

# Addiction aux écrans,

« Mon ado est addict aux jeux vidéo ! », s'inquiètent régulièrement parents et enseignants. Qu'en est-il réellement de l'addiction aux écrans ? Le point sur la recherche dans ce domaine.

Indispensables aujourd'hui dans nos vies, les écrans rendent de multiples services à l'utilisateur. Ils l'aident à s'adapter à son époque et son environnement. Le contexte pandémique lié à la covid-19 l'a encore montré : les écrans permettent de maintenir un certain niveau d'activité et d'interactions lorsque les contacts sociaux directs sont limités ou impossibles. Qu'en aurait-il été d'une telle catastrophe sanitaire avant l'ère d'Internet et des ordinateurs ? Les écrans peuvent aussi être source de gratification et de plaisir (jeu vidéo ou « like » sur un réseau social...), ce qui contribue à l'épanouissement personnel.

Toutefois, leur usage mal contrôlé peut conduire à des risques, en particulier chez les personnes plus vulnérables ou exposées (Benchebra, Alexandre et al.

2019; Leouzon, Alexandre et al. 2019). Depuis plus d'une décennie, des difficultés en lien avec un usage excessif d'écrans sont très régulièrement rapportées, pointées par le système scolaire, les médias, la population. L'expression « *addiction aux écrans* » est tout aussi régulièrement employée, à bon ou mauvais escient, sans que l'on sache réellement ce qu'elle recouvre. Cet article propose une mise en perspective de ces sujets : qu'est-ce que l'addiction et sa clinique, qu'en est-il de « l'addiction aux écrans » et de la recherche ?

## ADDICTION : ÉVOLUTION DU CONCEPT

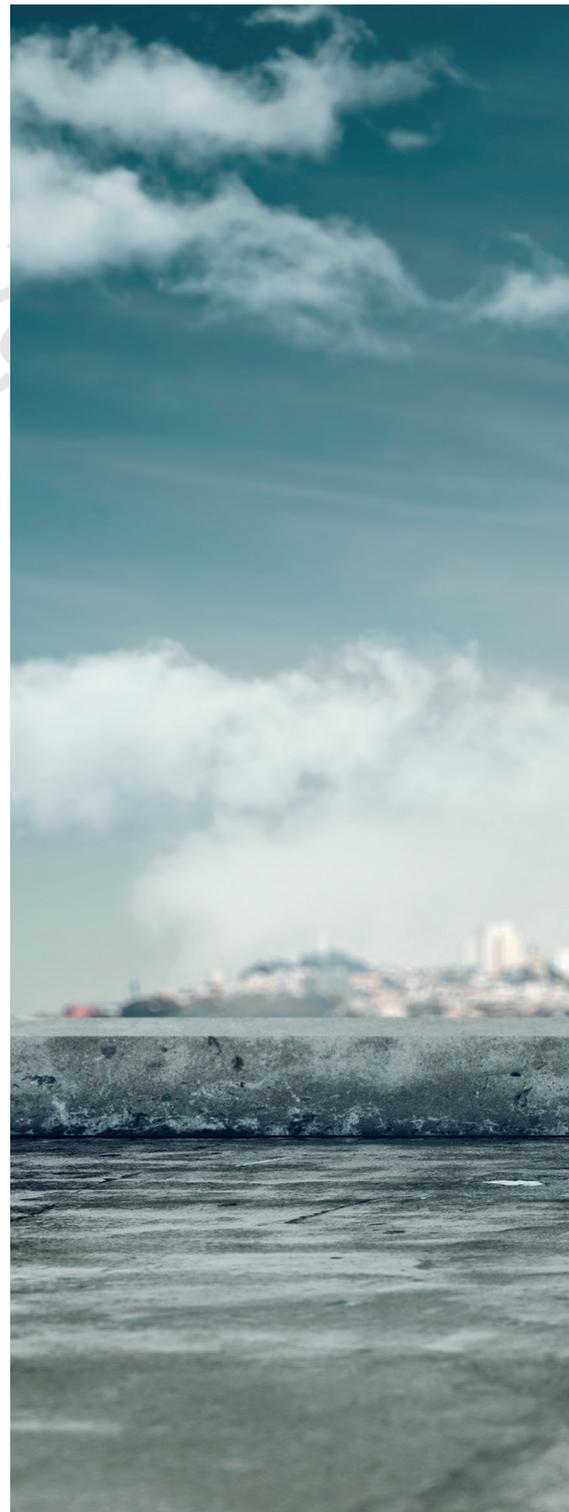
Pour comprendre le phénomène addictif, il faut distinguer modalités et conséquences de l'usage (Auriacombe, Serre et al. 2018).

Historiquement, les premières théories sur l'addiction, aussi dénommée dépendance, se concentraient sur les conséquences directes de l'exposition aux substances, à court et long termes, en lien avec les phénomènes d'intoxication aiguë et chronique, de tolérance et de sevrage. Ces théories sous-tendaient les champs de spécialités médicales, comme la tabacologie ou l'alcoologie, qui plaçaient chaque substance et leurs effets au cœur du phénomène de dépendance, en se basant sur les quantités consommées. Or, bien qu'il existe de nombreux objets potentiellement addictifs, il s'avère que le diagnostic d'addiction est en fait le même (Alexandre, Fatséas et al. 2012).

Ceci a conduit à mettre en avant la notion de perte de contrôle dans les théories actuelles. L'addiction ou « *trouble de*

Jean-Marc ALEXANDRE<sup>a, 1,2</sup>,  
Mathieu BOUDARD<sup>b, 1,2</sup>,  
Christophe RASSIS<sup>c, 2</sup>,  
Fuschia SERRE<sup>d, 1</sup>,  
Marc AURIACOMBE<sup>e, 1,2</sup>

a– Attaché de recherche, b– Psychiatre-addictologue, c– Coordinateur programme régional de formation Niveau 3 Nouvelle Aquitaine, d– Ingénieure de recherche, e– Professeur de psychiatrie et addictologie PU-PH directeur adj. du laboratoire Sanpsy ;  
1– Laboratoire Sommeil addiction neuropsychiatrie, Sanpsy USR CNRS 3413 ; 2– Service Addictologie, CH Charles Perrens, CHU de Bordeaux et Centre expert régional du jeu pathologique d'Aquitaine (CERJP-A).



# où en est-on ?



© Adobe Stock - Nomad\_Soul.

*l'usage* » (mieux que « *dépendance* ») désigne ainsi une modalité pathologique d'usage d'un objet (une substance ou un comportement), qui était à l'origine simple source de gratification (Auriacombe, Serre et al. 2018). La perte de contrôle engendre alors une accumulation de conséquences néfastes sur la vie du sujet et sa perception du problème.

Un symptôme clé de l'addiction est le *craving*, c'est-à-dire le désir involontaire, irrésistible et persistant de consommer. Il est prédictif de la rechute lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de l'usage (Serre, Fatseas et al. 2015). Une rémission stable nécessite de ce fait une prise en charge spécifique en addictologie.

L'évolution des concepts a conduit à s'interroger au cours des années 2000 à 2010 sur l'existence d'addictions à certains comportements sources de plaisir, sans qu'il y ait usage de substance. Les jeux d'argent et de hasard ont été les plus étudiés (Bosc, Fatseas et al. 2012) et, en 2013, se basant sur la littérature scientifique, le groupe de travail international du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* (DSM-5) a inclus le trouble des jeux d'argent et de hasard dans la même catégorie diagnostique que celui de l'usage de substances (APA, 2013; Gazel, Fatséas et al. 2014). Il s'agit ainsi du premier diagnostic d'addiction comportementale (« *sans substance* ») reconnu en tant que tel. Le DSM-5 introduisait également l'addiction aux jeux vidéo, en proposant aux chercheurs des critères diagnostics à considérer pour les études futures (Petry, Rehbein et al. 2014, Leouzon, Alexandre et al. 2019).

En parallèle, quelques années plus tard en 2018, la 11<sup>e</sup> édition de la *Classification internationale des maladies* considérait le niveau de preuve suffisant pour retenir le diagnostic d'addiction aux jeux vidéo (Organisation mondiale de la santé, 2018). L'addiction est ainsi caractérisée aujourd'hui par trois grands éléments : perte de contrôle, *craving* et rechute.

### CIBLES DE RECHERCHE

Les écrans (smartphones, tablettes, téléviseurs...) et les activités qui y sont pratiquées (jeux, réseaux sociaux, recherche d'information...) font également l'objet d'études en addictologie. Dans ce contexte, une des principales questions de recherche est d'établir s'il existe une

addiction aux écrans (en tant que tels) ou à certaines catégories d'activités, ou si les critères nécessaires ne s'appliquent tout simplement pas à ce cadre général. En Nouvelle-Aquitaine, l'équipe « *Addiction* » du laboratoire Sommeil addiction neuropsychiatrie (Sanpsy, 1), participe activement à ces travaux, en collaboration avec le centre hospitalier Charles Perrens, le CHU de Bordeaux et le centre de soins en addictologie Bizia à Bayonne. Ces recherches comprennent des études cliniques, comme celles de la cohorte « *Addiction Aquitaine* » (AddictAqui), qui explore les trajectoires de personnes présentant une addiction aux substances ou comportementale, en contact avec le dispositif de soins (5000 sujets).

Des enquêtes sur l'usage des écrans sont également menées en population générale, sous forme de questionnaires, en partenariat avec des communes (Martignas-sur-Jalles, Fontcouverte, d'autres à venir) (Alexandre, Rassis et al. 2017). Toutes montrent le très haut niveau d'équipement et d'utilisation des écrans : 99 % des personnes interrogées sont des usagers, tous écrans confondus, avec un temps quotidien de 5 heures par jour pour les adolescents et adultes. Une proportion importante des sujets (36 % à 45 % selon les enquêtes) a ressenti au moins un type de problème récurrent vis-à-vis des écrans au cours des douze derniers mois (de nature variée : négliger des choses importantes à faire, manque de sommeil, difficultés relationnelles, être souvent en retard...). Il s'agissait le plus souvent d'adolescents, dont l'écran de prédilection était le smartphone ou l'ordinateur. Les activités associées aux problèmes avec les écrans étaient les jeux vidéo, les réseaux sociaux, la recherche d'informations et d'actualités. Cependant, seule une minorité des sujets (entre 1 % et 4 %) avaient suffisamment de critères pour qualifier leur usage d'écrans « *d'addiction potentielle* ». Tous les types d'écrans et un panel d'activités sur écrans étaient concernés (Boudard et al.).

### PRISE EN CHARGE

Notre société va vraisemblablement continuer à évoluer vers l'augmentation de la présence d'écrans dans le quotidien. L'enjeu est donc d'apprendre à faire avec, sans rencontrer de problèmes ou à un niveau raisonnable, maîtrisé. Il s'agit en fait de s'adapter à l'environnement (2), processus naturel dans l'histoire de

l'espèce humaine, mais qui ne va pas toujours sans heurts. À titre préventif, des recommandations ou messages ciblés (3) peuvent sensibiliser le public, qui modère alors son usage de manière autonome. Toutefois, lorsqu'une addiction s'installe (perte de contrôle, *craving*, rechute), les mécanismes personnels d'autorégulation sont compromis et une aide spécialisée est nécessaire. Quel que soit l'objet (substance ou comportement), distinguer l'usage excessif de l'addiction reste complexe. En cas de doute, des ressources sont accessibles pour faire le point : médecin traitant, consultation d'addictologie avancée/jeunes consommateurs (Caan'abus à Bordeaux par exemple), centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa). Il existe aujourd'hui des évaluations et des prises en charge efficaces pour tous les types d'addictions. Le plus important est de consulter sans trop attendre, car la précocité de l'intervention est une des clés de son succès.

L'objectif général de la prise en charge de l'addiction est le même quel qu'en soit l'objet. Il s'agit de l'arrêt (ou la forte réduction) du comportement addictif, avec l'interruption de l'intoxication et le maintien de l'abstinence (ou de la forte réduction) par la prévention des rechutes à long terme. Obtenir la rémission la plus stable possible passe par la réduction du *craving*, cible principale de l'accompagnement. Les conditions de succès sont une approche globale, médico-psycho-sociale, fondée sur l'évaluation systématique et répétée de la situation du patient et de l'efficacité de l'intervention thérapeutique.

Au service d'addictologie du CH Charles-Perrens, 20 % à 25 % des nouvelles consultations chaque année sont en lien avec une addiction comportementale. Un projet de soin individualisé est établi et ajusté par l'équipe clinique pluridisciplinaire en fonction d'entretiens d'évaluation standardisés et répétés. Ces derniers intègrent notamment la version française de l'*Addiction Severity Index* (ASI) (4). Cet instrument d'évaluation multifactoriel est le plus utilisé dans le monde pour les comportements addictifs avec et sans substances, (Denis, Fatseas et al. 2016). Le questionnaire ASI est réalisé au cours d'un entretien d'environ 45 minutes, de manière standardisée avec un évaluateur spécialement formé. Il comporte 170 questions sur les grands domaines de la vie du

sujet (état de santé médical physique et psychologique, situation socioprofessionnelle, relations avec l'entourage, usage de substances et comportements potentiellement addictifs...). Les réponses recueillies sont courtes, de nature objective (ex : le niveau d'études) et subjective (ex : un degré de perturbation sur une échelle d'autoévaluation de 0 à 4). L'ASI permet ainsi d'établir de façon systématisée un profil de sévérité utile pour la clinique et la recherche, qui pourra être maintenu à jour en répétant l'entretien dans le temps (par exemple pour évaluer l'efficacité d'une prise en charge de l'addiction).

## CONCLUSION

Le plus souvent, l'emploi courant de l'expression « *addiction aux écrans* » (voire du terme « *addiction* » en général) désigne plutôt l'observation d'une pratique jugée « *excessive* » d'écrans et/ou une « *omniprésence, surexposition* » des écrans au quotidien. Cependant, l'éclairage de la définition médicale moderne de l'addiction conduit à la nuance. Ainsi, l'addiction n'est pas seulement « *faire beaucoup* », mais plutôt « *faire de manière incontrôlée* » c'est-à-dire plus qu'on ne veut. L'addiction implique aussi des symptômes bien spécifiques (*craving*, chronicité, accumulation de dommages...). Dans ces contextes, des prises en charges efficaces doivent être proposées.

Notons aussi que le temps scientifique est très différent du temps médiatique : une étude prend souvent plusieurs années à projeter, réaliser, publier. Les données fiables sur les écrans et les addictions sont encore en nombre restreint. Elles semblent indiquer que parmi les utilisateurs d'écrans, c'est-à-dire quasiment chacun d'entre nous, une proportion importante (estimé entre un tiers et la moitié) rencontre ponctuellement des

problèmes liés à un usage excessif. Les études précitées mettent également en évidence un sous-ensemble (inférieur à 5 %?... ) d'utilisateurs d'écrans qui accumulent les symptômes en lien avec une perte de contrôle, pour lesquels le terme « *addiction* » serait approprié et une indication de prise en charge spécialisée particulièrement indiquée. L'addiction aux écrans serait alors définie par une utilisation persistante et répétée de ce médium (avec différentes activités possibles), conduisant à une altération du fonctionnement ou une détresse cliniquement significative sur une période prolongée. Ce trouble se caractériserait par les mêmes symptômes centraux que les addictions déjà connues (aux substances, ou aux jeux d'argent), à savoir le *craving* (ressenti ego-dystonique d'un désir persistant d'utiliser des écrans), l'incapacité à moduler son usage pour éviter la survenue de conséquences négatives dans différents domaines de la vie, des échecs lors des tentatives de réduction ou d'arrêt, des préoccupations et des pratiques excessives liées aux écrans. Les premiers résultats de la recherche invitent à continuer de caractériser ce phénomène, ses facteurs de risques, son évolution clinique et sa prise en charge.

1- En savoir plus : [www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr](http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr)

2- À lire sur ce sujet *L'adaptation en question(s), Santé mentale*, n° 257, avril 2021.

3- Ce sont par exemple les balises « 3-6-9-12 », énoncés par le psychiatre Serge Tisseron pour aider les parents à fixer des limites à leurs enfants de 0 à 12 ans. Voir aussi les sites [pedagojeux.fr](http://pedagojeux.fr), [netecoute.fr](http://netecoute.fr)...

4- Plus d'information : <http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static57/addictologie-asi>

## BIBLIOGRAPHIE

- Alexandre, J., C. Rassis, F. Serre, M. Fatseas and M. Auriacombe (2017). *A survey of potential Internet Gaming Disorder extended to screen use in a community sample*. College on Problems of Drug Dependence. Montréal, Canada.
- Alexandre, J.-M., M. Fatseas and M. Auriacombe (2012). « *Addiction(s) ?* » *Biofutur* 338.
- Association Américaine de Psychiatrie (2013). *Manuel Statistique et Diagnostic des Troubles mentaux (DSM)*.
- Auriacombe, M., F. Serre, C. Denis and M. Fatseas (2018). « *Diagnosis of addictions*. *The Routledge Handbook of the Philosophy and Science of Addiction*. H. Pickard and S. Ahmed. London and New York : 132-144. ».
- Benchebra, L., J. M. Alexandre, J. Dubernet, M. Fatseas and M. Auriacombe (2019). « *Addiction aux jeux (d'argent et vidéo) et état de santé des joueurs : une revue critique de la littérature*. » *Presse Med* 48(12): 1551- 1568.
- Bosc, E., M. Fatseas, J. M. Alexandre and M. Auriacombe (2012). « *Similitudes et différences entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances : qu'en est-il ?* » *Encéphale* 38(5): 433-439.
- Boudard, M. « *L'analyse par la théorie de réponses aux items des critères DSM-5 du trouble de l'usage des jeux vidéo sur internet adaptés au trouble de l'usage d'écran. Une étude dans un échantillon suburbain*. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine soutenue le 14 octobre 2020.
- Denis, C., M. Fatseas, V. Beltran, F. Serre, J. M. Alexandre, R. Debrabant, J. P. Daulouede and M. Auriacombe (2016). « *Usefulness and validity of the modified Addiction Severity Index : A focus on alcohol, drugs, tobacco, and gambling*. » *Subst Abuse* 37(1): 168-175.
- Gazel, C., M. Fatseas and M. Auriacombe (2014). « *Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ?* » *La Lettre du Psychiatre* X(2).
- Leouzon, H., J.-M. Alexandre, M. Fatseas and M. Auriacombe (2019). « *L'addiction aux jeux vidéo dans le DSM-5, controverses et réponses relatives à son diagnostic et sa définition*. » *Annales Médico-psychologiques* 177(7): 610-623.
- Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Classification Internationale des Maladies, 11ème Revision (ICD- 11)*.
- Petry, N. M., F. Rehbein, D. A. Gentile, J. S. Lemmens, H. J. Rumpf, T. Mossle, G. Bischof, R. Tao, D. S. Fung, G. Borges, M. Auriacombe, A. Gonzalez Ibanez, P. Tam and C. P. O'Brien (2014). « *An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach*. » *Addiction* 109(9): 1399- 1406.
- Serre, F., M. Fatseas, J. Swendsen and M. Auriacombe (2015). « *Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review*. » *Drug Alcohol Depend* 148 : 1- 20.

**Résumé :** L'hypothèse d'une « *addiction aux écrans* » est aujourd'hui une préoccupation sociétale importante. Cette expression est régulièrement entendue pour désigner un usage important d'écrans. Cette approche quantitative s'avère en réalité insuffisante pour un diagnostic d'addiction, selon la définition de cette maladie, qu'il s'agisse de substances ou de comportements. « *L'addiction aux écrans* » n'est actuellement pas reconnue dans les nomenclatures diagnostiques et fait l'objet de recherches. Les données du laboratoire Sanpsy CNRS 3413 montrent qu'en population générale, une proportion importante d'utilisateurs rencontre des problèmes liés aux écrans. Toutefois, la prévalence des personnes dont les pratiques pourraient être qualifiées « *d'addiction aux écrans* » est largement plus minoritaire. Pour ces personnes, une prise en charge spécifique de l'addiction semble indiquée. Davantage de recherches sont nécessaires pour continuer de caractériser ce phénomène, ses facteurs de risques, son évolution clinique et sa prise en charge.

**Mots-clés :** Addiction – Addiction comportementale – Clinique – Concept – Écran – Prise en charge – Question de société – Recherche – Soins individualisés.