitative menée en Picardie auprès de parents concernant son abord en médecine générale.

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 16 Octobre 2018

PAR

BOISSEAU Charles-Henri

Né le 18 Décembre 1989

A Compiègne (60)

Président de jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jacques FORTANE

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Coordonnateur régional du DES de psychiatrie
à qui je suis reconnaissant pour l'amabilité de son accueil et de sa disponibilité.
En acceptant de présider ce jury, vous me faîtes l'honneur de votre attention.

Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Responsable du centre d'activité "Pédiatrie médicale et médecine de l'adolescent"

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Pour l'honneur que vous me faîtes en participant à mon jury de thèse.

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Gériatrie)

Pour l'honneur que vous me faîtes en participant à mon jury de thèse.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Médecine interne)

Pour l'honneur que vous me faîtes en participant à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Jacques FORTANE

(Médecine générale)

Ma gratitude pour avoir accepté d'être mon directeur de recherche,

pour la qualité de son encadrement et pour ses précieux conseils.

Un remerciement particulier au Docteur Fanny SCHNEIDER, chef de service de Pédiatrie au Centre Hospitalier de Beauvais, pour m'avoir accueilli et accepté que j'effectue mes entretiens.

Merci à l'équipe de GameCash Amiens d'avoir accepté de me prêter vos locaux pour y réaliser mes entretiens. Merci de votre gentillesse et de vos attentions à mon égard.

Merci aux personnes travaillant à la Maison de Santé Pluri-professionnelle Herminie à Bury de m'avoir gentiment accueilli pendant mon semestre chez le médecin généraliste et pendant la réalisation de mes entretiens.

A mes parents, un grand merci pour leurs encouragements et leur confiance qui m'ont permis d'aller au bout de mon cursus universitaire. Vous avez toujours cru en moi et fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.
Merci à mon frère Félix et ma sœur Clémentine pour leur soutien dans mes études. Bien pratique le tonton Charles pour les neveux et nièces !
Un remerciement particulier à Clémentine pour avoir été ma « maman test » et pour la relecture de ma thèse.

A toi Adèle, ma petite femme, je n'ai pas les mots pour exprimer tous les sentiments que j'ai envers toi. Tout d'abord un soutien inconditionnel pendant mon internat, puis tu as su me motiver et m'aider pour la réalisation de ma thèse. Enfin je te remercie d'illuminer mon quotidien.

Je n'oublie pas mes amis proches qui m'ont accompagné pendant toute cette longue aventure que sont les études de médecine. Je n'oublierai pas tous ces bons moments passés en votre compagnie, et vous souhaite une heureuse et longue carrière.

Enfin merci à toute ma famille, à ma future belle famille, à tous les amis et à tous ceux que j'aime, présents ou partis trop tôt, à qui je pense et penserai toujours…

RESUME

Contexte : L'addiction est la première cause de mortalité évitable dans le monde. Avec la modernisation, les enfants sont exposés aux écrans dès leur plus jeune âge et de façon plus prolongée. Les objectifs de l'étude sont de déterminer l'opinion des parents sur l'abord de l'addiction aux écrans chez les enfants en médecine générale ainsi que d'explorer les connaissances et les représentations que se font les parents de cette addiction.

Matériel et Méthodes : Etude qualitative en Picardie, par entretiens semi-dirigés, auprès de parents d'enfants compris entre 1 à 18 ans. Le recrutement s'est effectué dans une maison de santé, un service de pédiatrie et un magasin de jeux vidéo. Le logiciel Nvivo© a permis d'effectuer le codage des entretiens.

Résultats : Seize entretiens ont été réalisés entre août 2017 et mai 2018. Les parents n'ont pas tous la même représentation des écrans : certains y voient une fatalité du modernisme alors que d'autres, un problème de santé publique. S'ils savent reconnaître les premiers signes d'addiction, les parents ne connaissent néanmoins pas toutes les conséquences des écrans. Bien que le médecin traitant semble être la personne de prédilection pour aborder le sujet du fait de son statut professionnel et de la relation de confiance, il n'est qu'un intermédiaire vers un spécialiste pour la prise en charge. Les recommandations leurs étant inconnues, une information sur les dangers des écrans devrait alors être donnée par le médecin, sans qu'une consultation dédiée l'impose.

Conclusion : L'addiction aux écrans, bien que très présente dans les médias, n'est pas encore reconnue comme problème de santé publique. Il apparaît important d'informer au mieux la population sur ses risques par l'intermédiaire du médecin traitant.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 23
II. L'ADDICTION 25
A. Origine du concept 25
B. Principe de l'addiction 27
1. Configuration anatomique 27
2. Configuration fonctionnelle 29
3. Vulnérabilités génétiques et environnementales 30
C. Addiction sans produit 31
III. ETUDE QUALITATIVE 32
A. Introduction 32
B. Matériel et Méthodes 32
1. Choix de la méthode 32
2. Le guide d'entretien 32
3. Recrutement 33
a) Choix du recrutement 33
b) Le recrutement 34
c) L'enquêteur 34
4. L'entretien 34
a) Déroulement des entretiens 34
b) Analyse des entretiens 35
C. Résultats 36
1. Description de l'échantillon 36
2. Les écrans au quotidien 37
a) Normalisation des écrans 37
b) Critique de la société 37
3. Installation de l'addiction 38
a) Les parents 38
b) L'environnement 38
c) L'inactivité 39
d) Facteur psychologique 39
e) Facteurs protecteurs 39

4. Conséquences de l'exposition 40
a) Obsession 40
b) Développement intellectuel et social 40
c) Changement de comportement 41
d) Atteintes somatiques 41
5. Règles de limitation 42
a) Méthode constructive 42
b) Méthode alternative 42
c) Méthode restrictive 42
6. Le médecin traitant 43
a) Légitime 43
b) Illégitime 44
c) Médecin traitant versus spécialiste 44
7. L'abord du sujet en médecine générale 45
a) Conditions 45
b) Instauration du dialogue 45
c) Acteurs de l'entretien 46
d) Solutions du médecin 47
8. Prévention 47
a) Intérêts 47
b) Destinataires 48
c) Méthodes de diffusion 48
d) Prévention à l'école 49
D. Discussion 49
1. Critique de l'étude 49
a) L'enquêteur 49
b) Les participants 50
c) Analyse des résultats 50
2. Analyse des résultats confrontés à la littérature 51
a) Cyberaddiction et dépendance à Internet 51
1 Origine du concept 51
2 Un monde de substitution 51
3 Addiction pathologique 52
b) Addiction aux jeux vidéo 53

c) Facteurs de risque associés à l'usage des jeux vidéo et Internet 54
d) L'enfant et les écrans 55
e) Rôle et intervention du médecin traitant dans les addictions 59
f) Motivations et freins à la prévention 63
g) Prévention et recommandations 63
h) Les écrans et la loi 65
IV. CONCLUSION 67
V. ANNEXE 69
A. Annexe 1 : Guide d'entretien 69
B. Annexe 2 : Evaluation de l'addiction : DSM-5 71
C. Annexe 3 : Entretiens 72
D. Annexe 4 : Codage 73
VI. BIBLIOGRAPHIE 74

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Critère de Goodman. 26
Graphique 2: Top 5 des usages connectés des enfants (2015). 56
Graphique 3: Baromètre de la santé visuelle - Mai 2017, opinionway pour l'ASNAV 59
Graphique 4: Test TSTS-Cafard.....61
Graphique 5: Règle des 3-6-9-12 proposé par S. Tisseron.....64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Echantillonnage.....36
Tableau 2: BITS test.....60

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Le circuit de la récompense parmi les voies sensorielles et de régularisation selon P. Binder.....28
Figure 2: Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à la télévision. *a) Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à moins d'une heure de télévision par jour. b) Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à plus de trois heures de télévision par jour.* 58
Figure 3: Pan European Game Information 65

ABREVATIONS:

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

AJV : Addiction aux Jeux Vidéo

ASNAV : ASsociation Nationale pour l'Amélioration de la Vue

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

CIM : Classification Internationale des Maladies

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (de l'anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DVD : Digital Versatile Disc

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MJV : Magasin de Jeux Vidéo

MMOG : Massively Multiplayer Online Game

MSP : Maison de Santé Pluri-disciplinaire

PC : Personal Computer

PEGI : Pan European Game Information

PMI : Protection Maternelle et Infantile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TSA : Trouble du Spectre Autistique

I. INTRODUCTION

L'addiction, de manière générale, est la première cause de mortalité évitable dans le monde, avec dans près de 30% des cas une mortalité prématurée [1].

L'enfant, et plus particulièrement l'adolescent, est confronté à de nombreux changements physiques et psychologiques. Dans ce contexte, l'enfant est propice à l'expérimentation de nouveaux comportements, et, par la répétition, peut être amené à avoir une conduite d'abus, voire de dépendance.

Depuis le début des années 90, les écrans tels que les télévisions, téléphones portables/Smartphones, ordinateurs et autres tablettes connaissent un développement exponentiel, faisant partie aujourd'hui de notre quotidien. La modernisation est telle qu'en 2014, la quasi-totalité des foyers français (95,7%) était équipée d'au moins un poste de télévision [2], et selon une étude Américaine, en 2010, sur des enfants de 8 à 18 ans, les jeunes seraient sur les écrans environ 7 heures et demie par jour [3].

Ainsi depuis quelque temps, psychiatres, psychologues, mais aussi médecins généralistes voient apparaître, parmi leurs patients, des parents face à leurs enfants ne pouvant plus se passer de ces nouvelles technologies, au point qu'ils mettent de côté d'autres centres d'intérêt, et négligent leurs amis, leur famille, leurs études, ainsi que leur santé.

Devant ces constatations, un intérêt croissant s'est porté sur le principe des « addictions sans drogue », aussi appelées « addictions comportementales » comprenant l'addiction aux écrans, mais aussi la cyberaddiction (sous entendu addiction à Internet) et l'addiction aux jeux vidéo.

Aujourd'hui, les médias se sont emparés du sujet à travers de nombreuses publications, reportages, travaux, présentant le diagnostic, les traitements, et les difficultés rencontrées dans l'approche médicale. En revanche, les addictions sans produit sont peu développées dans la littérature scientifique ou pendant les études médicales.

En pratique, on constate de plus en plus de cas en rapport avec une addiction aux écrans, que ce soit une demande explicite d'un patient en consultation ou bien une simple constatation

au cabinet. L'addiction aux écrans étant alors un réel problème de santé publique, il nous semble intéressant de pouvoir intervenir en médecine générale.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude qualitative. Celle-ci interroge des parents par des entretiens semi-directifs, dans trois lieux différents. Les objectifs étant de déterminer l'opinion des parents sur l'abord de l'addiction aux écrans chez les enfants en médecine générale ainsi que d'explorer les connaissances et les représentations que se font les parents de cette addiction.

II. L'ADDICTION

A. Origine du concept

Le concept d'addiction est ancien, mais le terme d'addiction est d'apparition récente. Il a surtout été développé au profit des conduites de dépendance, depuis les années 1970 aux Etats-Unis et plus particulièrement par Goodman (1990). En revanche des comportements addictifs ont été rapportés bien auparavant. C'est ainsi que plus de 3000 ans avant J.-C., a été décrit un usage addictif de la coca au Pérou et au Chili [4].

Le mot addiction, vieux terme juridique français, provenant du latin (*ad-dicere*), signifiant « contrainte par corps », désignait au Moyen-âge : « ceux qui ne pouvaient s'acquitter de leur dette, et étaient soumis à la disposition du plaignant par le juge ». Jusqu'à la fin du XIXe siècle le terme addiction était employé pour décrire : « la force des habitudes des personnes ». Ce n'est qu'au début du XXe siècle que le corps médical a repris la notion d'addiction pour l'utilisation des stupéfiants et plus particulièrement l'héroïne [5].

En effet, ce terme fut utilisé par les auteurs anglo-saxons à partir des années 1950 pour caractériser les dépendances. Dans les années 1960, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle de dépendance physique et/ou psychique pour aborder la consommation de substances psychoactives. La dépendance est définie alors comme « une pulsion psychique à absorber ou chasser une sensation de malaise ».

Les premières descriptions cliniques de l'addiction sont dues à trois auteurs Américains, Peele et Brodsky en 1977 et Orford en 1978.
Peele et Brodsky établissaient une corrélation entre dépendance aux drogues et dépendance à une personne. Selon eux, c'est d'une expérience que l'on devient dépendant et non d'une substance [6]. La personne devient assujettie à l'expérience qu'elle a vécue et souhaite la reproduire. Par cette réflexion, Peele différencie la dépendance psychologique liée à un syndrome biologique (ou dépendance pharmacologique), de la dépendance psychologique liée à l'expérience de l'individu.
Les premiers critères de l'addiction sont dus à Orford. L'addiction se décomposerait en plusieurs compulsions (à prendre le produit, à s'engager dans le comportement), maintien du

comportement malgré ses conséquences négatives, obsession du produit ou du comportement, culpabilité au décours de l'action, enfin symptômes de sevrage en cas d'interruption brutale [7].

Le psychiatre Goodman a publié en 1990 [8], des critères du trouble addictif (Graphique **1**), critères très proches des critères DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de la dépendance et qui font aujourd'hui autorité. L'addiction, selon Goodman, est une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés : d'une part l'échec répété de contrôler ce comportement, et d'autre part de poursuite la ce comportement malgré ses conséquences négatives.

La définition des addictions selon Goodman :

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

I. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.

2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.

3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.

4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.

5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.

6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.

7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.

8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

D'après Aviel Goodman, 1990

Graphique 1: Critère de Goodman.

Par la suite, d'autres travaux ont repris les critères de Goodman. On y retrouve l'ajout des notion de « craving » (ou perte de contrôle) avant de réaliser le comportement, compulsion, et poursuite du comportement malgré les conséquences négatives.
Pour la première fois, le terme addiction est intégré en 2013 dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-V (ou DSM-V) [9], mais n'est pas encore un diagnostic en raison « *d'une définition encore incertaine et de sa connotation potentiellement négative* ». Les addictions ont été regroupées dans le domaine des « troubles d'utilisation de substance ». Avant cela, le terme « dépendance » était le seul officiellement utilisé, uniquement pour l'utilisation des substances psychoactives et ses conséquences.

B. Principe de l'addiction

1. Configuration anatomique

Pour comprendre l'addiction, il faut d'abord comprendre comment se crée l'acquisition du contrôle de soi. C'est un processus de maturation, à la fois cérébral, fonctionnel et anatomique qui se produit entre le 4ème mois de grossesse et l'âge de 25 ans environ. Selon Binder Philippe, ce processus de maturation est le fruit d'un emboîtement de trois cerveaux, dont le plus récent commande le plus ancien [10].

On compte tout d'abord le cerveau dit reptilien (tronc cérébral et cervelet), siège du contrôle instinctif, mature dès la naissance. Celui-ci agit de façon automatique par rapport à des stimuli sensoriels bruts, avec l'influence de la génétique. Il répond donc à des besoins et permet la gestion de la survie (manger, dormir, se reproduire).

Ensuite le cerveau dit mammifère (essentiellement limbique et une partie des aires associatives et corticales) siège du contrôle analogique, mature vers l'âge de 7 ans. Il confronte les stimuli extérieurs avec sa mémoire émotionnelle et procédurale provenant de l'amygdale et de l'hippocampe. Son contrôle est influencé par l'éducation et

l'environnement culturel, éléments non choisis par l'être vivant. Il répond alors au désir, qui détermine le caractère de l'individu.

Enfin le cerveau dit humain (aire préfrontale et sus-orbitaire), siège du contrôle cognitif, qui se mature progressivement jusque l'âge de 25 ans. Il permet de traiter de façon logique les informations provenant du précédent cerveau, rendant possible l'élaboration de projets, et donc de déterminer la personnalité.

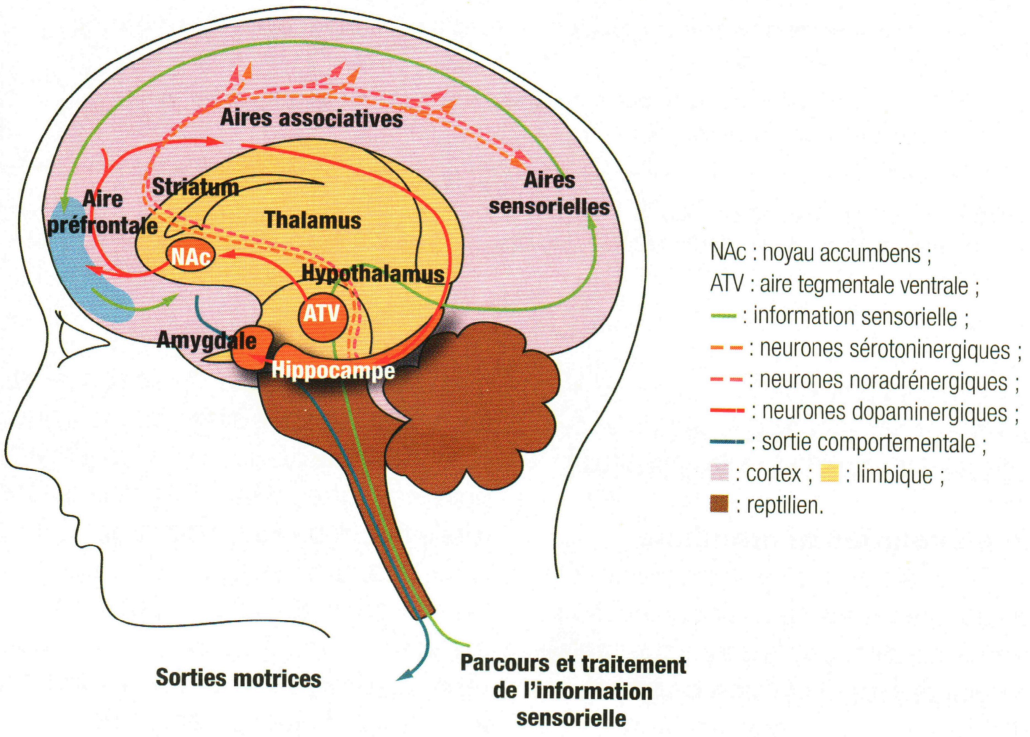


Figure 1: Le circuit de la récompense parmi les voies sensorielles et de régularisation selon P. Binder.

C'est donc par cette conformation que les informations sont traitées par le cerveau : un stimulus part d'un capteur, transite par le tronc cérébral et le thalamus (traitement automatisé), est filtré par les aires associatives et le système limbique (implication de la mémoire donnant un sens au stimuli) et aboutit au niveau frontal (traitement conscient et logique du stimulus).

2. *Configuration fonctionnelle*

Il existe différents types de neurones, qui s'équilibrent entre eux : les noradrénergiques, les sérotoninergiques et les dopaminergiques. Les neurones noradrénergiques augmentent la vigilance et l'attention ; les sérotoninergiques diminuent la réponse à un stimulus, ce qui permet de ne pas sur-réagir et les neurones dopaminergiques, permettent d'exprimer du plaisir ou au contraire de l'anxiété [10].

C'est au niveau du noyau accumbens que les expériences sont intégrées par renforcement positif : une action ayant entraînée un effet positif de bien-être déclenche un processus de plaisir, d'apaisement et d'enregistrement, *via* une décharge de dopamine dans le noyau accumbens [11]. Puis un ralentissement de l'activité se fait au niveau frontal provoquant alors une sensation de détente. Enfin, c'est au niveau des aires associatives et limbique qu'une mémorisation expérience-plaisir est réalisée, au niveau de l'amygdale (pour l'émotion) et de l'hippocampe (pour la procédure). Le tout est alors décrit comme « circuit de récompense ».

La répétition de cette même expérience provoquera alors une décharge en dopamine et également de nouvelles connexions synaptiques. Cette modification est à la base de l'apprentissage [12].
A l'inverse une situation à effet négatif, vécue par un individu, provoque une libération de molécules anxiogènes dysphoriques, anti-opioïdes cholécystokinine et dysnorphine dans le noyau accumbens, ainsi que de la *corticotropin releasing factor* (CRF) dans l'amygdale limbique [13]. Cette expérience négative sera alors acquise par l'individu, ce qui lui permettra d'anticiper la prochaine exposition, le tout sous le contrôle de lobe préfrontal.

Le lobe préfrontal n'est pas encore mature à l'adolescence, il existe donc peu de contrôle sur l'amygdale. Ceci explique ainsi la recherche de récompense par des changements de comportement tels que l'exploration, le besoin de valorisation sociale, l'affectif et les sensations fortes.

3. Vulnérabilités génétiques et environnementales

La plasticité cérébrale s'exerce différemment selon les individus en fonction de leur vulnérabilité génétique et environnementale [10]. La vulnérabilité génétique s'explique par des combinaisons de gènes et contribue à environ 50% de la variance du risque de développer une addiction. Mais celle-ci est également modulée par l'environnement : ainsi, par exemple, un traumatisme dans la petite enfance augmente le risque d'alcoolisme chez l'adulte [14], et, de même, un adolescent de 15 ans ayant des troubles de conduite ou étant à la recherche de sensations, est prédisposé à une addiction à ses 20 ans [15]. Ces deux composantes, associées à une immaturité corticale prédisposent les jeunes aux addictions [16].

A l'inverse, l'environnement peut avoir un impact positif, et prévenir d'un comportement addictif : chez l'animal, un enrichissement sensoriel prévient des comportements addictifs ou des rechutes [17].

C. Addiction sans produit

L'un des pionniers du concept de toxicomanie sans drogue fut Stanton Peele. En effet, il a pu démontrer par la relation amoureuse que l'individu devient dépendant d'une expérience et non d'une substance chimique [6].

C'est avec l'apparition de notre société moderne, et donc du progrès technologique, que sont apparues de nouvelles addictions sans substance. De ce fait, l'addiction « matérielle » est devenue une addiction « virtuelle », avec modification de la notion de plaisir.

Selon Valleur et Valea [18], le concept d'addiction sans drogue est encore controversé. En effet il est aisé de démontrer qu'une substance psychoactive entraîne une modification biologique mesurable, notamment par l'auto-administration chez l'animal, mais qu'en revanche une addiction sans drogue ne permet pas les mêmes mesures. Les frontières entre le normal et le pathologique sont donc ainsi difficilement définies.

Les addictions sans substance correspondent à l'ensemble des activités hédoniques humaines. Elles concernent les activités instinctives, telles que l'alimentation et le sexe, les activités ludiques comme les jeux et les achats, et les activités d'ordre social comme Internet ou le travail. L'addiction sans substance peut aussi concerner les activités dites à « adrénaline » comme la recherche de prise de risque, de sensation forte, ou la pratique régulière et intense d'une activité sportive.

III. ETUDE QUALITATIVE

A. Introduction

Dans cette thèse, nous avons choisi de traiter le sujet au sens large d'addiction aux écrans qui comprend une multitude de sous-addictions, notamment l'addiction aux jeux vidéo et la cyberaddiction. L'enfant y est exposé dès son plus jeune âge, sous de multiples formes.

L'objectif principal de ce travail est de connaître l'opinion des parents sur l'abord de l'addiction aux écrans chez les enfants en médecine générale.

L'objectif secondaire est d'explorer les connaissances et représentations que se font les parents de cette addiction.

B. Matériel et Méthodes

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'entretien semi-directif qui se conformait mieux au sujet. Il permet d'interroger des personnes autour d'un thème prédéfini tout en orientant le discours de la personne interrogée. Le discours n'est pas restreint à des questions fermées permettant à la personne interrogée de développer son avis. Pour répondre au mieux aux objectifs de l'étude, un script d'entretien a été élaboré afin d'orienter les propos des interviewés.

2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (Annexe 2) fut élaboré avant le début des entretiens, avec l'aide des membres de la commission de validation des thèses de la faculté d'Amiens. Cela a permis, entre autre, de ne formuler que des questions ouvertes, afin de permettre aux parents de développer leurs idées.

Par la suite, le guide d'entretien a été modifié afin d'apporter de nouveaux éléments utiles pour répondre au mieux aux objectifs de l'étude.
Auparavant, il a été testé auprès d'un parent correspondant aux critères d'inclusion pour s'assurer du bon déroulement de l'entretien.

Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone analogique.

3. Recrutement

a) Choix du recrutement

L'échantillonnage randomisé n'étant pas adapté pour une thèse qualitative, il a été effectué de façon raisonnée en sélectionnant des adultes en âge d'être parents d'enfants de moins de 18 ans.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir au moins un enfant entre 1 et 18 ans.
- Accepter de consacrer du temps à la réalisation de l'entretien, estimé entre 10 et 15 minutes.

Nous avons volontairement choisi de limiter l'âge minimum à 1 an, puisque avant cet âge, l'enfant n'est pas réellement confronté aux écrans.

Le recrutement s'est déroulé dans trois lieux différents afin d'obtenir une plus grande diversité des avis sur le sujet : la maison de santé de Bury, le service pédiatrique de l'hôpital de Beauvais tous deux situés dans l'Oise (60) et enfin dans un magasin de jeux vidéo (Gamecash®) à Amiens dans la Somme (80).

Le Comité de Protection des Personnes n'a pas été sollicité, conformément à la loi en vigueur, en l'absence d'intervention de soin.

b) *Le recrutement*

Pour le recrutement dans la maison médicale, l'enquêteur a informé la veille par téléphone son intention de venir réaliser des entretiens, afin de s'assurer qu'un local était disponible. L'enquêteur recrutait au niveau du secrétariat des parents ayant des enfants de moins de 18 ans et s'assurait de leur consentement pour réaliser l'entretien.

Afin de pouvoir recruter dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Beauvais, l'enquêteur a au préalable obtenu l'accord du chef de service. Dans le service, il passait de chambre en chambre afin de rencontrer des parents potentiellement incluables. Les entretiens ont été menés dans la chambre parfois en compagnie de membres de la famille et de l'enfant hospitalisé.

En ce qui concerne le magasin de jeux vidéo, l'étude a été présentée à la directrice du magasin afin d'obtenir son accord. Après accord, l'enquêteur a interrogé les candidats qui ont été sélectionnés par la même méthode qu'à la maison de santé, dans un espace réservé pour les entretiens.

c) *L'enquêteur*

M. Charles-Henri BOISSEAU, étudiant de l'université de Picardie Jules Verne, médecin remplaçant et auteur de cette thèse, a été le seul investigateur des entretiens.

4. *L'entretien*

a) *Déroulement des entretiens*

Avant de commencer l'entretien, l'investigateur expliquait l'intérêt d'une thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale. La procédure pour l'enregistrement ainsi que son anonymisation fut rappelée aux parents. Les entretiens ont été enregistrés après consentement oral des participants. Les problématiques que soulève cette thèse ont ensuite été rapidement exposées à chaque parent. C'est seulement après s'être

assuré de la bonne compréhension des parents et de l'absence de question, que l'enregistrement avec un dictaphone analogique commençait.

La première partie de l'entretien était consacrée à des questions fermées sur les données relatives à chaque parent, comme l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, ou la présence d'un médecin traitant déclaré. Pour la suite de l'entretien, l'enquêteur respectait au mieux son script d'entretien, en adoptant une posture neutre et sans jugement, et en utilisant des techniques de relance ou de reformulation sans influencer son interlocuteur.

b) Analyse des entretiens

Pour la transcription écrite des entretiens, un ordinateur avec connexion internet a été requis, ainsi que l'utilisation du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Elle a pour but de retranscrire par écrit l'entretien des participants en respectant leur langage et les émotions associées.

Le logiciel Nvivo® version 11.4.2 pour Mac a permis d'organiser et d'analyser le contenu des entretiens, au fur et à mesure que ceux-ci étaient réalisés. Le but de l'analyse est de découper le contenu de l'entretien en autant d'unités et de sous-unités qu'il existe de thématiques différentes observées lors de la lecture par l'enquêteur. Les unités alors dégagées permettent d'élaborer des concepts thématiques à partir des expériences dictées par les participants.

Aucun nouveau concept concernant la question de recherche n'a été relevé à partir du 14ème entretien. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au 16ème entretien pour s'assurer qu'aucune nouvelle thématique ne soit évoquée amenant à une saturation des données.

C. Résultats

1. Description de l'échantillon

Seize entretiens ont été réalisés entre août 2017 et mai 2018, comprenant cinq hommes et onze femmes, âgés entre 30 et 50 ans (Tableau **1**). Huit participants ont été recrutés dans la maison de santé, trois dans le magasin de jeux vidéo et cinq dans le service de pédiatrie. Deux personnes ont refusé de participer à l'enquête par manque de temps. Tous ont accepté les règles d'anonymat par oral.

Tableau 1: Echantillonnage

	Âge (années)	Domiciliation (Dépt.)	Profession	Statut matrimonial	Entretien		Enfant		Nombre d'écran	Médecin traitant déclaré
					Lieu	Durée	Nombre	Âge		
H1	42	60	Technicien	Marié	MSP	13,06	2	13-16	9	Oui
F1	36	60	Employé	Mariée	MSP	8,55	1	10	9	Oui
F2	38	60	Sans activité	Mariée	MSP	11,54	1	1,5	4	Oui
F3	53	60	Cadre	Divorcée	MSP	17,22	3	24-23-16	8	Oui
F4	30	60	Vendeuse	Mariée	MSP	11,23	1	1	5	Oui
F5	40	60	Femme de ménage	Concubinage	MSP	9,30	1	13	9	Oui
F6	50	60	Employé	Mariée	MSP	13,29	2	21-17	11	Oui
H2	37	60	Employé	Marié	MSP	13,05	3	12-7-4	10	Oui
H3	38	974	Jardinier	Concubinage	MJV	10,04	2	10-7	6	Oui
H4	33	80	Employé	Marié	MJV	9,35	2	13-8	5	Oui
H5	40	80	Avocat	Pacsé	MJV	8,05	3	9-6-3	5	Non
F7	41	60	Intérimaire	Veuve	Pédiatrie	13,15	3	18-17-15	17	Oui
F8	41	60	Educatrice	Mariée	Pédiatrie	16,43	5	16-6-4-2-0,1	11	Oui
F9	37	76	Assistante administrative	Mariée	Pédiatrie	9,42	2	14-9	6	Oui
F10	45	60	Aide soignante	Divorcée	Pédiatrie	17,28	2	12-6	4	Oui
F11	40	60	Professeur de langue	Mariée	Pédiatrie	27,53	3	16-9-0,5	5	Oui

MSP : maison de santé pluridisciplinaire ; MJV : magasin de jeux vidéo

2. *Les écrans au quotidien*

L'ensemble des entretiens réalisés a permis de dégager deux points de vue différents sur les écrans :

a) Normalisation des écrans

Certains parents estiment que les écrans font partie de leur quotidien : « *la technologie, la génération a changé, (...) on ne peut pas se fermer à cette technologie, à l'évolution* » (F11) ; « *c'est la société qui fait ça, (...) ça devient une mode* » (H1) ; « *Ce modernisme* » (F6). Ils voient les écrans comme un support utile, notamment pour les devoirs des enfants : *« Y'a pas mal de recherches pour l'école, ça vous aide* » (F7).

b) Critique de la société

La plupart des commentaires négatifs vont vers les autres parents, sur leur manière d'éduquer leurs enfants : « *Si vous faites des enfants, ce n'est pas pour les laisser 12 heures sur 24 devant un PC, il faut un minimum s'en occuper* » (F3), « *Ils laissent leurs gamins toute la journée et ils s'en foutent » (H1), « ça ne paraît pas être la bonne solution* » (H4). Les critiques peuvent parfois s'adresser à d'autres institutions comme l'école ou les industriels : « *En sixième, ils donnent les tablettes, (...) ils s'en servent pas pour l'école, (...) du Facebook, des jeux* » (F7), *« Les industries (...) sont les plus responsables à mon avis de ce problème* » (F11).
Les écrans sont craints par les parents pour leurs enfants concernant leur contenu: «*Faut voir les programmes, (...) suivant l'âge* » (F10), « *Y'a des trucs c'est pas la peine qu'il regarde* » (F5). Ils jugent les écrans responsables de la perte d'identité de leurs enfants. Enfin ils se méfient de leur impact sur leur santé : « *On ne sait pas forcément ce que ça peut faire comme dégât sur la santé* » (H2).

3. *Installation de l'addiction*

Plusieurs éléments, selon les parents, conditionnent l'installation d'une addiction chez un enfant :

a) Les parents

Tout d'abord, les parents se considèrent responsables. Un jour, eux aussi ont été petits, et ont été séduits par les jeux : « *Moi à la base ça m'est arrivé, j'étais un fou à l'époque, on jouait beaucoup* » (H1).
C'est surtout leur absence au domicile qui est pointée du doigt : « *Quand on travaille toute la journée, on n'est pas derrière l'enfant à savoir exactement ce qu'il fait, (...) l'enfant est un peu livré à lui-même* » (F1). Parfois les parents sont mêmes dépassés par tout cela : « *Il faut se mettre à l'heure du jour pour utiliser toutes ces techniques modernes* » (F6). La mésentente dans le couple, comme lors d'un divorce, peut amener à des contradictions au sein du couple : *« C'était un cadeau du père, je peux pas discuter, (...) parce que je ne suis pas partante* » (F11).

b) L'environnement

Tout d'abord, les parents observent une exposition précoce aux écrans, que ce soit chez les tout petits : *« Ils sont nés là dedans* » (F4), « *Ils ont même pas deux ans, ils ont le téléphone, ils ont la tablette* » (F2) ; que chez les adolescents : « *A 14 ans, c'est le portable pour le collège* » (F9).
Ensuite, le matériel est toujours à disposition de l'enfant : « *Il a sa télé dans sa chambre* » (F5). Chez certains, ce sont les écrans allumés en permanence : « *Moi la télé elle fonctionne mais je ne la regarde pas. C'est juste pour avoir un son dans la maison* » (F5), « *Maintenant il y a des chaînes toute la journée* » (F9) sous entendu qu'actuellement les enfants ont accès à des programmes adaptés à leur âge quelque soit le moment de la journée.
Enfin, les enfants seraient exposés par leur cercle d'amis : « *Il est tout le temps collé à ses copains qui ont des téléphones portables* » (H1), « *Elle joue parce que les autres jouent* » (H2).

c) *L'inactivité*

Un enfant inactif est un enfant sur les écrans, notamment en dehors de l'école ou pendant son hospitalisation: « *Quand y'a pas d'école, c'est tout le temps* » (F7), « *Je rentre de l'école, directement je vais dessus* » (F8), « *En ce moment, vu que c'est les vacances, ils ont un petit peu plus* (accès aux écrans) » (H1).
Un constat est quand même mis à jour sur le fait que les enfants ne savent plus s'occuper par eux-mêmes : « *Ils ne savent plus s'occuper* » (F7), *« Quand il est à la maison, qu'est-ce que vous voulez qu'il fasse ?* » (F2), « *A chaque fois, mon fils voulait jouer à ça plutôt que d'aller jouer dehors* » (H5), « *Dans la voiture, si c'est un long trajet, les enfants ils s'ennuient, y'a des tablettes* » (F2). Les parents sont aussi responsables, ils se servent régulièrement des écrans pour « *Focaliser* » (F4), « *Pour être un peu tranquille* » (H4), notamment à des moments clés de la journée tels que « *le matin au petit déjeuner, en buvant son biberon* » (F4).

d) *Facteur psychologique*

Selon une personne interrogée, l'utilisation des écrans serait un échappatoire, faute d'être écouté : « Á *la base, l'enfant a (...) un petit souci, et c'est peut-être un appel au secours* » (F3).

e) *Facteurs protecteurs*

Cependant, certains facteurs pourraient prémunir l'utilisation des écrans, tels que d'autres activités extérieures: « *Il préfère être dehors* » (F5), « *Ils peuvent largement s'en passer parce qu'on a énormément de terrain, des animaux* » (H3) ; la personnalité de l'enfant : « *C'est un enfant très ouvert* » (F3) ; ou encore l'entourage : « *Sa bande de copains* » (F3).

4. *Conséquences de l'exposition*

a) *Obsession*

L'un des premiers impacts des écrans sur les enfants est qu'ils soient obsédés par ceux-ci : « *Quand ils ne peuvent pas y jouer, ils en parlent, en parlent* » (H1), « *Il n'y a plus d'attention pour le reste* » (F3). Cela va même à y consacrer leurs économies : « *Dès qu'ils ont un peu d'argent de poche* » (H1).

On a alors un enfant qui « *réclame* » (F2, H1) de plus en plus, et qui « *a toujours envie* » (H2) de regarder un écran ou de jouer. En cas de refus des parents, l'enfant va se mettre à fouiller la maison pour retrouver l'écran qu'il souhaite.

L'écran prend une place importante à leurs yeux : « *La psy de l'école a voulu le voir (...) il a dessiné une maison, et bah il a dessiné une télé ! (Rire) (...) Bon et bien effectivement il aime bien les écrans* » (F1).

b) *Développement intellectuel et social*

Les parents jugent que les écrans ont un impact au niveau scolaire, car « *il lit moins* » (F10), ou parce qu' « *il essaye de se dépêcher pour faire ses devoirs pour après être dessus* » (F10). Cela se traduit parfois par des disputes entre parents et enfants : « *Des fois on est obligé d'hausser le ton (...) ça nous énerve (...) ça crée, on va dire, des petites tensions* » (H2), allant jusqu'à « *la crise* » (H4).

Au grand regret des parents, il existe un délaissement pour toute autre activité : « *On passe chacun tellement de temps dessus, qu'on ne fait plus de chose (...) il n'y a plus d'attention pour le reste* » (F6), *« Ils ne veulent pas sortir* » (F7) ; même pour les activités familiales « *de plus en plus rare au fur et à mesure qu'il grandissait* » (F3), comme les repas car « *effectivement il faut qu'ils finissent leur partie* » (F8), jusqu'à être distant : *« Je le trouve moins communicatif (...) il ne partage pas beaucoup avec nous* » (F11).

Il existe alors un renfermement de l'enfant par rapport au monde extérieur : « *Ils n'ont pas de vie sociale extérieure de la maison* » (F9), « *Se couper des liens qu'il peut y avoir avec la famille, avec les amis* » (H2).

c) *Changement de comportement*

L'un des signes caractéristiques de l'utilisation excessive des écrans est « *le renfermement sur soi-même* » (F6), avec un enfant « *absent* » (F8), qui se coupe du monde réel : « *Ils restent dans leur bulle* » (F7), « *Quand on leur parle, eh bien ils sont complètement dedans et ils nous répondent plus. Ils ne s'intéressent plus en fin de compte à ce qu'il y a autour* » (F10). A l'extrême, l'enfant peut même laisser sa santé de côté au profit des écrans : « *Il ne mange plus rien* » (F2).

Les personnes interrogées pensent également que les écrans ont un impact négatif sur leur comportement. L'enfant est « *un peu moins tolérant* » (H2), avec une augmentation de l'« *anxiété* » (F11), de la « *nervosité* » (F2), de la « *contrariété* » et du « *stress* » (H2). Cela va même vers des comportements agressifs : « *Des pics de colères (...) Il cassait tout* » (F8), « *Il pète un plomb* » (H1), « *Il s'énerve sur ses sœurs* » (H2), quand simplement on leur demande d'arrêter ou quand on supprime l'écran désiré.

Pour arriver à leurs fins, les enfants sont prêts à mentir: « *Il peut très bien nous dire qu'il a fait autre chose, alors qu'il a passé son temps sur les écrans* » (F1). Il est prêt à tout pour être sur un écran, que ce soit en cachette : « *Il descend dans le salon et il joue en se cachant* » (F11) ; ou bien en le dissimulant : « *Il le planque* (son téléphone) *même sous le lit le soir* » (F10).

d) *Atteintes somatiques*

Les écrans ont tout d'abord une répercussion sur la qualité du sommeil de l'enfant. En effet, l'heure du couchage est souvent retardée en raison des écrans : « *son portable, c'est messages jusque 1h-2h du matin avec des copains, des copine*s » (F7).

Une autre atteinte somatique qui préoccupe les parents est l'atteinte oculaire : « *Pour la vue, ce n'est pas très bon* » (F10).

Á l'opposé, il y a la dépression et son risque principal, à savoir l'autolyse : « *Y'en a qui se suicide à cause de ça* » (F8).

5. *Règles de limitation*

Pour limiter la durée d'exposition des enfants aux écrans, chaque parent a sa propre méthode.

a) Méthode constructive

Dans cette première méthode, l'idée est d'établir une sorte de contrat avec l'enfant concernant l'utilisation des écrans. Cela commence par obtenir l'accord des parents : « *Il nous demande à chaque fois, il demande d'avoir l'autorisation afin de pouvoir nous, savoir combien de temps il regarde les écrans par jour* » (H2). Certains y voient même un moyen d'auto-apprentissage de l'enfant : « *On essaie de faire en sorte qu'elles s'arrêtent d'elles-mêmes* » (H4). D'autres y voient un moyen d'obtenir satisfaction dans d'autres domaines : « *Le prix à payer c'était d'avoir des bonnes notes* » (F3), « *Ils veulent des choses à la maison, il faut qu'ils fassent leur part du boulot, pour eux, pour leur avenir* » (F7).

b) Méthode alternative

La deuxième méthode est tout simplement de trouver d'autres activités à son enfant : « *Il y a plein d'occupations pour un enfant, (...) que d'être sur leur console ou télé* » (F5). La plupart des solutions données est de sortir l'enfant du domicile : « *J'interviens dans le fait de la sortir de la maison* » (F6), « *Il fait du sport avec moi, (...) je fais en sorte de l'occuper. (...) Son père travaille, il lui a donné des choses à faire, (...) ça lui permet un peu de libérer sa tête* » (F3).

c) Méthode restrictive

La dernière solution pour les parents est tout simplement de limiter l'exposition par la restriction voire l'interdiction.

D'une part en limitant le temps d'exposition, soit en donnant une limitation en durée quotidienne : « *On est derrière, ils ne sont pas libres (...). C'est nous qui gérons les temps de dessins animés et les temps de jeux vidéo* » (H3) ; « *Voilà c'est tant de temps, pas plus* »

(F6), « *On avise avec le contrôle parental pour dire de couper à telle heure* » (F7) ; soit en limitant à certaines périodes de l'année : « *Ce n'est pas tous les jours pour les jeux vidéo* » (H3) ; « *En période scolaire, ils n'ont pas le droit* » (F3).
D'autre part en limitant le matériel à disposition : « *J'ai supprimé la tablette parce qu'il la demande trop, (...) on la cache* » (F2) ; « *Je lui ai carrément sucré son abonnement, je l'ai suspendu* » (F7) ; « *Les réseaux sociaux, on les a bloqués* » (H1).

6. Le médecin traitant

a) Légitime

Tout d'abord, les parents jugent apte le médecin traitant à répondre à ce problème : « *Je pense qu'un médecin est plus qualifié* » (H2), « *Il a des connaissances dans ce sujet* » (F4). Ils ont confiance en leur médecin traitant, surtout lorsque celui-ci les soigne depuis longtemps : « *Il a toujours été de bon conseil* » (F3). De ce fait, le médecin pourra au mieux aborder l'enfant puisqu'il l'aura vu grandir : « *Je pense que le médecin doit bien connaître la famille, (...) le passé de l'enfant* » (F1).

Le médecin est la première personne vers qui les parents se tournent pour en parler : « *Je pense que l'on verrait d'abord le médecin traitant, qui peut, peut-être, nous diriger après vers quelqu'un d'un peu plus spécifique* » (H3).
Les parents considèrent que le médecin est utile à partir du moment où ils se sentent dépassés au domicile : « *Si jamais ça prend trop d'ampleur* » (F10) ; « *On appellerait à l'aide au médecin si vraiment on estime que nous on n'a plus les solutions* » (H2) ; « *On est là aussi pour aider notre enfant* » (F4).

L'intérêt du médecin, pour les parents, est d'apporter une « *approche extérieure, (...) en plus qui est dans le médical* » (F3), avec un discours différent de celui des parents, à la fois autoritaire et sage : « *Si c'était le médecin, je pense qu'il écouterait un peu plus, (...) qu'il ferait des efforts* » (F10). Cela d'autant plus qu' « *à un certain âge, on a plus vraiment envie d'écouter ses parents* » (F3) : « *Ils font le contraire de ce qu'on leur dit en général* » (F6) ; « *Nous (...), les parents, ils sont toujours en train d'interdire* » (F1).

b) *Illégitime*

Pour certains parents, une intervention du médecin traitant est tout bonnement inutile, parce que chez eux il n'y a aucun risque que leurs enfants deviennent dépendants aux écrans : « *Il verrait vite que dans l'environnement pour l'instant y'a aucun risque d'addiction* » (H3) ; ou parce que c'est d'abord à eux de gérer le problème : « *On privilégiera quand même le dialogue en famille en premier* » (H4) ; « *C'est à nous de gérer ça en tant que parents* » (H2) ; *« C'est plus un problème de famille que de médecin* » (F1).

L'addiction aux écrans, selon les parents, ne fait pas partie des connaissances et compétences du médecin généraliste : « *C'est pas son rôle (...). C'est pas sa place* » (F8). Un médecin généraliste ne traite que du somatique : « *On y va pour le bobo* » (F8), « *Le médecin traitant intervient pour tout ce qui est maladie* » (H2), « *J'associe plus le médecin traitant aux maladies, microbes, virus* » (H4).

Ils considèrent que le médecin « *ne peut pas faire grand chose* » (F1) pour cette pathologie et que *« les gens ont tendance à n'avoir plus confiance pour communiquer avec le médecin* » (F11). Surtout que le médecin n'a pas forcément le temps pour engager la conversation ou que celui-ci ni prête guère attention : « *Chaque fois que j'étais en train d'exprimer mes préoccupations à cause de ma santé, il était coupant, il coupait* (la conversation) *de façon agressive* » (F11), « *On va passer à l'usine* (chez le médecin) *(...), parce que y a beaucoup de monde dans la salle d'attente* » (F8).

c) *Médecin traitant versus spécialiste*

Sur le sujet d'une intervention d'une autre spécialité médicale, comme des psychologues, des (pédo)psychiatres, infirmières spécialisées, voire des spécialistes en addiction, les avis divergent. Certains parents considèrent qu'un spécialiste est plus apte que leur médecin traitant dans ce domaine: « *Ça correspond mieux* » (F8), « *Un peu plus adapté que mon médecin traitant* » (H5), « *Ils auraient peut-être plus les mots pour expliquer aux enfants* » (F10). D'autres que la consultation chez un spécialiste est la « *suite logique* » (H4) de celle du médecin généraliste : « *Ils connaissent leur métier. Comme s'il avait une maladie osseuse grave, on l'enverrait voir un spécialiste pour les os* » (H3).

Au contraire, certains parents considèrent que pour cette pathologie, l'usage d'un autre professionnel de santé « *est un peu fort* » (F1) : « *Ils sont peut-être accros, mais pas tant que ça, (...) je ne pense pas qu'à ce niveau là, il y aurait besoin de voir un professionnel* » (H1), « *Pour l'envoyer vers le psychologue, il faut que l'enfant soit à fond dans le truc* » (F2). Ils évoquent même le regard des autres comme frein à la consultation du spécialiste : « *Même dans ma famille (...), j'étais folle d'emmener V. voir un pédopsychiatre. Ça c'est terrible qu'au 21ème siècle, beaucoup de personne pensent que les maladies mentales ne sont pas une vraie maladie* » (F3).
En dehors des spécialistes et du médecin traitant, l'orthoptiste ou le directeur de l'école de leur enfant sont évoqués comme possible premier interlocuteur.

7. L'abord du sujet en médecine générale

a) Conditions

Les parents interrogés estiment que pour engager la conversation, le médecin doit réunir plusieurs conditions. Pour commencer, celui-ci doit avoir un jugement neutre : « *Est-ce qu'il est là pour nous juger ?* » (H2). Il doit avoir un « *caractère plus accessible à écouter* » (F11), voire même une aptitude à être bavard sur le sujet. Au contraire, il ne doit pas être « *fermé, froid, agressif* » (F11).
Il faut que les parents soient actifs dans la conversation et en accord avec le médecin : « *Si les parents ne disent pas grand chose, (...) ne suivent pas les conseils, je ne vois pas l'intérêt. Il faut aussi que les parents y mettent du leur* » (F10).
L'enfant doit également être « *apte à écouter* » (F1), « *que l'enfant le veuille* » (F7), n'être « *pas complètement buté* » (F3) ou dans un « *mutisme* » (F7) : « *Ça dépend surtout du comportement de l'enfant* » (H5).

b) Instauration du dialogue

Un premier constat est fait, les personnes interrogées regrettent que le sujet ne soit pas abordé en médecine générale : « *Ça ne me gênerait pas* (que le médecin en parle), *mais ils ne le font pas* » (F6), « *On n'a jamais eu le cas d'en parler avec le médecin* » (F9).

L'avis est partagé sur la personne qui doit engager la conversation sur le sujet de l'addiction aux écrans. Pour certains, ce sont les parents qui doivent initier le dialogue, car le médecin ne s'occupe que du problème initial amenant le patient à consulter : « *On arrive aux consultations juste pour voir un problème* (…), *parfois les médecins se concentrent juste* (…) *dans la problématique de ce moment là, mais on a pas beaucoup d'échange* » (F11). Il ne peut engager le sujet car il n'a pas connaissance de ce qu'il se passe au domicile : « *Il ne sait pas ce qu'il se passe à la maison* » (F7), « *Le médecin reste dans son travail à l'hôpital, dans son bureau, dans son cabinet* » (F11). D'autres pensent au contraire que le médecin doit initier la problématique, car les parents n'ont pas l'idée de l'aborder : « *Ça nous vient pas forcément à l'esprit* » (H2). Ils ignorent peut-être l'impact des écrans : « *Le fait d'être parents, des fois on n'a pas non plus la notion de voir comment ça se passe et oui le fait qu'il en parle on peut voir différemment les choses, se rendre compte qu'on fait peut-être pas assez attention* » (F9). Une simple question pendant une consultation, sur la santé de leur enfant ou sur les connaissances des conséquences des écrans chez les enfants, leur paraît être la meilleure manière d'engager le sujet : « *Ça serait bien qu'un médecin puisse en parler dans n'importe quelle conversation* » (F8), « *Il pourrait toujours avoir 2-3 petites astuces d'informations qui nous mettraient sur la voie d'un éventuel problème dans ce domaine là* » (H3). Cela leur permettrait de rebondir sur le sujet afin de poser des questions qu'ils n'auraient pas eu l'idée de formuler.

c) Acteurs de l'entretien

Trois acteurs se dessinent pendant la consultation : l'enfant, le médecin et les parents. Si les parents sont importants afin d'avoir une vision différente des paroles du médecin, les participants pensent également qu'une consultation seule entre l'enfant et le médecin peut aider dans la prise en charge. Cela leur permettrait de mieux pouvoir s'exprimer qu'avec la présence de leurs parents : « *Il peut s'exprimer, se sentir en confiance (...). Peut-être il y a dans la maison beaucoup de problèmes, de disputes* » (F11). Une intervention des parents lors de la consultation ne ferait qu'aggraver les choses : « *En général à l'adolescence c'est « on dit blanc, ils font noir », ils font le contraire ce que l'on dit* » (F6). A l'inverse, l'enfant seul avec le médecin « *sera plus à l'écoute* » (F9). Ils trouvent intéressant que le médecin propose aux parents de sortir pendant la consultation pour laisser l'enfant seul avec le

médecin afin de « *savoir ce qu'il en pense aussi* » (F10). Ils font entièrement confiance au professionnel de santé, et n'ont « *rien à cacher* » (F11).

d) Solutions du médecin

Si pour certains, le médecin n'est pas « *armé pour s'occuper de ce genre de cas* » (H4) ou qu'il ne ferait qu'adresser un psychologue, d'autres pensent surtout aux conseils d'éducation. Le médecin est de bon conseil et « *tout conseil est bon à prendre* » (F6), car « *y'a pas d'école pour apprendre à être parent* » (F3). Ses conseils seront entendus: « *Je les écouterai : les siens plus les miens, on est à l'abri* » (H3), « *On est ouvert à tout* » (H1) ; parfois appliqués sans question : *« Je les mettrait en ordre* » (F5) ; et parfois triés : *« Si on parle de simples règles (...), je vais les entendre c'est clair, j'en appliquerai peut-être certaines qui me plaisent* » (F8). Mais « *les appliquer sur le terrain c'est autre chose* (rires) » (F7) ; et *« on ne peut pas appliquer les règles pour tout le monde (...), de part les religions, des coutumes, etc…* » (F8).

8. Prévention

a) Intérêts

Plusieurs intérêts pour une campagne de prévention sont invoqués par les parents. Les écrans font partis d'un « *vrai problème émergeant moderne du fait de la surexposition (...), les enfants ont, de plus en plus jeune, accès aux téléphones/Smartphones* » (H4), et malheureusement la prévention est jugée insuffisante : « *Je pense qu'on en fait pas assez par rapport à ça* » (H2), « *C'est vrai qu'on n'en entend pas parler* » (F9). Les parents ne se sentent pas capables d'informer leurs enfants sur ce sujet : « *Je suis sa maman, elle va m'entendre sur certaines choses (...). Je peux l'informer de certaines choses et de lui dire de faire attention à telles ou telles choses (...), là on parle quand même de campagne, c'est gros quand même pour moi* » (F8). Une campagne permet également d'informer dès le plus jeune âge et de façon compréhensible pour les plus petits : « *Par exemple ma fille qui a 6 ans, je pense qu'il faudrait l'informer maintenant. Peut-être qu'elle ne va pas tout comprendre (...). Il y a une certaine façon dans les campagnes pour expliquer aux enfants*

de 6 ans pour qu'ils comprennent mieux. C'est mieux de leur expliquer maintenant parce que quand on arrive à l'adolescence, c'est plus compliqué » (F8).
En revanche des parents pensent qu'une nouvelle campagne de prévention serait inutile car « *les parents sont déjà assez informés* » (F7).

b) Destinataires

Une campagne de prévention devrait s'adresser aux parents. Ce sont eux qui peuvent être instruits pour faire attention à l'égard des écrans, « *un appel à la vigilance des parents* » (H4), car les enfants ne « *vont pas spécialement se rendre compte qu'ils deviennent un peu malades avec ça* » (H3), « *ça leur passerait au-dessus* » (H4). Les prévenir que « *leurs enfants peuvent faire des choses. Être trop souvent sur la tablette ou l'ordi, peut être embêtant pour la suite* » (F4).
Au contraire elle devrait plutôt s'adresser directement aux enfants, avec un discours adapté à l'âge de l'enfant, sans pour autant « *dédouaner les parents qui y sont pour quelque chose* » (F1).
Autrement, la campagne doit-être à destination des deux parties car on est *« tous engagé dans cette problématique-là* » (F11) : « *Il faudrait que ça fasse la part des choses. Faire comprendre aux enfants déjà le risque (...), et aussi les parents parce que y'en a ils s'en foutent* » (H1).

c) Méthodes de diffusion

En grande majorité les parents ont évoqué les écrans comme moyen de diffusion d'une campagne de prévention car « *les gens maintenant n'aiment pas beaucoup lire* » (F11). Par exemple la télé car « *les gens sont beaucoup devant la télé* » (F6), et « *ça interpelle tout de suite* » (H2). Il faudrait agir directement sur le type d'écran qu'utilise l'enfant comme dans les jeux, « *avant de mettre en route le jeu* » (F3) ou « *sur les cartons d'emballage quand ils achètent une console* » (F5), sur les plateformes de vidéos avec « *des petites alertes* (…) *avant chaque vidéo, au lieu de mettre une pub* » (F1), ou encore sur Internet, en particulier sur les réseaux sociaux.
Les affiches publiées dans le cabinet médical sont jugées inefficaces.

d) Prévention à l'école

L'école est citée comme un bon lieu pour faire de la prévention : « *Il a beaucoup de travail à faire aussi dans les écoles* » (F11). Cela permettrait « *de toucher plutôt les enfants avec un discours plus adapté* » (H4), et de « *rapprocher un peu les profs des élèves ; qu'ils s'intéressent à ses élèves* » (F3).

Cette prévention pourrait être faite par le professeur, qui est vu comme un bon moyen de diffusion d'une prévention, au cours de séances de débat : « *Qu'ils fassent une discussion ouverte avec les jeunes pour voir ce qu'ils en pensent* » (F6). Autrement, ça devrait être un intervenant, comme un spécialiste de l'addiction : « *Faire intervenir un spécialiste qui puisse prendre une classe pendant une heure, qui puisse leur expliquer le danger* » (H2).

Les parents différencient la période avant et après le passage au collège. En effet, dès le primaire, les enfants ont accès à tous types d'écran au quotidien : l'addiction « *commence dès qu'ils sont petits* » (F2) ; et ils estiment que chez « *les plus grands, c'est un peu plus compliqué* » (H2) de leur faire passer un message. Au collège, en revanche, « *l'enfant commence à être livré à lui-même* » (F1) et serait donc plus réceptif. Cela correspond à l'âge « *pour aller sur les réseaux sociaux* » (F6), et où « *ils commencent à avoir le portable* » (F10).

D. Discussion

1. Critique de l'étude

a) L'enquêteur

L'enquêteur réalisait ici sa première étude qualitative, après avoir eu une brève formation à la faculté de médecine d'Amiens, dont l'apprentissage de l'utilisation du logiciel NVivo®. Une recherche bibliographique et l'utilisation d'Internet ont permis de compléter son apprentissage.

Son identité n'était pas connue des participants. Les hypothèses attendues de l'objectif principal et secondaire leur étaient inconnues.

L'inexpérience de l'investigateur, ainsi que sa personnalité et sa subjectivité ont pu influencer les participants dans leurs propos. Ses connaissances et opinions sur le sujet d'étude ont pu orienter les réponses des candidats. Son statut de médecin généraliste pouvait influencer les personnes interrogées, les conduisant à donner des réponses plus brèves ou de modifier leur discours.

b) Les participants

La sélection des participants par l'enquêteur se faisait par leurs caractéristiques physiques afin de rendre l'échantillon le plus diversifié possible. La multiplicité des lieux de recrutement a permis d'obtenir une diversité de catégories socioprofessionnelles. L'échantillon ainsi constitué n'est pas représentatif de la population générale, mais ne constitue pas une limite contrairement aux études quantitatives. En revanche, l'échantillon ne comprend pas de cas atypiques car ils n'ont pas été sélectionnés sur des données médicales.

La présence de proches auprès des personnes interrogées (notamment de leur enfant), le bruit, ou le manque de temps pouvaient freiner les réponses des participants.

Le cabinet médical et l'hôpital pouvaient également augmenter le risque de biais d'information et d'interprétation.

c) Analyse des résultats

Le langage familier des participants ou la formulation incomplète d'idées ont rendu parfois difficiles la retranscription et l'analyse des entretiens.

La retranscription des entretiens et les résultats de l'étude n'ont pas été rétrocédés aux participants pour obtenir leur approbation sur la fidélité de leurs propos et leurs avis. Cela aurait pu augmenter la crédibilité de l'étude, mais aurait pu entraîner de la censure de la part des parents après un nouveau regard sur leurs dires.

Les changements d'objectifs avec la modification du script d'entretien en cours d'étude ont pu modifier la validité des résultats.

Aucune triangulation des données avec une tierce personne n'a été faite pour cette étude, augmentant le risque de biais d'interprétation, et pouvant réduire la compréhension du phénomène étudié.

2. Analyse des résultats confrontés à la littérature

a) Cyberaddiction et dépendance à Internet

Les écrans sont de plus en plus omniprésents au domicile des personnes interrogées, d'autant plus qu'il existe une connexion permanente avec le monde extérieur, si bien que selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 77% des foyers français seraient équipés d'un ordinateur en 2013 et 75% d'une connexion à Internet contre respectivement 45% et 31% en 2004 [19].

1 Origine du concept

La cyberaddiction (ou cyberdépendance) a été décrite pour la première fois en 1995 par Goldberg [20], puis par Young [21] [22], et Véléa [23]. Elle regroupe l'addiction à l'outil informatique et à l'utilisation d'Internet, que l'on peut décliner en plusieurs sous-catégories. Tout d'abord, un moyen de communication synchrone (par exemple le chat) et asynchrone (e-mail, blog, forum) aussi appelé cyberaddiction communicationnelle, puis une cyberaddiction ludique par l'utilisation des jeux en ligne ou d'argent, une cyberaddiction sexuelle, et enfin la cyberaddiction comportementale tels que le cyber-amassage et les achats compulsifs. Ainsi on différencie l'addiction liée à l'utilisation de l'outil Internet lui-même, des addictions ayant comme vecteur commun Internet, alors caractériser de « dépendances cyberassistées ».

2 Un monde de substitution

Comme le signifie K. Goldberg [20] « *L'addiction à Internet peut déterminer la négation ou l'évitement d'autres problèmes de la vie courante* ». Il désigne par là les personnes qui tentent de combler un vide identificatoire contre un combat qu'ils estiment perdu d'avance ou sans intérêt, qui entraînera de l'anxiété, de la frustration et des troubles du comportement.

Pour y faire face, ces personnes se cherchent un refuge afin d'échapper à la réalité, qu'ils trouvent alors dans l'imaginaire du monde virtuel. Ce refuge peut parfois se substituer au monde réel, car il est plus facile d'accès et plus facile à supporter que le monde réel.
Nous vivons actuellement dans une époque où nous sommes en perpétuelle agitation, en hyperactivité afin de masquer notre plus grande crainte qu'est l'ennui. Il est considéré comme une perte de temps, un gâchis ou un laisser-aller, qui peut être vécu comme un équivalent de mort. Internet apparaît alors comme un outil permettant de fuir l'ennui par l'intermédiaire d'une vie réinventée et virtuelle [24].

Dans ce refuge qu'est le monde virtuel, se forment des communautés d'initiés possédant leurs propres connaissances, langages et représentations du monde caractérisant alors une « normalité virtuelle ». Le fait d'appartenir à ces groupes communautaires est un facteur de renforcement positif. On assiste à une recherche permanente d'un leader sur lequel on y place une autorité paternelle ou simplement une décharge de toute responsabilité.

3 Addiction pathologique

L'utilisation de ces produits n'est pas dangereuse en elle-même, mais plutôt la manière dont ils sont utilisés qui peut dans certains cas en être pathologique.
Tous s'accordent pour définir quatre composants déterminants définissant la symptomatologie de la cyberaddiction :

- Un usage excessif avec perte de notion du temps, demandant un effort important afin d'être stoppé, se soldant parfois par un échec.
- Le syndrome de manque, avec comme symptômes une irritabilité, une tension voire une agitation psychomotrice ou une agressivité à l'arrêt.
- Le syndrome de tolérance avec une augmentation du nombre d'heures passées sur l'écran afin d'obtenir satisfaction.
- Un retentissement psycho-socio-comportemental négatif avec perte progressive de la vie sociale, familiale et/ou de la pratique de loisirs, mais également un retentissement sur la vie scolaire et professionnelle. Le sujet a malgré tout conscience du retentissement sans pour autant arrêter son activité.

Ces différents composants se retrouvent dans les réponses des participants par des changements de comportement des enfants. L'enfant augmente progressivement sa

consommation avec l'apparition d'un syndrome d'irritabilité allant jusqu'au retentissement sur sa vie sociale et professionnelle.

A l'heure actuelle, la cyberaddiction n'est pas encore référencée par l'OMS, alors que les médecins la considèrent comme une pathologie à part entière devant la multiplication des cas.

b) Addiction aux jeux vidéo

De nos jours, les jeux vidéo, font partie intégrante de notre culture et de notre environnement quotidien, si bien que 52% des foyers français sont équipés d'une ou plusieurs consoles de jeux vidéo en 2016 [25], et 77% des français possèdent un ordinateur en 2013. Son usage est d'une grande ampleur : en 5 ans, le nombre de joueurs français est passé de 17 à 28 millions de personnes, et plus d'un milliard de joueurs dans le monde. En terme de consommation, un joueur français passe en moyenne 10 heures et 14 minutes par semaine à jouer aux jeux vidéo en 2012 [26].

La popularité croissante des jeux vidéo suscite beaucoup d'interrogations sur leurs potentielles conséquences négatives. Les médias se sont rapidement appropriés le sujet, le diabolisant parfois, surtout depuis l'apparition, dans le milieu des années 1990, d'une catégorie de jeux vidéo que l'on appelle les MMOG pour désigner des « jeux en ligne massivement multi-joueurs » (Massively multiplayer Online Game). Dans le MMOG, le joueur retrouve d'autres personnes *via* une connexion Internet obligatoire, créant un univers dit persistant.
Il se crée alors un investissement passionnel dans cet univers, qui peut être expliqué par deux phénomènes :

- D'une part, le joueur s'y crée un avatar à son image, par lequel le joueur va communiquer, interagir, se déplacer, se créant ainsi une histoire propre. Par cet avatar, le joueur peut connaître le prestige, voire la gloire par définition des joueurs avertis. Il peut alors être difficile de s'extraire du jeu puisqu'à l'intérieur le joueur y règne en maître.
- D'autre part, les MMOG sont connus pour ne pas avoir de fin, obligeant le joueur à y consacrer de plus en plus de temps afin de rester parmi l'élite des joueurs. Les

joueurs ne s'imposent pas de tranches horaires pendant lesquelles ils pourraient se reposer. De même, l'univers persistant continue d'évoluer malgré l'absence du joueur [27].

L'addiction aux jeux vidéo (AJV) est alors le sujet le plus médiatisé, stigmatisant les joueurs comme des « accros », ou des « no-life », incapables d'entretenir une vie sociale en dehors des jeux vidéo. De cette médiatisation nait alors une grande inquiétude des parents vis-à-vis d'une éventuelle AJV de leurs enfants.

Le terme d'AJV ne fait pas l'unanimité auprès des chercheurs et des cliniciens. Pour la majorité, l'AJV ne correspond que rarement à une réelle dépendance, et ne nécessite simplement qu'une information pour pallier au problème.
Des analyses de données factuelles et des consensus d'experts ont finalement inclus le trouble du jeu vidéo en Juin 2018, dans le projet de 11ème révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) comme un « *comportement lié à la pratique des jeux vidéo ou des jeux numériques, qui se caractérise par une perte de contrôle sur le jeu, une priorité accrue au jeu, au point que celui-ci prenne le pas sur d'autres centres d'intérêts et activités quotidiennes, et par la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit de répercussions dommageables* ». Cela s'applique en cas d' « *altération non négligeable des activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement, et en principe, se manifester clairement sur une période d'au moins 12 mois* » [28].

c) Facteurs de risque associés à l'usage des jeux vidéo et Internet

Il n'y pas de joueur addict aux jeux vidéo stéréotypé parmi les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit généralement d'enfants tout à fait insérés sur le plan scolaire, voire même bons élèves, qui ont été initiés aux jeux vidéo très tôt.
Selon M. Valleur et D. Véléa [18], plusieurs traits de caractère sont communs aux cyberaccros :

- Immaturité socio-affective
- Vide identificatoire
- Frustration et incapacité de surmonter celle-ci

- Anxiété
- Troubles du comportement et dépendance affective
- Sentiment d'isolement et caractère solitaire
- Vide émotionnel

Ces traits de caractère font suite à des moments clés de leur vie où le doute les envahit tel que le choix difficile de leur orientation post-bac, ou alors pour pallier d'autres traits de caractère comme l'introversion ou la timidité, quand bien même ils ont des amis et des expériences sexuelles normales [18].

De nombreuses études montrent que les joueurs dits pathologiques sont ceux qui jouent depuis plus longtemps, plus souvent et y passent plus de temps [29] [30]. On peut également y associer le fait que le joueur pathologique a l'équipement permettant de jouer directement dans sa chambre [31] [19].

Les parents de l'étude reconnaissent leur rôle dans l'installation d'un comportement addictif, car eux aussi passent du temps devant les écrans. Les habitudes parentales conditionnent les habitudes de l'enfant.

Être un garçon augmente également le risque d'AJV, puisque ceux-ci jouent dans un but d'accomplissement et de socialisation, tandis que les filles y jouent pour occuper leur temps libre [32].

Une corrélation a été démontrée entre l'AJV et le Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) [33] chez les enfants, ainsi qu'une tendance à la symptomatologie anxio-dépressive ou de phobie sociale [34].

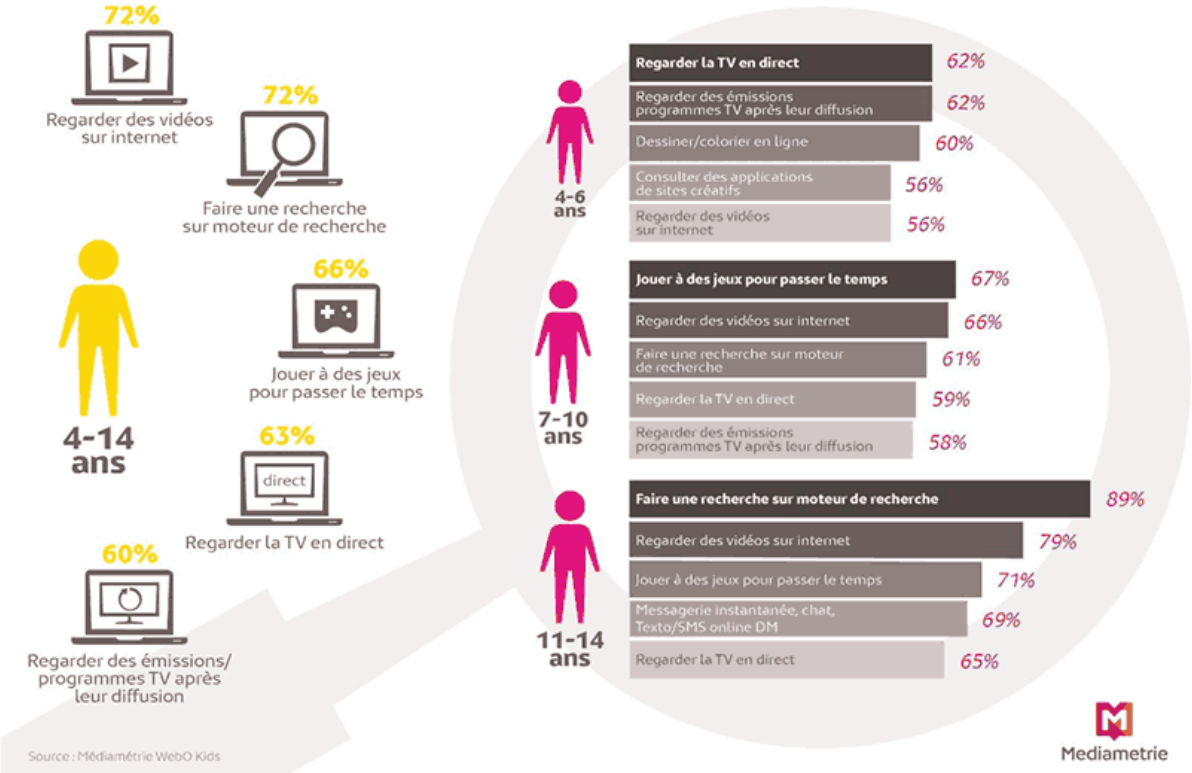
Enfin, si des études ne montrent que peu de lien entre l'AJV et les addictions aux drogues ou aux jeux d'argent [35], on retrouve néanmoins les mêmes facteurs de risque dans ces différentes addictions, ainsi qu'un trait de personnalité commun : l'impulsivité [36].

d) L'enfant et les écrans

Les écrans font partie de l'univers des enfants dès leur naissance. En effet 62% des 4-14 ans vivent dans un foyer équipé des 4 écrans connectés : télévision, ordinateur, Smartphone et tablette. Ainsi, ils pourront naviguer sur Internet, jouer, ou encore apprendre, représentant jusqu'à 12 activités différentes connectées par mois en moyenne.

Selon une étude de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) de septembre 2018, sur une cohorte de plus de 18 000 enfants, un enfant sur deux commence à regarder la télévision avant 18 mois, deux tiers des enfants âgés de deux ans regardent la télévision tous les jours, allant même jusqu'à quatre enfants sur cinq dans les familles avec un faible niveau d'études (inférieur au bac) [37].

Selon une étude réalisée en 2015, 93% des enfants de 4 à 14 ans ont navigué sur Internet au cours des derniers mois. Les plus petits, âgés de 4 à 6 ans regardent essentiellement la télévision connectée, car ils sont moins autonomes, afin d'accéder à leurs programmes préférés en direct, mais ils se servent également de la tablette pour jouer ou à but éducatif. La tranche d'âge des 7-10 ans quant à elle, utilise l'ordinateur et la tablette de façon indépendante, en utilisant les moteurs de recherche pour regarder des vidéos, mais aussi de plus en plus pour jouer aux jeux vidéo. Enfin les 11-14 ans utilisent beaucoup les objets connectés, surtout les Smartphones dont les trois quarts en possèdent un, afin de communiquer sur Internet (Graphique **2**) [38].



Graphique 2: Top 5 des usages connectés des enfants (2015).

Parmi la population générale jouant aux jeux vidéo, les enfants et adolescents sont particulièrement concernés. En 2010, 91% des jeunes français de 11 à 14 ans sont dénombrés en tant qu'utilisateurs de jeux vidéo [39]. Une étude a également montré que 95% des garçons de 8 à 12 ans jouent aux jeux vidéo (et plus de 6% des filles) et y passent 6 heures par semaine, contre 9 heures par semaine chez les 13-19 ans (en plus des 10 heures de télévision et 11 heures 30 d'Internet par semaine) [40].

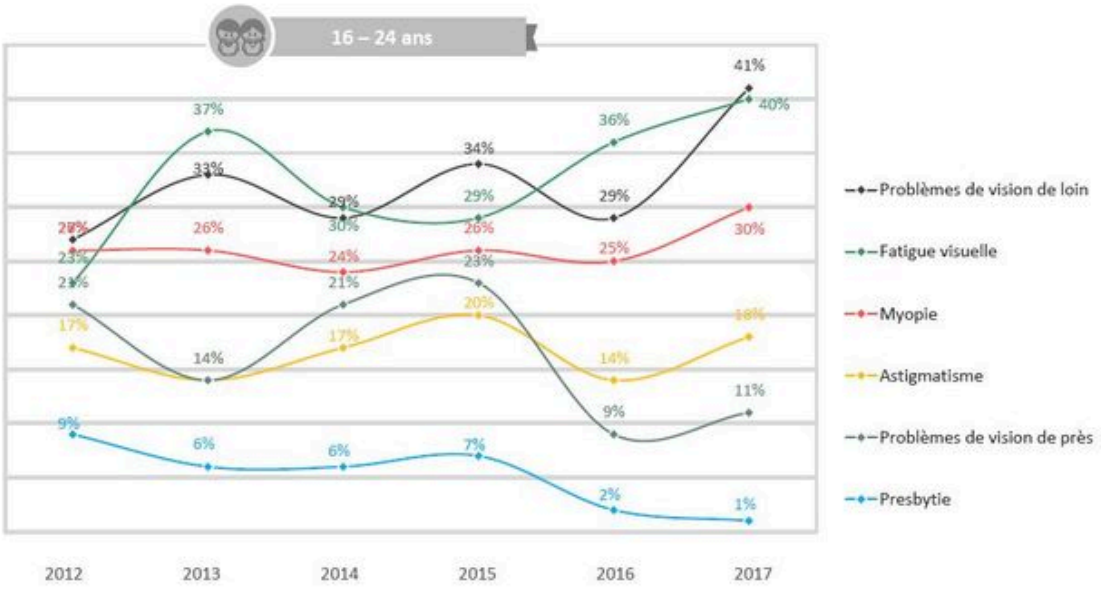
Aucune étude ne montre à ce jour les effets positifs que pourraient avoir les écrans non interactifs (comme la télévision ou les DVDs) sur le développement précoce de l'enfant [41]. Bien au contraire, les écrans peuvent, en plus des conséquences d'une addiction, entraîner des complications propres aux enfants.

Chez le petit enfant, l'exposition aux écrans, même s'ils sont adaptés, favorise la survenue de troubles psychomoteurs avec retard de développement du langage [42], de déduction, des capacités d'attention et de concentration [43]. Une étude a même démontré qu'une exposition aux écrans le matin avant l'école multipliait par 3 leur risque de développer des troubles du langage, ce chiffre étant doublé s'il n'existait pas de dialogue concernant le contenu de ces écrans entre parents et enfants [44].
On commence à évoquer le retentissement des écrans sur l'apprentissage de l'écriture, avec une gestuelle trop rapide ou trop lente, des lettres irrégulières ou raides, une mauvaise tenue du stylo ou encore une posture inadaptée du corps. Selon Danièle Dumont, Docteur en sciences du langage et enseignante en pédagogie de l'écriture, l'utilisation massive des tablettes tend à faire atrophier l'index [45]. De même, le psychomotricien Nicolas Renouard évoque une hyperlaxité du pouce, l'empêchant de bien se plier afin de tenir un crayon [45].
Une étude Allemande en 2006 sur une population de près de 2 000 élèves, âgés de cinq et six ans, pour laquelle les enfants devaient dessiner un bonhomme, montre que plus les enfants regardent la télévision, plus le bonhomme qu'ils dessinent est simpliste (pas de cheveux, pas d'oreilles, jambes représentées par des traits…) (Figure **2**) [46].

Figure 2: Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à la télévision.
a) Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à moins d'une heure de télévision par jour.
b) Dessins d'enfants de 5 à 6 ans exposés à plus de trois heures de télévision par jour.

Chez l'enfant plus grand et l'adolescent, on note une corrélation entre l'usage excessif des écrans et la surconsommation de nourriture sucrée engendrant de l'obésité et des pathologies comme l'hypertension artérielle ou un syndrome métabolique. Le sommeil est aussi impacté, avec des difficultés d'endormissement, la possibilité de syndrome de retard (coucher tard, lever tard), et une baisse significative des heures de sommeil, descendant sous les 7 heures par nuit pour un jeune sur cinq [47]. Selon l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP), cela serait en partie dû à l'émission de lumière bleue par les Smartphones et les tablettes, impactant la synthèse de la mélatonine, hormone du sommeil.
Les écrans peuvent également avoir des effets néfastes sur les résultats scolaires, ainsi que sur le risque de dépression, notamment chez les utilisateurs passifs des réseaux sociaux [48].

De plus, le baromètre 2017 de l'Association National pour l'Amélioration de la Vue (AsnaV) démontre l'augmentation des problèmes de vues, notamment de myopie et de « fatigue visuelle » chez les 16-24 ans [49].



Graphique 3: Baromètre de la santé visuelle - Mai 2017, opinionway pour l'ASNAV

Enfin, des études montrent qu'il existe un lien entre l'exposition précoce à la thématique pornographique à partir des écrans et une initiation sexuelle précoce, sans toutefois entraîner de conséquences sur les pratiques sexuelles sur le long terme [50]. A noter quand même que certains travaux pointent le risque augmenté de grossesses non planifiées et de maladies sexuellement transmissibles en rapport avec une surconsommation des écrans [51].

Si les parents de notre étude reconnaissent l'implication des écrans sur l'échec scolaire chez les grands enfants, ils ne se préoccupent pas des troubles psychomoteurs que cela peut entraîner chez les plus petits. De même, si les problèmes de vue ont été évoqués, il n'en est rien des problèmes cardio-vasculaire. Les parents semblent peu au courant des effets sur le long terme d'une consommation excessive d'écrans.

e) Rôle et intervention du médecin traitant dans les addictions

Dans notre étude, les parents craignent d'embarrasser le médecin par cette problématique en considérant que celui-ci ne peut pas y apporter de solution. Or cette prise en charge fait partie des rôles et compétences des professionnels de santé en tant que soins primaires [52].
La prévention primaire vise à éviter la consommation de produits addictifs, alors que la prévention secondaire permet d'éviter l'évolution vers la dépendance [53].

Selon Philippe Binder et Paul Venderkam [54], le médecin généraliste doit répondre à plusieurs objectifs en prévention primaire :

- Repérer les vulnérabilités, qui sont visibles par les interactions de l'enfant avec son environnement (mère, père, famille, école), les antécédents psychologiques traumatisants (violence, divorce, décès…) ou parfois anodins négligés (déménagement, harcèlement, rupture sentimentale…), et repérer les traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque d'AJV. Le test BITS (Tableau **2**) (anciennement Test TSTS-CAFARD (Graphique **4**)) vise à repérer ces vulnérabilités, reprenant 4 items : Brimades, insomnies, tabac et stress [55].
- Valoriser les facteurs de protection : l'estime de soi, favorisée par une valorisation précoce de toute réussite. La variété des sources de plaisir permettant d'entretenir l'imaginaire ou les capacités créatrices, et des modes d'apaisement comme gérer les caprices ou la limitation d'exposition aux écrans. Enfin la capacité à gérer son stress par le contrôle de la frustration et de l'impulsivité.
- Retarder l'exposition aux produits, pour diminuer leur impact sur l'enfant.

Tableau 2: BITS test

thème	1 point	2 points	Score
B rimades	A l'école	Hors école	/2
I nsommnies	Fréquentes	Cauchemars	/2
T abac	Irrégulier	Quotidien	/2
S tress	Scolaire (travail) **OU** Familial	Scolaire (travail) **ET** Familial	/2
à 3 points interroger sur des idées ou actes suicidaires ou des scarifications			

LE TEST « TSTS-Cafard»

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant les questions d'ouverture suivantes.

Traumatologie ➜ « *As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année?* »

Sommeil ➜ « *As-tu des difficultés à t'endormir le soir?* »

Tabac ➜ « *As-tu déjà fumé?* (même si tu as arrêté) »

Stress ➜ « *Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux?* »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.
On s'en souviendra avec l'acronyme **T.S.T.S.**

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « **mots clés** »

Sommeil ➜ **Cauchemars** : « *Fais-tu souvent des Cauchemars?* »

Traumato ➜ **Agression** : « *As-tu été victime d'une Agression physique?* »

Tabac ➜ **Fumeur quotidien** : « *Fumes-tu tous les jours du tabac?* »

Stress scolaire ➜ **Absentéisme** : « *Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école?* »

Stress familial ➜ **Ressenti Désagréable** familial « *Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable?* »

On s'en souviendra avec l'acronyme **C.A.F.A.R.D.**

Deux réponses positives à 2 questions différentes concernent la moitié des adolescentes ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.
Trois réponses positives au « Cafard » concerne la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.

Graphique 4: Test TSTS-Cafard

Lors des premières consommations, ce sont souvent les parents qui sollicitent le médecin généraliste, car la plupart du temps l'enfant ne l'évoquera pas de façon spontanée. En revanche ils acceptent facilement d'être interrogés sur ce sujet [56]. Dès lors, le médecin généraliste doit faire le point sur l'inquiétude des deux parents et la gravité de l'expérience rapportée. Il peut alors rencontrer l'enfant, si possible de façon différée, en l'invitant par le biais de ses parents à en discuter pendant une consultation dédiée, sans le convoquer par obligation parentale. Une information sur l'inquiétude des parents à l'enfant pourrait l'amener à comprendre leurs points de vue. Le dialogue pourra alors soit se dérouler avec les parents dans un objectif de reprise de dialogue familial, soit se poursuivre sans les parents s'il existe une alliance relationnelle entre l'enfant et le médecin, tout en respectant le secret professionnel.

Lors de la première consultation, le médecin généraliste doit identifier les raisons et les situations qui poussent l'enfant à consommer le produit addictif. Il devra par la suite aider l'enfant à se rendre compte de sa consommation et des troubles engendrés.
Si la consommation pathologique est avérée, le médecin généraliste doit se préoccuper des conséquences organiques (comme dans le cadre des drogues ou de l'alcool par exemple), et du comportement lié à l'addiction. Plusieurs étapes ont été décrites dans la prise en charge d'une addiction:

- Repérer, c'est à dire interroger de façon quotidienne, de façon neutre, sur la consommation et la représentation que l'individu se fait, afin d'ouvrir le dialogue.

- Evaluer, à l'aide de questionnaires, comme par exemple le test d'évaluation de l'addiction du DSM-V (Annexe 2). Ils permettent au patient de se situer par rapport aux recommandations.
- Expliquer, à la fois les dangers de ces consommations, mais aussi leur impuissance face à cette consommation, qui entraînera une perte de contrôle de soi.

L'objectif de l'arrêt total du produit de consommation ne pourra se faire que s'il existe de la motivation de la part du patient à son arrêt, ainsi qu'un suivi régulier sur le long terme. Un contrat peut alors être passé entre le patient et le médecin pour cibler les objectifs sur le long terme.

Un arrêt peut provoquer un stress ou un sentiment de déprime de son utilisateur. Sachant que la reprise de la consommation fait cesser ses souffrances psychiques, il est important que le médecin généraliste propose plusieurs alternatives afin de les éviter :

- La psychothérapie afin d'avoir un autre discours sur le sujet par un spécialiste. A noter l'existence de structures spécialisées dans les addictions (CSAPA).
- Le recours à des associations de patients permettant de s'extraire du champ médical et de communiquer sans jugement en retour.
- L'utilisation d'anxiolytiques voire d'antidépresseurs, mais d'efficacité moindre.
- Une Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) pouvant aider le patient à gérer ses états émotionnels négatifs tels que le stress.

Le médecin devra également déconditionner le patient, c'est à dire reconnaître les stimuli déclenchant l'envi de consommer le produit et de les éviter (relationnel ou environnemental). On pourra également proposer de construire de nouvelles sources de satisfaction et de plaisir. Les personnes interrogées dans cette étude l'ont bien compris, en proposant des alternatives d'occupation à leurs enfants, comme des activités sportives extérieures.

Enfin l'information de l'entourage pour comprendre et intégrer les mécanismes d'une addiction, afin d'accompagner l'addict et d'éviter de le confronter à des éléments déclenchant l'envie de consommer.

f) Motivations et freins à la prévention

Dans une étude qualitative menée auprès de professionnels de santé (médecins mais aussi infirmiers, et paramédicaux), dans la région des Pays de la Loire, plusieurs motivations mais également freins sont sortis de ces entretiens pour l'élaboration d'une action préventive concernant les addictions [57].

Les motivations ressorties de cette enquête sont la fréquence et les conséquences potentielles des addictions, tant sur le plan social, que médical et sanitaire. La nécessité d'avoir des connaissances sur le sujet et la satisfaction de travailler en équipe pluriprofessionnelle sont également des sources de motivation. Enfin, le retour positif de ce type de prise en charge et la superposition à son propre vécu de la maladie ont aussi été cités.

Concernant les freins de la prise en charge, figurent l'atteinte de la sphère personnelle du patient et la place du soignant, avec notamment une difficulté à fixer la barrière du pathologique. Il existe une réelle peur de la réaction du patient au sujet de la méthode de prise en charge établie par le corps médical, tandis que dans notre étude, tous les parents évoquent ne pas avoir de gêne vis-à-vis des propos que pourraient avoir leur médecin traitant.

Un autre problème pointé est celui du manque de disponibilité des ressources spécialisées en addictologie telles que les centres médico-psychologiques ou les psychiatres. Le côté financier a également été cité, d'une part pour le patient, et de l'autre pour le professionnel de santé, car ce sont des prises en charge parfois très chronophages, dont il n'existe pas de cotation spécifique.

g) Prévention et recommandations

Chez le jeune enfant, l'Académie Américaine de Pédiatrie lutte contre l'exposition trop précoce ou prolongée aux écrans non interactifs. Elle déconseille d'y exposer les enfants de moins de 2 ans et pour les plus grands de les exposer plus de 2 heures par jour [58].
En France, le site internet créé par Serge Tisseron regroupant plusieurs praticiens, chercheurs et universitaires, propose d'aider le public sur les outils numériques en

s'appuyant sur les balises 3-6-9-12 [59] (Graphique **5**). Cette recommandation a été reprise en 2011 par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) [60].

Graphique 5: Règle des 3-6-9-12 proposé par S. Tisseron

Mais en France, on note surtout que les pouvoirs publics ne se sont pas emparés du problème contrairement à nos voisins européens, comme par exemple un spot de sensibilisation à la télévision belge stipulant « *Pour développer ses 5 sens, pas d'écrans avant 3 ans* » [61].

En revanche le problème est régulièrement mentionné dans les médias dernièrement. Le docteur Ducanda et le docteur Terrasse, travaillant dans un établissement de Protection Maternelle et Infantile (PMI), ont diffusé une vidéo sur la plateforme de visionnage Youtube® le 1er Mars 2017 afin d'alerter sur ce problème de santé publique [62]. Ils recommandent entre autre de faire attention avec les applications ou émissions à visée éducative chez les tous petits. En effet pour eux, l'enfant entend, répète mais n'arrive pas à assimiler ce qu'il vient d'entendre, pouvant être attribué à tort à des Troubles du Spectre

Autistique (TSA). Ce problème a été relayé par un collectif de médecins dans un article paru dans Le Monde le 31 mai 2017, comme étant un enjeu majeur de santé publique [63].
Un reportage consacré à l'exposition des enfants aux écrans fût diffusé par la chaîne de télévision M6 dans son émission 66 minutes du 14 janvier 2018.

h) Les écrans et la loi

Les enfants sont peu protégés des écrans par la loi. Même s'il existe des recommandations au niveau national, l'enfant peut facilement les contourner. On peut citer, comme exemple, le système Pan European Game Information (PEGI) (Figure **3**) pour les jeux vidéo, qui informe les consommateurs (et donc surtout des parents) sur le contenu du jeu, fonctionnant comme les recommandations d'âge ou les avertissements en début de film à la télévision.
Un autre exemple concerne l'âge minimum requis pour l'inscription aux réseaux sociaux : si la « majorité numérique » en France est de 15 ans depuis le projet de loi de février 2018, obligeant les enfants de 13 à 15 ans à demander l'accord de leurs responsables légaux (parents ou tuteurs) pour s'inscrire sur un réseau social, il est aisé pour un enfant de mentir sur son âge ou de falsifier un accord parental afin de s'y inscrire. Cette nouvelle loi protège les enfants de moins de 13 ans en interdisant la collecte de données. En revanche, le règlement Européen fixe la « majorité numérique » à 16 ans, mais autorise les états membres à diminuer ce seuil à 13 ans, soit l'âge requis pour s'inscrire sur le réseau social Facebook®.

Figure 3: Pan European Game Information

Dans l'actualité de janvier 2018, deux actionnaires de la marque Apple®, soucieux des effets néfastes de leurs téléphones sur les enfants, exigent que celle-ci prenne des mesures pour

lutter contre, selon l'agence Bloomberg. Les actionnaires pointent du doigt, par exemple, les options de restrictions inexistantes sur les téléphones « *Les options de réglages au démarrage pourraient permettre […] un usage restreint à certaines heures* ». Or, aucune loi n'oblige pour le moment les constructeurs en téléphonie à effectuer ces changements.

Soucieux de l'impact grandissant des téléphones portables chez les enfants, le gouvernement français sous la présidence de monsieur Macron a adopté en juillet 2018 une nouvelle loi interdisant l'usage de tout objet connecté (portable, tablette, montre…), dans les écoles et collèges, en classe et dans la cour de récréation. Cette mesure reste toutefois optionnelle pour les lycées. Elle tend à lutter contre l'addiction aux écrans, mais aussi contre le cyberharcèlement et la diffusion d'images pornographiques.

IV. CONCLUSION

Cette étude qualitative menée en Picardie sur 16 parents d'enfants de 1 à 18 ans a permis de connaître leur opinion sur l'abord de l'addiction aux écrans chez les enfants en médecine générale et de comprendre les représentations qu'ils se font de cette addiction.

Les parents n'ont pas tous la même représentation des écrans. L'enfant suit l'évolution de notre société vers le modernisme et ceci est vécu comme une fatalité de la part de certains parents. Si la société actuelle est critiquée comme favorisant les attitudes pathologiques envers les écrans, les parents ne sont pas non plus innocentés. Il existe un déni de la part de certains parents quant aux conséquences des écrans sur les enfants. Les circonstances favorisantes de l'installation des conduites addictives sont pourtant bien reconnues par les parents, telles que l'exposition précoce ou l'omniprésence des écrans.

Eviter toute exposition à son enfant semble complexe. L'écran est vu comme un moyen d'occuper son enfant bien que les parents les utilisent aussi à des fins professionnelles ou par loisir. Leur évitement semble possible par des règles simples au domicile, mais certains parents se sentent vite dépassés.

Les conséquences des écrans sur la santé psychique de l'enfant sont plutôt en accord avec les données de la science. En revanche les atteintes sur le développement psychique ou moteur sur le long terme sont méconnues.

Bien que le médecin généraliste ne semble pas être apte à répondre à leur problème, il reste néanmoins la personne de prédilection pour engager une conversation. Une connaissance de la famille, une relation de confiance et une attitude bienveillante semblent être utiles pour aborder le sujet. Le médecin doit s'adapter à chaque patient. Une information sur les dangers des écrans devrait être délivrée par le médecin sans qu'un prétexte clinique l'impose. Impliquer l'enfant dans la démarche de soin favoriserait sa prise en charge. Un outil pédagogique, notamment par l'intermédiaire d'un questionnaire bref, pourrait aider à déceler les débuts d'addiction afin de pouvoir les prendre en charge le plus tôt possible.

Bien que le problème soit d'actualité, l'addiction aux écrans n'est pas encore reconnue comme un problème de santé publique. Les enfants doivent être sensibilisés sur les effets

néfastes d'une consommation excessive, sur les plateformes multimédia qu'ils utilisent et de façon adaptée à leur âge. L'école pourrait faire l'objet de cours de sensibilisation. Il apparaît important d'informer au mieux la population des règles d'utilisation en fonction de l'âge et des risques potentiels. Le cabinet de médecine générale semblerait être un moyen efficace de diffusion des recommandations.

V. ANNEXE

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Pourquoi cet entretien?

Actuellement en fin de cursus de mon internat de médecine générale, je réalise cette thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine.

J'ai choisi le thème de l'addiction aux écrans chez l'enfant. Pour cela, je m'intéresse à l'opinion des parents ayant un ou plusieurs enfants entre 1 et 18 ans sur ce sujet.

Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse de vous rendre disponible afin de m'aider dans mon travail de recherche.

Consignes:

Je vous poserai donc plusieurs questions sur le thème de l'addiction aux écrans. Cet entretien sera enregistré si vous me l'autorisez. L'anonymat au cours de l'interview sera respecté ainsi que les réponses apportées dans ma thèse.

Avez-vous des questions sur le déroulement de l'entretien?

Recueil d'informations :

Tout d'abord je vais vous demander plusieurs renseignements afin de mieux vous connaître:

- Âge
- Domiciliation (département)
- Catégorie socio-professionnelle
  1. Agriculteurs exploitants
  2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
  3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
  4. Professions Intermédiaires
  5. Employés
  6. Ouvriers
  7. Retraités
  8. Sans activité
- Statut matrimonial
- Médecin traitant déclaré (oui/non)

- Nombre d'enfants, sexe et âge
- Nombre et type d'écran au domicile

Entretien :

1) Que vous évoque l'addiction aux écrans ?

2) Selon vous combien d'heures passent chacun de vos enfants sur les écrans par jour ? A quelle fin ?

3) Selon vous quels signes chez votre enfant peuvent faire suspecter une addiction aux écrans? Quelles peuvent en être les conséquences ?

4) Pouvez-vous citer des exemples de difficultés que vous avez pu avoir au quotidien avec vos enfants ?

5) Qu'avez-vous mis en place chez vous afin d'éviter ces difficultés ?

6) Vers quel professionnel de santé vous orienteriez-vous en 1ère intention afin de parler de ces difficultés? Pourquoi ?

7) Comment, selon vous, le problème de l'addiction aux écrans doit être abordé au cabinet ?

a. Par qui et avec qui?

b. Qu'en penseriez vous si votre médecin en parlait en premier ? Comment devrait-il engager le sujet ?

c. A quel moment le sujet doit-il être abordé selon-vous?

8) Selon vous, quels sont les moyens à disposition de votre médecin généraliste pour y remédier?

9) Si votre médecin vous prodiguait des conseils d'éducation, ou s'il vous orientait vers un psychologue ou un spécialiste, quelle serait votre réaction?

10) Selon vous, une campagne de prévention sur les risques de cyberaddiction doit-elle être effectuée? Par quel(s) moyen(s) et pour qui doit-elle être effectuée?

B. Annexe 2 : Evaluation de l'addiction : DSM-5

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.

4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.

5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.

6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.

7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.

8. Utilisation répétée du produit dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux.

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf. diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
- Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
- Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

C. Annexe 3 : Entretiens

ENTRETIENS DES PARENTS

Cf CD-ROM

D. Annexe 4 : Codage

Codage et Nœuds N-Vivo

Cf CD-ROM

VI. BIBLIOGRAPHIE

[1] **Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al**. *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders : finding from the global burden of disease study 2010*. Lancet 2013 ; 382 : 1575-86.

[2] **Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) [en ligne]**. Les chiffres clés de l'audiovisuel français - Edition du 2nd semestre 2015 [Consulté le 14 Novembre 2017]. Disponible sur: http://www.csa.fr/Etudes-et-publications/Les-chiffres-cles/Les-chiffres-cles-de-l-audiovisuel-francais-Edition-du-2nd-semestre-2015

[3] **The Henry J. Kaiser Family Foundation [en ligne]**. *Generation M2: Media in the Lives of 8- to 18-Year-Olds.* Publié le 20 Janvier 2010 [Consulté le 13 Novembre 2017]. Disponible sur : https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED527859.pdf

[4] **Christophe Lançon**. *Conduites addictives et processus de changement*. John Libbey Eurotext ; 15 Octobre 2013. P. 1-15.

[5] **Pierre Taquet**. *Addiction au jeu vidéo : Processus cognitifs émotionnels et comportementaux impliqués dans son émergence, son maintien et sa prise en charge*. Psychologie. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2014.

[6] **Peele S, Brodsky A**. *Love and addiction*. New-York, NY : Taplinger, 1975. p 284-5

[7] **Orford J**. *Dependence: How People take it and leave it*. British Journal of Addiction, 73 (1978) 359-61.

[8] **Goodman A**. *Addiction : definition and implications*. British Journal of Addiction 1990, 85. p.1403-8.

[9] **Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC**. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5e édition. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson ; 2015. p 631-774.

[10] **Binder P**. *Intervenir sur les addictions en médecine générale*. Exercer 2017 ; 129 : 24-31.

[11] **Baler RD, Volkow ND**. *Drug addiction : the neurobiology of disrupted self-control*. Trends Mol Med 2006 ; 12 : 559-66.

[12] **Engert F, Bonhoeffer T**. *Dendritic spine changes associated with hippocampal long-term synaptic plasticity*. Nature 1999 ; 6731 : 66-70.

[13] **Naassila M**. *Neurobiologie de l'addiction*. In : addictions et comorbidités. Paris : Dunod, 2014.

[14] **Widom CS, Hiller-Sturmhöfel S**. *Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse*. Alcohol Res Health 2001 ; 1 : 52-7.

[15] **Palmer RH, Knopik VS, Rhee SH, Hopfer CJ, Corley RC, Young SE, et al**. *Prospective effects of adolescents indicators of behavioral disinhibition on DSM-IV alcohol, tobacco and illicit drug dependence in young adulthood*. Addicte Behaviors 2013 ; 9 : 2415-21

[16] **Quinn PD, Harden KP**. *Differential changes in impulsivity and sensation seeking and the escalation of susbtance use from adolescence to early adulthrood*. Development and Psychopathology 2013 ; 25 : 223-39.

[17] **Olinas M, Thiriet N, Chauvet C, Jaber M**. *Prevention and treatment of drug addiction by environmental enrichment*. Progress in Neurobiology. 2010 ; 92 : 572-92.

[18] **Valleur M, Velea D**. *Les addictions sans drogue(s).* Revue Toxibase n°6. Juin 2002. p 1-16

[19] **Gleizes F, Burricand C**. **Insee [en ligne]**. *L'équipement des ménages en 2013*. Insee résultats – N°165, paru le 27 Mars 2015 [consulté le 7 Novembre 2017]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379756?sommaire=1912109

[20] **Goldberg I [en ligne].** *Internet addiction*. 1995 [consulté le 14 Novembre 2017]. Disponible sur : http//www.iucf.indiana.edu/~brown/hyplan/addict.html

[21] **Young K [en ligne].** *What you need to know about internet addiction***.** Net Addiction, 5 Janvier 2015 [consulté le 20 Novembre 2017]. Disponible sur : http://www.netaddiction.com/

[22] **Young K**. *Caught In the Net, how to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery*, John Wiley & Sons, 2000.

[23] **Véléa D, Hautefeuille M, Vazeille G, Lantran-Davoux C, Maire D** : *La toxicomanie au Web*. Synapse, 1998, 144: 21-28.

[24] **Hautefeuille M, Véléa D**. *Les addictions à Internet : de l'ennui à la dépendance*. Petite bibliothèque Payot, 2014.

[25] **Statista [en ligne]**. *Console de jeux vidéo : équipement des foyers France 2010-2016, statistique* [consulté le 14 Novembre 2017]. Disponible sur : https://fr.statista.com/statistiques/550715/taux-equipement-foyers-console-jeux-video-france/

[26] **Forsans E [en ligne]**. *Les Français et les jeux vidéo*. GfK ISL, Custom Research France, 5 juillet 2012 [consulté le 14 Novembre 2017]. Disponible sur : http://www.afjv.com/news/1288_francais-jeux-video.htm

[27] **Valleur M**. *L'addiction aux jeux vidéo, une dépendance émergente ?* Enfances Psy. 20 Avril 2006 ; n°31(2) : 125-133.

[28] **Organisation mondiale de la santé [en ligne]**. *Trouble du jeu vidéo*. Janvier 2018 [Consulté le 10 Juillet 2018].
Disponible sur : http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/fr/

[29] **Gentile D**. *Pathological video-game use among youth ages 8 to 18 : a national study*. Psychological Science. Mai 2009 ; 20(5) : 594-602.

[30] **Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J**. *The effects of pathological gaming on aggressive behavior*. Journal of Youth Adolescence. Janvier 2011 ; 40(1) : 39-47.

[31] **Choo H, Gentile DA, Sim T, Li D, Khoo A, Liau AK**. *Pathological video-gaming among Singaporean youth*. Annals Academy of Medicine, Singapore. Novembre 2010 ; 39(11) : 822-829.

[32] **Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF**. *Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents*. The Journal of Nervous and Mental Disease. Avril 2005 ; 193(4) : 273.

[33] **Bioulac S, Arfi L, Bouvard MP**. *Attention deficit/hyperactivity discorder and video games : a comparative study of hyperactive and control children*. European Psychiatry. Elsevier, Mars 2008 ; 23(2) :134-141.

[34] **Mentzoni RA, Brunborg GS, Molde H, Myrseth H, Skouveroe KJM, Hetland J, et al**. *Problematic video game use : estimated prevalence and associations with mental and physical health*. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. Octobre 2011 ; 14(10) : 591-596.

[35] **Walther B, Morgenstern M, Hanewinkel R**. *Co-occurrence of addictive behaviours : personality factors related to substance use, gambling and computer gaming*. European Addiction Research. 2012 ; 18(4) : 167-174.

[36] **Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM**. *Problem gambling in adolescence : Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence*. Personality and Individual Differences. Elsevier Juillet 2008 ; 45(2) : 174-180.

[37] **Mélanie Gomez [en ligne]**. De plus en plus d'enfants exposés aux écrans bien avant l'âge de trois ans. Europe 1, publié le 11 Septembre 2018 [consulté le 12 Septembre 2018].

Disponible sur : http://www.europe1.fr/societe/exclu-europe-1-de-plus-en-plus-denfants-exposes-aux-ecrans-bien-avant-lage-de-trois-ans-3752459

[38] **Mediametrie WebO Kids [en ligne]**. *Les usages Internet multi-écrans des enfants*. Juillet 2015 [consulté le 12 Décembre 2017]. Disponible sur : http://www.mediametrie.fr/internet/solutions/web-observatoire-kids.php?id=140

[39] **Gaetan S, Bonnet A, Pedinielli J-L**. *Perception de soi et satisfaction de vie dans l'addiction aux jeux vidéo chez les jeunes adolescents (11-14 ans)*. L'Encéphale. Elsevier, Décembre 2012 ; 38(6) : 512-518.

[40] **GfK Retail and Technology France [en ligne]**. *Les français et l'Entertainment (Etude)* [consulté le 17 Novembre 2017]. Février 2011. Disponible sur : https://www.gfk.com/fr/

[41] **Strasburger V.C., Jordan A.B. et Donnerstein E**. *Health effects of media on children and adolescents*. Pediatrics, 125(4) : 756-767.

[42] **Zimmerman FJ, Christakis DA**. *Children's television viewing and cognitive outcomes : a longitudinal analysis of national data*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. Juillet 2005 ; 159(7) : 619-625.

[43] **Schmidt ME, Pempek TA, Kirkorian HL, Lund AF, Anderson DR**. *The effects of background television on the toy play behavior of very young children*. Child Development. 2008 ; 79(4) : 1137-1151.

[44] **Collet M**. *Évaluation du lien entre l'exposition aux écrans chez les jeunes enfants et l'apparition de troubles primaires du langage: étude cas-témoins en Ille-et-Vilaine*. Thèse d'exercice 2017, France: Université Bretagne Loire.

[45] **Magnenou F [en ligne]**. France Télévisions. *Vos enfants seront-ils bientôt incapables d'écrire à la main ?* Publié le 26 Mars 2018 [Mis à jour le 07 Août 2018 et consulté le 12 Août 2018]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/societe/education/numerique-a-l-ecole/vos-enfants-seront-ils-bientot-incapables-d-ecrire-a-la-main_2641772.html

[46] **Winterstein P, Jungwirth RJ**. *Medienkonsum und Passivrauchen bei Vorschulkindern Risikofaktoren für die kognitive Entwicklung?* Kinder-und Jugendarzt. Vol. 37, 4, p 207-211.

[47] **Enquête de l'Organisation mondiale pour la santé (OMS)** publiée le 4 septembre 2012 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

[48] **American Academy of Pediatry**. *Announces New Recommendations for Children's Media Use*, publié le 21 Octobre 2016 [Consulté le 12 Août 2018]. Disponible sur : https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/american-academy-of-pediatrics-announces-new-recommendations-for-childrens-media-use.aspx

[49] **Association nationale pour l'amélioration de la vue [en ligne]**. Rentrées scolaire et universitaire : problèmes de vue en augmentation chez les 16-24 ans, publié le 30 Août 2017 [consulté le 10 Janvier 2018].
Disponible sur : https://cdn.idmailing.net/images/3/asnav/files/COMMUNIQUE_ASNAV_-_RENTREE_2017.pdf

[50] **Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE, Kunkel D, Hunter SB et al**. *Watching sex on television pedricts adolescent initiation of sexual behaviour*. Pediatrics, Septembre 2004, 114(3) : 280-289.

[51] **Chandra A, Martino SC, Collins RL, Elliott MN, Berry SH, Kanouse DE et al**. *Does watching sex on television predict teen pregnancy ? Findings from a national longitudinal survey of youth*. Pediatrics, Novembre 2008, 122(5) : 1047-1054.

[52] **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017**. Paris : La documentation française, 2013.

[53] **Office français des drogues et toxicomanies [en ligne]**. Produits et addictions [Consulté le 24 novembre 2017]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions

[54] **Binder P, Venderkam P**. *Intervenir sur les addictions en médecine générale : les interventions possibles*. Exercer 2017 ; 130 : 72-81.

[55] **Binder P, Heintz AL, Servant C, Roux MT, Robin S, Gicquel L et al**. *Screening for adolescent suicidality in primary care : the bullying-insomnia-tobacco-stress test*. A population-based pilot study. Early Intervention in Psychiatry, 6 Mai 2016.

[56] **Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P**. *What do trouble dadolescents expect from their GPs ?* European Journal of General Practice, Décembre 2016 ; 22(4) :1-8.

[57] **Leaute X, Baranbe G, Vartanian C, Vigneau C, Senand R, Rat C**. *Mise en œuvre d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire des addictions au sein d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires : quelles motivations, quels freins ?* Exercer 2017 ; 129 : 4-10.

[58] **American Academy of Pediatrics**. *Media education.* Pediatrics 1999, 104(2) : 341-343.

[59]**Serge Tisseron [en ligne]**. *Apprivoiser les écrans et grandir*. s. d. 3-6-9-12 [consulté le 17 Décembre 2017]. Disponible sur : https://www.3-6-9-12.org/

[60] **Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [en ligne]**. *Du bon usage des écrans chez les enfants « La règle du 3-6-9-12 »*. Le 6 Septembre 2011 [consulté le 17 Décembre 2017]. Disponible sur:
http://www.anpaa.asso.fr/images/stories/telechargement/cp_ecrans_tele_afpa_tisseron.pdf

[61] **Fédération Wallonie-Bruxelles [en ligne]**. *Pour développer ses 5 sens, pas d'écran avant 3 ans* [consulté le 17 Décembre 2017]. Disponible sur : http://www.yapaka.be/campagne/pour-developper-ses-5-sens-pas-decran-avant-3-ans

[62] **Ducanda AL, Terrasse I [en ligne]**. *Les écrans : un danger pour les enfants de 0 à 4 ans*. 1er Mars 2017 [consulté le 17 Décembre 2017]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=9-eIdSE57Jw

[63] **Collectif de médecin généraliste [en ligne]**. *La surexposition des jeunes enfants aux écrans est un enjeu majeur de santé publique*. 31 Mai 2017 [consulté le 17 Décembre 2017]. Le Monde. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/05/31/la-surexposition-des-jeunes-enfants-aux-ecrans-est-un-enjeu-majeur-de-sante-publique_5136297_1650684.html