

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Vincent GUICHARD

Né le 29 mai 1992 à PARIS 15^{ème} (75)

Technologies de l'Information et de la Communication, utilisation et addiction
chez l'adulte, étude descriptive dans la population de la communauté de
commune du Véron en Indre-Et-Loire

Présentée et soutenue publiquement le 28 Mai 2020 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie d'adultes ; Addictologie,
Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Servane BARRAULT, Psychologie, MCU, Université François Rabelais – Tours

Directeur de thèse : Docteur Renaud RESPAUD, Pharmacie, MCU-PH, Faculté de
Pharmacie – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD –
P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P.
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI –
P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y.
LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D.
SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOUIROUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury.

Pour m'avoir enseigné les secrets de l'Entretien Motivationnel.

Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Pour l'honneur que vous me faites de composer ce jury.

Veillez croire Monsieur à mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Matthias BUCHLER

Pour l'honneur que vous me faites de participer à cette soutenance.

Pour vos conseils et enseignements lors de vos visites professorales pendant mon externat.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Servane BARRAULT

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

Pour votre aide et votre disponibilité lors de la confection de mon questionnaire.

Veillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Renaud RESPAUD

Pour l'honneur que tu m'as fait d'accepter de diriger cette thèse.

Pour ton soutien et tes bénéfiques consignes indispensables à la réalisation de ce travail.

Je te prie de recevoir mes remerciements les plus reconnaissants.

A Monsieur le Docteur Raymond RESPAUD

Pour tes enseignements de sémiologie et tes conseils toujours avisés.

Pour l'honneur que tu me fais de m'avoir désigné comme ton successeur.

Je te prie de recevoir mes sentiments les plus dévoués.

Aux docteurs que j'ai croisé durant mon parcours, pour vos conseils et enseignements:

Dr Le LIGNE, Dr MONPERT, Dr BAGOURD, Dr GALY, Dr BRECHAT, Dr VALVERDE, Dr PRUDHOMME, Dr GIACOMINO, Dr MEUNIER, à l'équipe du SAU Trousseau, du SAU pédiatrique de Clocheville et tout particulièrement au Dr MAROT, à l'équipe du service SSR et du SAU de Chinon.

Aux secrétaires de la Maison de Santé du Véron, au personnel de la pharmacie du Véron et de la pharmacie Régina pour votre aide dans la distribution des questionnaires.

A mes proches

A ma femme Anne-Charlotte, grâce à toi je suis un mari, un père, et bientôt un Docteur comblé. A tes côtés, je suis prêt à affronter la vie, un long chemin qui sera j'en suis sûr rempli de bonheur et d'amour.

A ma fille Inès, qui me donne chaque jour envie d'être un homme meilleur. J'espère te guider au mieux jusqu'à ce que tu trouves ta voie également.

A mes parents Christine et Patrice, pour m'avoir toujours encouragé dans les choix importants de ma vie, pour cette enfance qui a été le nid douillet bénéfique à la prise de mon envol pour le chemin des études, du mariage et de la paternité.

A mes grands-parents, Jacques, Gisèle, Robert et Josette, pour votre générosité, pour vos conseils avisés sur la vie et votre bienveillance sans faille à mon égard.

A mon grand-frère Bastien, mon exemple de réussite, merci de m'avoir montré le chemin des études jusqu'au doctorat et d'une vie de famille heureuse .

A mes amis de la fac de médecine et d'ailleurs, Quentin, Morgan, Martin, Hadrien, Alexandre, Antoine M, Hubert, Baptiste, Paul, Laurent, Tristan, Antoine L, Axel, Sylvain, Vianney, merci pour votre présence, les études avec vous restent une des plus belles périodes de ma vie.

A ma belle-famille qui m'a intégré comme un membre à part entière et surtout qui m'a aidé à fonder la mienne avec Anne-Charlotte.

Tables des Matières :

<u>Introduction</u>	p.11
<u>Matériel et Méthode</u>	p.13
<u>Résultats</u>	p.16
1) <u>Caractéristiques de la population</u>	p.16
2) <u>Classement des Technologies de l'Information et de la Communication</u>	p.20
3) <u>Les utilisations des TIC</u>	p.21
a. <u>En fonction du sexe</u>	
b. <u>En fonction de l'âge</u>	
c. <u>En fonction de l'activité (actifs/inactifs)</u>	
d. <u>En fonction de l'activité professionnelle</u>	
4) <u>Les critères d'addiction aux TIC</u>	p.23
a. <u>La sensation de manque</u>	
b. <u>Le craving</u>	
c. <u>L'utilisation problématique ou excessive</u>	
d. <u>L'avis des proches</u>	
e. <u>La perte de contrôle</u>	
f. <u>L'abandon d'activité</u>	
5) <u>L'addiction aux TIC</u>	p.26
a. <u>Analyses en fonction de l'addiction aux TIC</u>	
b. <u>Analyses en fonction du grade d'addiction</u>	
<u>Discussion</u>	p.29
<u>Bibliographie</u>	p.32

- Annexe 1 : Questionnaire
- Annexe 2 : Analyses univariées de la durée d'utilisation
- Annexe 3 : Analyses univariées de la durée déclarée raisonnable
- Annexe 4 : Analyses univariées du souhait de diminuer la durée d'utilisation
- Annexe 5 : Analyses univariées du souhait de consultation médicale
- Annexe 6 : Analyses univariées du nombre d'écrans au domicile
- Annexe 7 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction du sexe
- Annexe 8 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction de l'âge
- Annexe 9 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction de l'activité (actifs/Inactifs)
- Annexe 10 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction de l'activité professionnelle
- Annexe 11 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « sensation de manque »
- Annexe 12 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « craving »
- Annexe 13 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « utilisation problématique ou excessive »
- Annexe 14 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « avis des proches »
- Annexe 15 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « perte de contrôle »
- Annexe 16 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « abandon d'activité »
- Annexe 17 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction de l'addiction au TIC
- Annexe 18 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du grade d'addiction au TIC

Introduction :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sédentarité est un des facteurs communs évitables aux maladies non transmissibles (MNT), elles sont responsables de 63% des décès dans le monde (1). En effet, des études internationales confirment que le fait de passer plus de 3 heures par jour en position assise serait responsable de 3,8% de la mortalité toutes causes (433 000 décès / an) (2), et les adultes assis plus de 10h par jour ont un sur-risque de mortalité de 34% (3). Une étude Norvégienne a également montré que le temps total assis, l'utilisation de la télévision et des ordinateurs pendant les loisirs sont associés à des profils de risque cardio-métaboliques plus mauvais chez les adultes (Indice de Masse Corporel, tour de taille, pression artériels, cholestérol, Gamma GT, triglycérider, glycémie à jeun) (4). C'est pourquoi, comme l'indique la dernière version du Programme Nationale Nutrition Santé français (PNNS-4) « Lutter contre les comportements sédentaires (5) », semble indispensable pour maintenir et protéger la santé de la population.

Le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)(6,7) a augmenté considérablement notre sédentarité. Le nombre moyen d'écrans par foyer continue d'augmenter et passe de 5,4 en 2015 à 5,6 en 2018 (8). Ainsi en 2018 les français possèdent pour 94% une télévision, pour 86% un ordinateur, pour 72% un smartphone, pour 49% une tablette (9). Et malheureusement depuis 10 ans, l'utilisation des TIC explose, la durée quotidienne moyenne passée devant un écran a augmenté de 1 heure 47 minutes par jour (3 heures 20 minutes en 2006 pour 5 heures 7 minutes en 2015), et le pourcentage d'adultes passant plus de 3 heures par jour devant un écran passe de 53% en 2006 à 80% en 2015 (10,11).

Au-delà de l'effet négatif des activités sédentaires sur la santé, l'usage intensif des TIC et en particulier du smartphone aurait également des symptômes psychiques et physiques néfastes : troubles du langage et de l'attention, obésité, développement psychomoteur retardé chez l'enfant, performances scolaires et professionnelles diminuées, perte de l'estime de soi, agressivité, anxiété, dépression, troubles musculo-squelettiques, troubles du sommeil, réduction de la mobilité et de la vitalité des spermatozoïdes, augmentation du risque d'accident de la voie publique (12–24). La nécessité d'un repérage d'une utilisation incontrôlée des TIC paraît donc nécessaire dans certaines consultations de médecine générale (anxiété, syndrome dépressif, insomnie, obésité ...).

Par ailleurs, les TIC sont des outils qui donnent accès à de multiples utilisations sur internet mais aussi hors connexion : service de messageries, réseaux sociaux, jeux, pornographie, shopping, visionnage de vidéos, infolisme (surf compulsif à la recherche

d'information) (25,26). En 1998, K.Young décrit l'addiction à Internet pour la première fois (27), ce concept évoluant sous le terme de cyberaddiction : addiction comportementale englobant des formes de dépendances à l'outil informatique, aux jeux vidéo, à la sexualité sur internet, aux achats compulsifs en ligne, aux formes de communication synchrones ou asynchrones via courriels ou au sein de groupe de discussion (28). Le trouble du jeu vidéo sur internet (Internet Gaming Disorder) a été reconnu en 2013 dans l'ouvrage qui fait référence en psychiatrie, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5) par l'American Psychiatric Association (APA) (29) et il apparaîtra le 1^{er} janvier 2022 dans la Classification Internationale des Maladies (CIM11) de l'OMS. Par manque de reconnaissance actuelle des classifications internationales, la littérature regorge de tests diagnostiques des troubles liés à l'usage des TIC. Ces tests évaluent l'addiction à internet (27,30–32), l'addiction au smartphone (33,34), l'addiction à Facebook (35), l'addiction sexuelle (36,37), ou l'addiction au jeux vidéo (38). Pour la plupart, ils sont inutilisables en consultation de médecine générale et relèvent probablement d'un dépistage de deuxième intention.

L'objectif principal de cette étude était alors d'évaluer l'existence d'une addiction aux Technologies de l'Information et de la Communication en créant des critères d'addictions puis en les comptabilisant à l'aide d'un questionnaire dans la population de la communauté de commune du Véron en Indre-et-Loire. L'objectif secondaire était de créer un outil d'évaluation de l'addiction aux TIC pour dépister les personnes nécessitant une prise charge en médecine générale en analysant les différences d'utilisations et d'addictions en fonction des caractéristiques de notre population d'étude. Cela pourrait permettre l'organisation d'un dépistage ciblé de l'addiction aux TIC en médecine générale dans le but de diminuer les symptômes physiques, psychiques et lutter contre la sédentarité de la population.

Matériel et Méthode :

Afin d'étudier les utilisations et l'addiction aux Technologies de l'Information et de la Communication dans une population représentative d'un cabinet de médecine générale nous avons réalisé un questionnaire destiné aux patients (Annexe 1). Il a été proposé à toutes personnes âgées de plus de 18 ans se présentant dans la maison de santé du Véron à AVOINE, dans la Pharmacie Regina à AVOINE, dans la Pharmacie du Véron à BEAUMONT-EN-VERON.

Ce questionnaire comporte 4 parties distinctes :

- La première partie recueillait les caractéristiques personnelles : âge, sexe, activité professionnelle (oui ou non), étudiant ou retraité. De la même manière que l'INSEE, nous avons regroupé lors de l'analyse, l'activité professionnelle en deux classes distinctes : la classe des « Actifs » regroupant les personnes ayant une activité professionnelle, la classe des « Inactifs » regroupant les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle, les étudiants et les retraités.
- La deuxième partie s'intéressait aux TIC. Le nombre d'écran au domicile était demandé. La télévision, la tablette, l'ordinateur et le smartphone devaient être classés du plus au moins important (de 1 à 4 points).
- La troisième partie consistait à décrire leurs utilisations. Par tranche d'1 heure, les utilisateurs devaient estimer la durée d'utilisation hors activité professionnelle sur une journée. Lors de l'analyse, la durée d'utilisation sera arrondie à la demi-heure de la tranche horaire choisie (exemple : durée d'utilisation arrondie à 1h30min pour la tranche horaire de 1h à 2h). La fréquence des 7 principales utilisations devait être estimée : service de communication (e-mail, SMS, appel), réseaux-sociaux (Facebook, Instagram, Twitter), jeux, regarder des vidéos (film, série, YouTube), shopping, pornographie, infolisme (surf compulsif à la recherche d'information).
- La quatrième partie évoquait les critères d'addiction aux TIC. Lors de l'analyse des résultats : le critère sera jugé présent si la fréquence était cotée « Toujours » ou « Fréquemment », le critère sera jugé non présent si la fréquence était cotée « Occasionnellement », « Rarement » ou « Jamais »). Nous avons imaginé ces

critères d'addiction aux TIC (*tableau 1*) grâce aux 6 critères de la dépendance de la CIM-10 de l'OMS et les 11 critères du DSM-5 de l'APA. La CIM-10 mentionne que 3 manifestations doivent être présentes en même temps sur la dernière année pour faire le diagnostic d'une dépendance. Le DSM-5 indique que la présence de 2 à 3 critères correspond à une addiction légère ; 4 à 5 critères correspond à une addiction modérée ; 6 critères ou plus correspond à une addiction sévère. Dans ce travail, nous différencierons les grades d'addiction aux TIC en adoptant la classification DSM-5.

Tableau 1 : Critères d'addiction aux TIC

Critères d'addictions aux TIC	Questionnaire	DSM-5	CIM-10
Craving	Il est difficile de vous abstenir de les utiliser	1	1
Utilisation problématique ou excessive	Votre utilisation est problématique ou excessive	3, 4, 11	4
Avis des proches	Vos proches vous reprochent le temps que vous y passez	8	6
Perte de contrôle	Vous y passez plus de temps que prévu	2	2
Abandon d'activité	Vous abandonnez certaines activités à leurs profits	6, 10	5
Sensation de manque	Vous avez des sensations de manque si vous ne pouvez pas les utiliser	5	3

- La cinquième et dernière partie sondait les utilisateurs sur les souhaits d'une consultation médicale et de diminuer leur temps d'utilisation après ce questionnaire. Nous leur demandions alors la durée d'utilisation raisonnable qu'ils pensaient pouvoir atteindre.

Afin d'effectuer l'analyse des résultats, les auto-questionnaires complétés ont été enregistrés numériquement grâce au logiciel « Microsoft Excel 2019 ». Nous avons effectué nos analyses avec un logiciel de biostatistiques en ligne « pvalue.io »(39). Elles ont été effectuées avec un seuil de significativité de $p < 0,05$ selon les règles suivantes :

- Si une variable était numérique et l'autre qualitative :
 - Pour comparer 2 groupes de patients
 - ❖ *Test de Student* si plus de 30 patients dans chaque groupe
 - ❖ *Test de Mann-Whitney* si moins de 30 patients dans au moins un groupe
 - Pour comparer plus de deux groupes
 - ❖ *Analyse de variance (Anova)* si plus de 30 patients par groupe
 - ❖ *Test de Kruskal-Wallis* si moins de 30 patients dans au moins un groupe
- Si les deux variables étaient quantitatives :
 - ❖ *Test de corrélation de Pearson*
- Si les deux variables étaient qualitatives :
 - ❖ *Test du Chi2* si l'effectif attendu de toutes les cases du tableau croisé était supérieur à 5
 - ❖ *Test de Fisher* si l'effectif attendu d'une des cases était inférieur à 5

Résultats :

Le recueil des questionnaires a duré quatre mois, du 18 juillet au 18 novembre 2019, 244 questionnaires ont été recueillis, 12 questionnaires ont été exclus de l'analyse car ils n'avaient pas été totalement remplis, 232 questionnaires ont pu être alors analysés.

1) Caractéristiques de la population :

Tout d'abord, les différentes caractéristiques de la population sont regroupées dans le *Tableau 2* ci-après. Nous analysons ensuite la durée d'utilisation, la durée déclarée raisonnable, le souhait de diminuer le temps d'utilisation, le souhait d'une consultation médicale et le nombre d'écran au domicile en fonction des autres caractéristiques.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population :

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	Min	Max	N
Âge	46.2 (17.6)	44.5 [31.8; 60.0]	18.0	90.0	232
Durée d'utilisation (h/jour)	3.62 (2.10)	3.50 [2.50; 4.50]	0.50	10.5	232
Durée déclarée raisonnable (h/jour)	2.44 (1.60)	2.50 [1.50; 3.50]	0.50	8.50	232
Nombre d'écran au domicile	3.44 (1.54)	3.00 [3.00; 4.00]	1.00	12.0	232
Activité professionnelle, n		Oui	134 (58%)		
		Retraité	55 (24%)		
		Étudiant	23 (9.9%)		
		Non	20 (8.6%)		
Activité, n		Actifs	134 (58%)		
		Inactifs	98 (42%)		
Sexe, n		Femme	166 (72%)		
		Homme	66 (28%)		
Souhait d'une consultation médicale, n		Non	219 (94%)		
		Oui	13 (5.6%)		
Souhait de diminuer le temps d'utilisation, n		Non	182 (78%)		
		Oui	50 (22%)		

Premièrement, la distribution de la durée d'utilisation est présentée en *Figure 1*, son analyse en fonction des autres caractéristiques de la population est présentée en *Annexe 2*, nous rappelons ci-après uniquement les résultats significatifs.

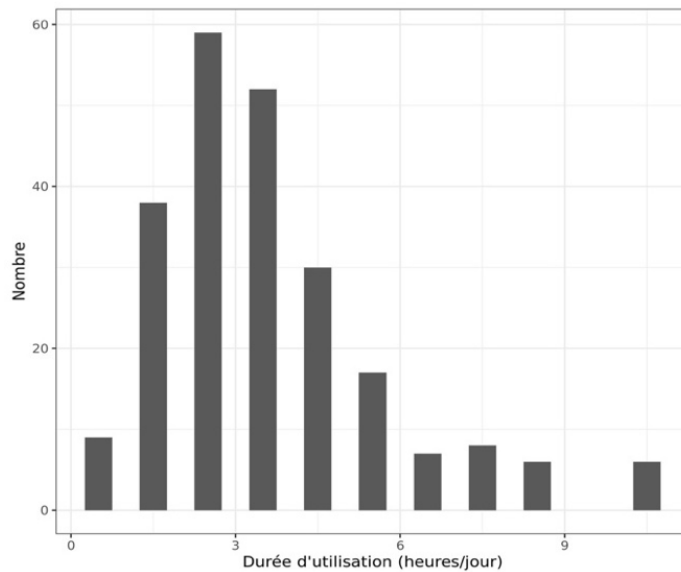


Figure 1 : Distribution de la durée d'utilisation

- ❖ La durée d'utilisation est significativement plus élevée chez les « Inactifs » (4 heures 7 minutes) que chez les « Actifs » (3 heures 15 minutes) ($p < 0,01$).
- ❖ La durée d'utilisation et la durée déclarée raisonnable sont significativement corrélées avec un coefficient de corrélation de 0,76 ($p < 0,001$).
- ❖ La durée d'utilisation est significativement différente en fonction de l'activité professionnelle ($p = 0,02$) (*Figure 2*).

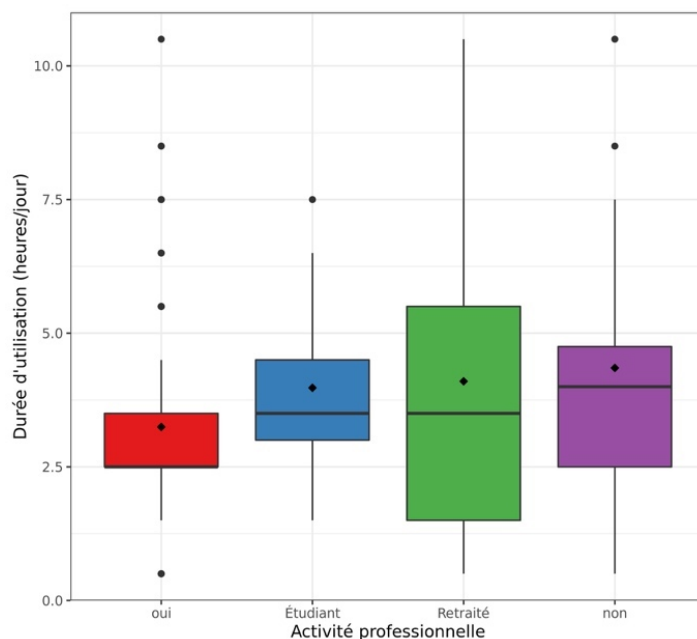


Figure 2 : Durée d'utilisation en fonction de l'activité professionnelle ($p = 0,02$)

Deuxièmement, la distribution de la durée déclarée raisonnable est présentée en *Figure 3*, son analyse en fonction des caractéristiques de la population est présentée en *Annexe 3*, nous rappelons ci-après uniquement les résultats significatifs.

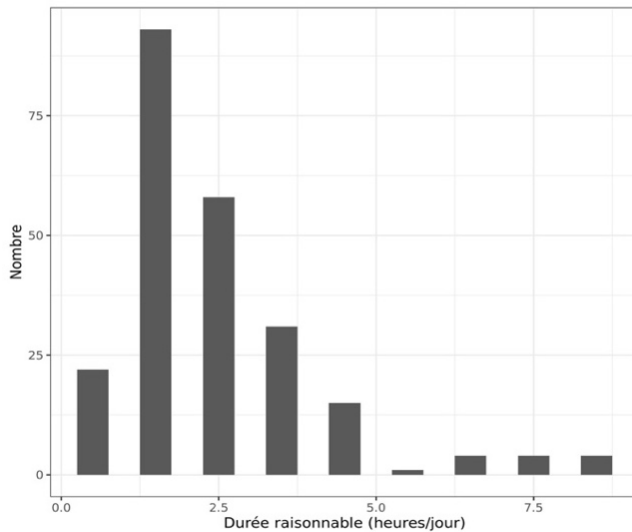


Figure 3 : Distribution de la durée déclarée raisonnable

- ❖ La durée déclarée raisonnable est significativement plus basse chez les « Actifs » (2 heures 4 minutes) que chez les « Inactifs » (2 heures 58 minutes) ($p > 0,001$).
- ❖ Les personnes souhaitant diminuer leur temps d'utilisation ont une durée déclarée raisonnable plus faible (1 heure 50 minutes) que les personnes ne souhaitant pas diminuer leur temps d'utilisation (2 heures 37 minutes) ($p < 0,001$).
- ❖ La durée déclarée raisonnable est corrélée à l'âge de manière significative avec un coefficient de corrélation de 0,28 ($p < 0,001$) : plus les sujets sont jeunes plus la durée déclarée raisonnable diminue.
- ❖ Elle est significativement différente en fonction de l'activité professionnelle ($p = 0,01$) (*Figure 4*).

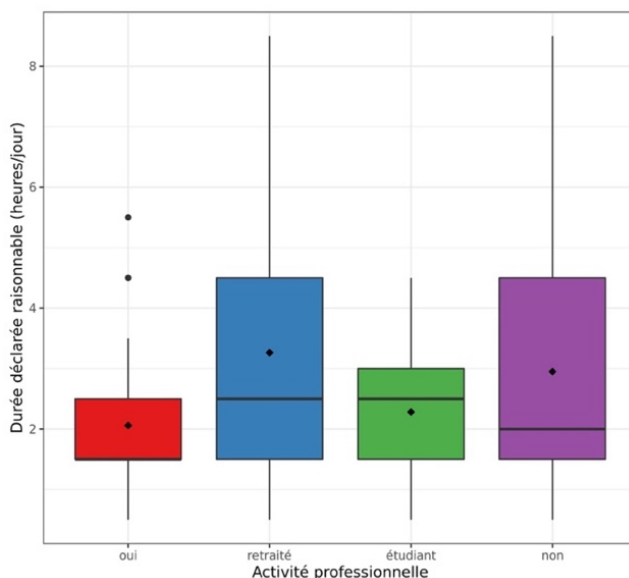
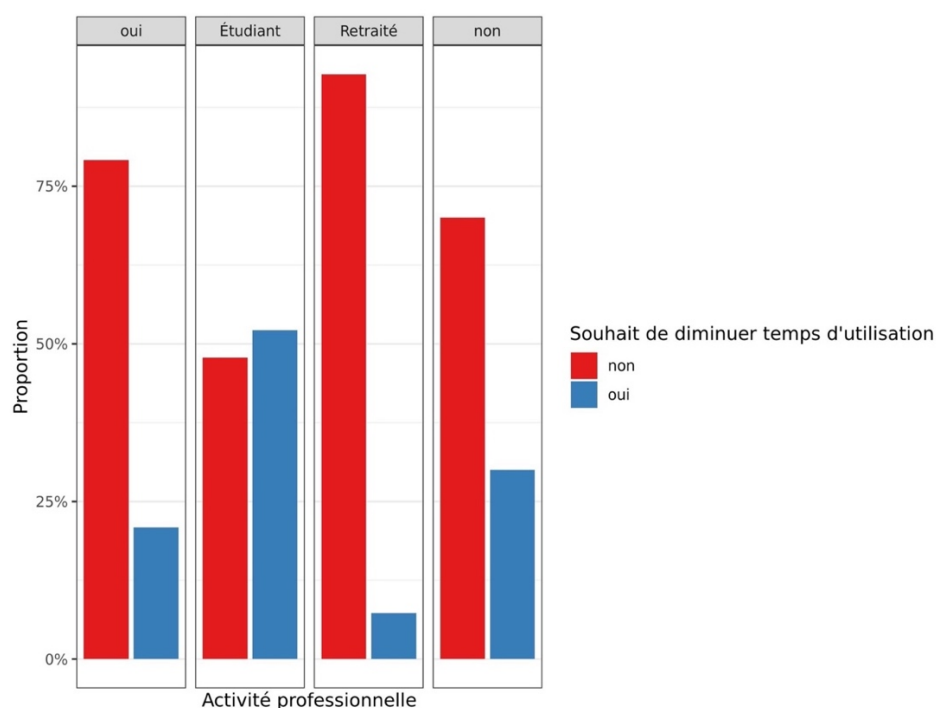


Figure 4 : Durée déclarée raisonnable en fonction de l'activité professionnelle
($p = 0,01$)

Troisièmement, l'analyse du souhait de diminuer le temps d'utilisation en fonction des autres caractéristiques de la population est présentée *en Annexe 4*, nous rappelons ci-après uniquement les résultats significatifs.

- ❖ La moyenne d'âge chez les personnes souhaitant diminuer leur temps d'utilisation (36,9 ans) est significativement inférieure à celle des personnes ne souhaitant pas diminuer leur temps d'utilisation (48,8 ans) ($p < 0,001$).
- ❖ Le souhait de diminuer le temps d'utilisation est significativement différent selon le sexe ($p = 0,028$) : 25% des femmes souhaitent diminuer leur temps d'utilisation contre 12% des hommes.
- ❖ Le souhait de diminuer le temps d'utilisation est significativement plus élevé chez les personnes souhaitant une consultation médicale (46%) que les personnes n'en souhaitant pas (20%) ($p = 0,038$).
- ❖ Il est significativement différent en fonction de l'activité professionnelle ($p < 0,001$) (*Figure 5*).

Figure 5 : Souhait de diminuer le temps d'utilisation en fonction de l'activité professionnelle ($p < 0,001$)



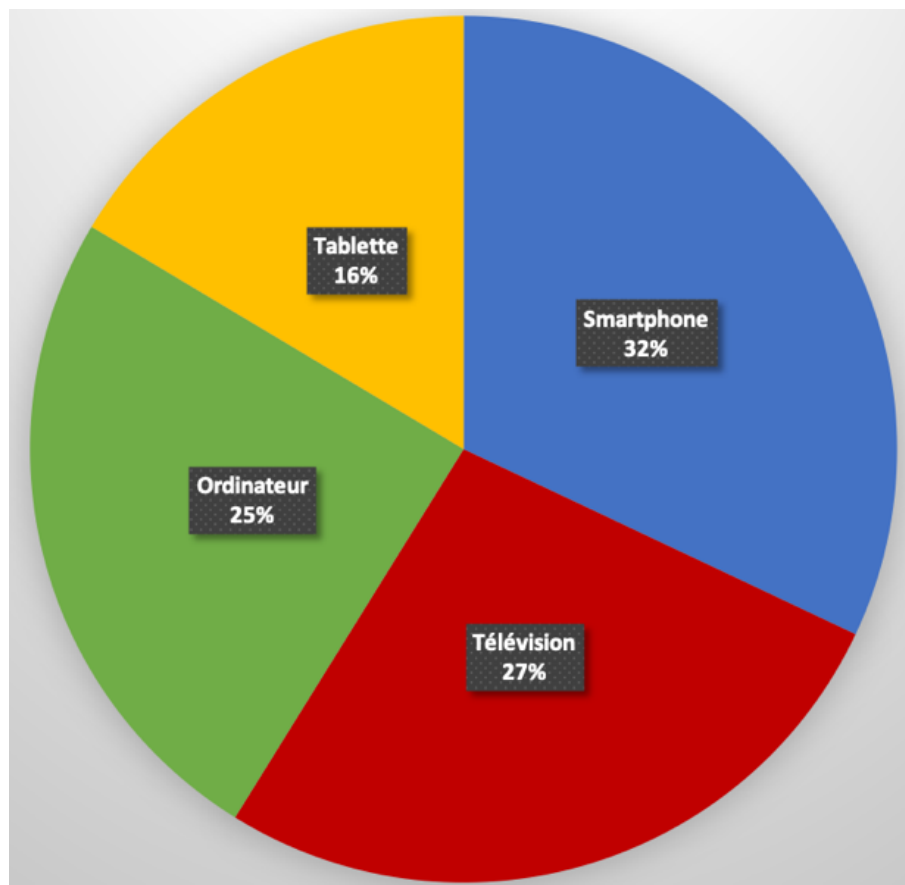
Quatrièmement, l'analyse du souhait d'une consultation médicale en fonction des autres caractéristiques de la population est présentée *en Annexe 5*. Il est significativement plus élevé chez les personnes souhaitant diminuer leur utilisation (12%) que chez les personnes ne souhaitant pas diminuer leur utilisation (4%) ($p = 0,038$).

Pour finir, l'analyse du nombre d'écran au domicile en fonction des autres caractéristiques de la population est présentée en *Annexe 6*, elle ne montre aucun résultat significatif.

2) Classement des Technologies de l'Information et de la Communication :

Comme demandé dans le questionnaire, en fonction de l'importance donnée à chaque TIC, nous avons pu en établir un classement (*Figure 6*).

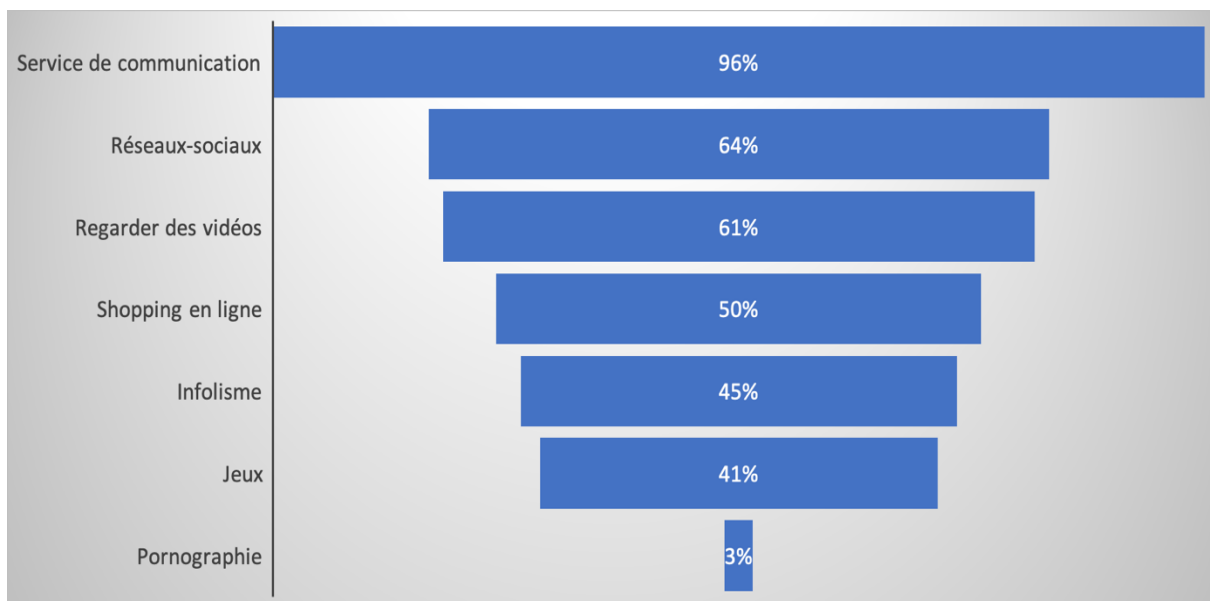
Figure 6 : Classement des TIC



3) Les utilisations des TIC :

Dans la troisième partie du questionnaire, nous demandions aux utilisateurs d'estimer leur fréquence d'utilisation pour chacune des 7 principales utilisations des TIC. Pour commencer, nous avons analysé les fréquences de ces utilisations dans notre population, ce résultat est présenté *Figure 7*. Ensuite, nous avons effectué une analyse des utilisations en fonction du sexe (*Annexe 7*), de l'âge (*Annexe 8*), de l'activité (actif/Inactif)(*Annexe 9*) et de l'activité professionnelle (*Annexe 10*), nous rappelons ci-après les résultats significatifs.

Figure 7 : Fréquences des 7 principales utilisations des TIC



a. En fonction du sexe :

- ❖ Les réseaux sociaux sont significativement plus utilisés chez les femmes (70%) que chez les hommes (48%) ($p < 0,01$).
- ❖ Le shopping en ligne est significativement plus utilisé chez les femmes (54%) que chez les hommes (38%) ($p = 0,025$).
- ❖ La pornographie est significativement plus utilisée chez les hommes (8%) que chez les femmes (2%) ($p = 0,044$).

b. En fonction de l'âge :

La moyenne d'âge est significativement plus basse dans l'utilisation des réseaux-sociaux ($p < 0,001$), regarder des vidéos ($p < 0,001$), du shopping en ligne ($p = 0,014$) et des jeux ($p = 0,02$).

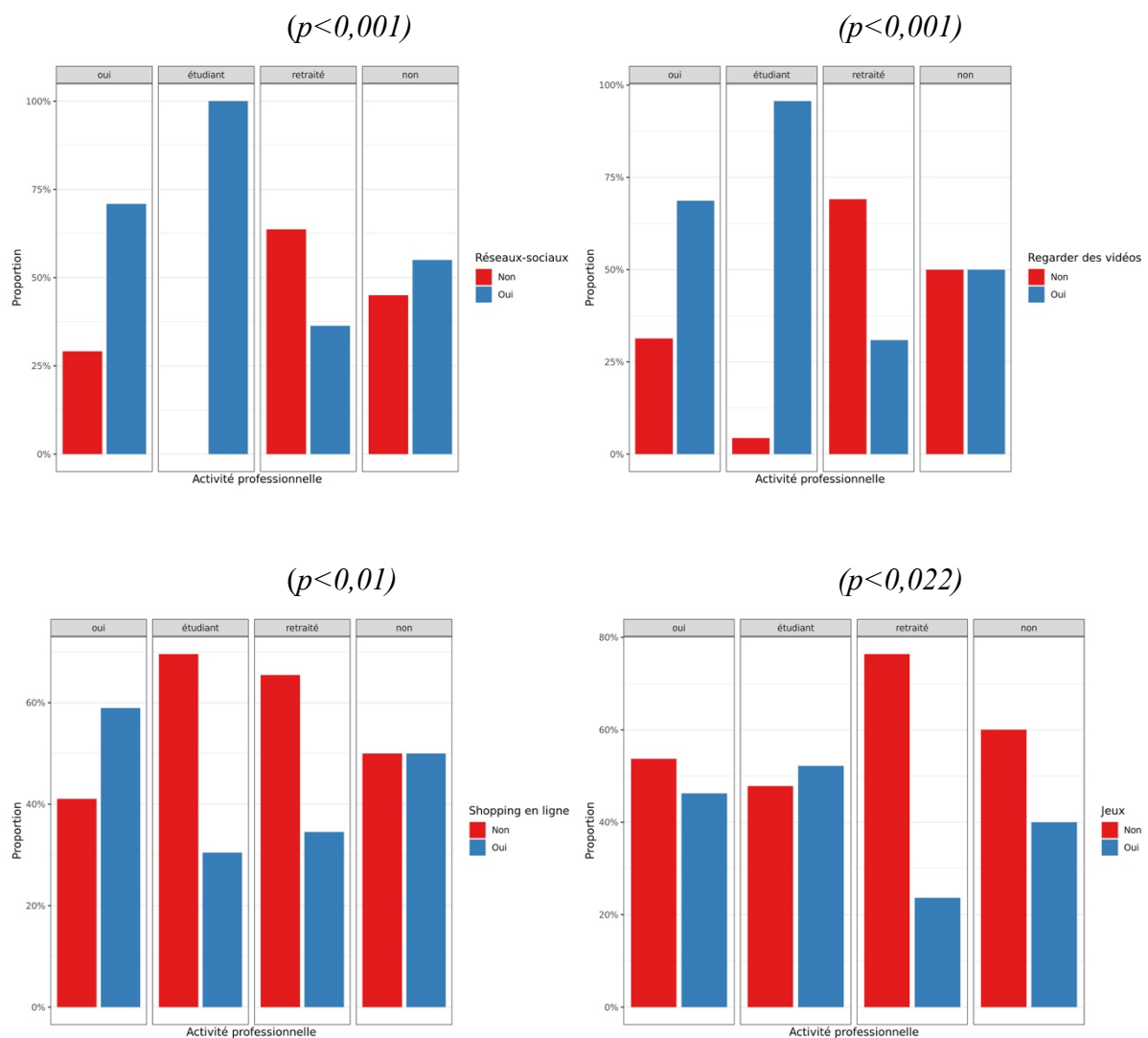
c. En fonction de l'activité (actifs/inactifs) :

- ❖ Les réseaux sociaux sont significativement plus utilisés chez les « Actifs » (71%) que chez les « Inactifs » (55%) ($p=0,013$).
- ❖ Regarder des vidéos est significativement plus utilisés chez les « Actifs » (69%) que chez les « Inactifs » (50%) ($p<0,01$).
- ❖ Le shopping en ligne est significativement plus utilisés chez les « Actifs » (59%) que chez les « Inactifs » (37%) ($p<0,001$).

d. En fonction de l'activité professionnelle :

Les utilisations significativement différentes en fonction de l'activité professionnelle sont présentées sous la forme d'une figure (Figure 8).

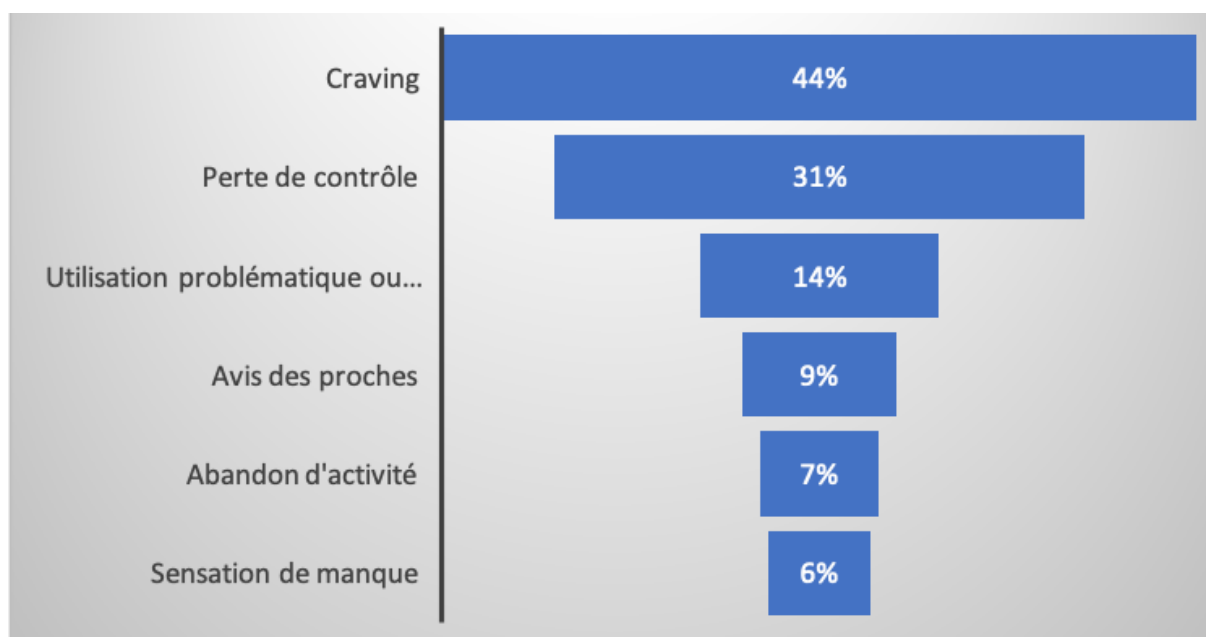
Figure 8 : Utilisations en fonction de l'activité professionnelle



4) Les critères d'addictions aux TIC :

La quatrième partie du questionnaire s'intéressait à l'estimation de la fréquence de chaque critère de l'addiction aux TIC. Nous avons analysé la fréquence de la présence des critères d'addictions dans notre population (*Figure 9*). Ensuite nous avons analysé les caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non de chaque critère.

Figure 9 : Fréquences des critères d'addiction aux TIC



a. La sensation de manque :

L'analyse des caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non du critère « Sensation de manque » ne montre pas de différence significative (*Annexe 11*).

b. Le craving :

L'analyse des caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non du critère « Craving » montre trois différences significatives (*Annexe 12*).

- ❖ La durée d'utilisation est significativement plus élevée si le critère « Craving » est présent, 4 heures 18 minutes en moyenne contre 3 heures 4 minutes s'il n'est pas présent ($p < 0,001$).

- ❖ La durée déclarée raisonnable est significativement plus élevée si le critère « Craving » est présent, 2 heures 47 minutes en moyenne contre 2 heures 10 minutes s'il n'est pas présent ($p<0,01$).
- ❖ Le nombre d'écran au domicile est significativement plus faible si le critère « Craving » était présent ($p<0,01$).

c. L'utilisation problématique ou excessive :

L'analyse des caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non du critère « Utilisation problématique ou excessive » montre trois différences significatives (*Annexe 13*).

- ❖ La durée d'utilisation est significativement plus élevée si le critère « Utilisation problématique ou excessive » est présent, 4 heures 30 minutes en moyenne contre 3 heures 29 minutes s'il n'est pas présent ($p<0,01$).
- ❖ La proportion de personne présentant le critère « Utilisation problématique ou excessive » est significativement plus élevée chez les personnes souhaitant une consultation médicale (38%), que chez les personnes n'en souhaitant pas (12%) ($p<0,021$).
- ❖ Le nombre d'écran au domicile est significativement plus faible ($p<0,001$).

d. L'avis des proches :

L'analyse des caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non du critère « Avis des proches » montre deux différences significatives (*Annexe 14*).

- ❖ La durée d'utilisation est significativement plus élevée si le critère « Avis des proches » est présent, 5 heures 18 minutes en moyenne contre 3 heures 28 minutes s'il n'est pas présent ($p<0,001$).
- ❖ La proportion de personne présentant le critère « Avis des proches » est significativement plus élevée chez les personnes souhaitant une consultation médicale (31%), que chez les personnes n'en souhaitant pas (7%) ($p<0,017$).

e. La perte de contrôle :

L'analyse des caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non du critère « Perte de contrôle » montre cinq différences significatives (*annexe 15*).

- ❖ La moyenne d'âge est significativement plus faible chez les personnes présentant le critère « Perte de contrôle, 38,5 ans contre 49,7 ans chez les personnes ne présentant pas le critère ($p<0,001$).
- ❖ La durée d'utilisation est significativement plus élevée si le critère « Perte de contrôle » est présent, 4 heures 15 minutes en moyenne contre 3 heures 20 minutes s'il n'est pas présent ($p<0,01$).
- ❖ Le nombre d'écran au domicile est significativement plus faible ($p<0,01$).
- ❖ La présence du critère de perte de contrôle est significativement différente en fonction de l'activité professionnelle ($p<0,001$). Ce critère est présent chez :
 - 31% des personnes ayant une activité professionnelle
 - 70% des étudiants
 - 16% des retraités
 - 20% des personnes n'ayant pas d'activité professionnelle
- ❖ La proportion de personnes présentant le critère «perte de contrôle» est significativement plus élevée chez les personnes souhaitant diminuer le temps d'utilisation 58% que chez les personnes qui ne le souhaitent pas 23% ($p<0,001$).

f. L'abandon d'activité :

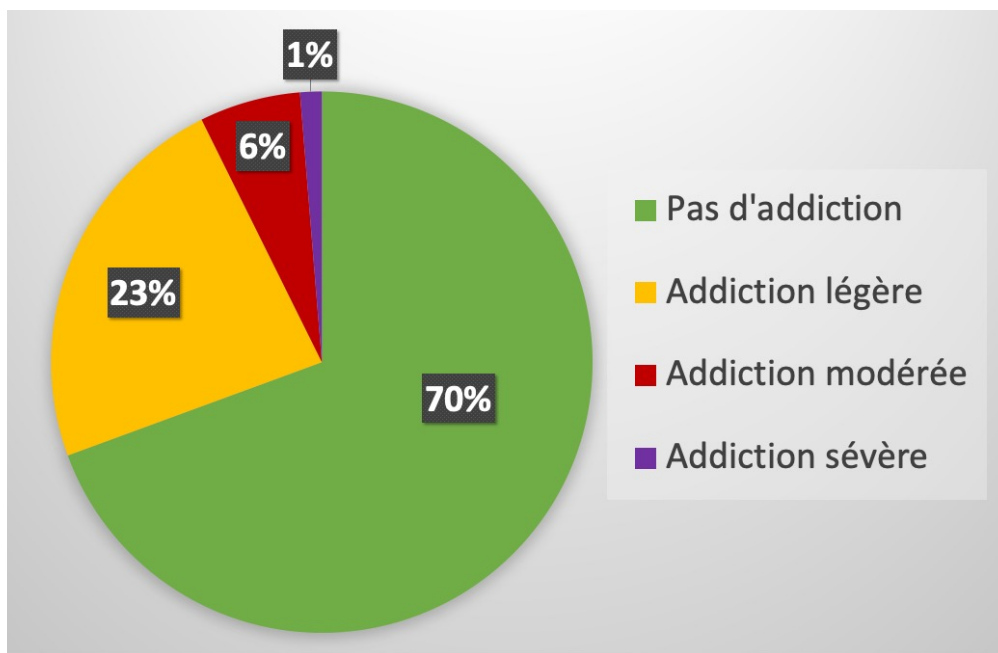
L'analyse des caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non du critère « Abandon d'activité » montre trois différences significatives (*Annexe 16*).

- ❖ La durée d'utilisation est significativement plus élevée si le critère « Abandon d'activité » est présent, 5 heures 5 minutes en moyenne contre 3 heures 30 minutes s'il n'est pas présent ($p<0,01$).
- ❖ La proportion de personne présentant le critère « Abandon d'activité » est significativement plus élevée chez les personnes souhaitant une consultation médicale 31% que chez les personnes n'en souhaitant pas 6% ($p<0,01$).

5) L'addiction aux TIC :

Nous avons comptabilisé les critères d'addiction présents dans notre population ainsi nous avons pu classer l'addiction aux TIC en 4 grades : pas d'addiction (0 ou 1 critère), addiction légère (2 à 3 critères), modérée (4 à 5 critères), et sévère (6 critères). Ces résultats sont présentés ci-dessous (*Figure 10*). Ensuite, nous avons analysé les caractéristiques de la population en fonction de la présence ou non de l'addiction aux TIC puis en fonction du grade d'addiction.

Figure 10 : Addiction aux TIC



a. Analyses en fonction de l'addiction aux TIC :

Nous avons effectué l'analyse des caractéristiques de la population en fonction de l'existence ou non d'une addiction aux TIC (*Annexe 17*).

- ❖ La moyenne d'âge est significativement plus basse chez les personnes présentant une addiction aux TIC (41,7ans), que chez les personnes ne présentant pas d'addiction (48,2ans) ($p < 0,01$).
- ❖ La moyenne de la durée d'utilisation est significativement plus élevée chez les personnes présentant une addiction aux TIC (4 heures et 24 minutes) contre 3 heures 16 minutes pour les personnes sans addiction.
- ❖ Le nombre d'écran au domicile est plus faible chez les personnes présentant une addiction aux TIC ($p < 0.001$).

- ❖ La proportion de personne présentant une addiction est plus élevée chez les personnes souhaitant diminuer leur utilisation (46%) que chez celle ne souhaitant pas diminuer leur utilisation (26%) ($p < 0.01$).
- ❖ L'addiction aux TIC est significativement différente en fonction de l'activité professionnelle ($p < 0,01$) (figure 11).

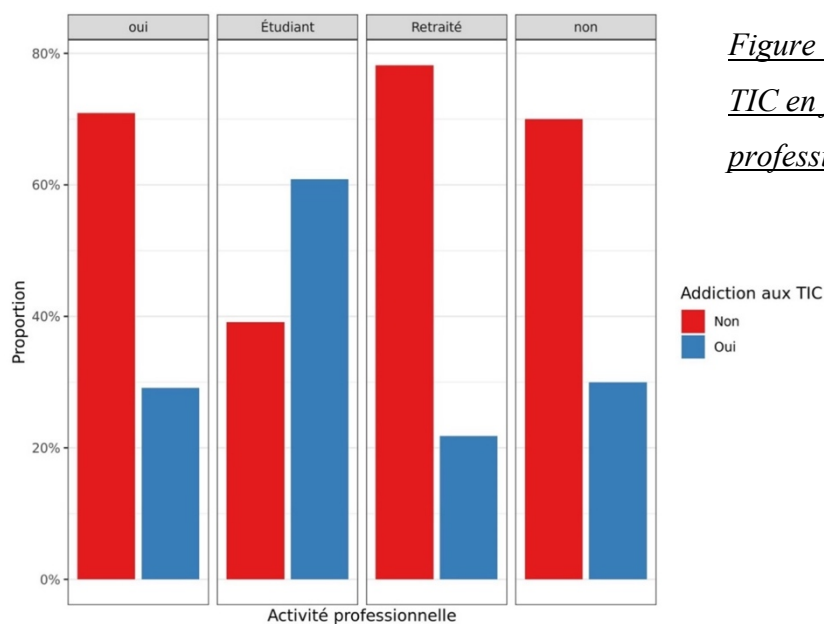


Figure 11 : Addiction aux TIC en fonction de l'activité professionnelle

b. Analyses en fonction du grade d'addiction :

Nous avons effectué l'analyse des caractéristiques de la population en fonction du grade d'addiction aux TIC (*Annexe 18*). Les résultats significatifs sont présentés sous forme de figure ci-après. (*Figure 12, 13, 14, 15, 16*)

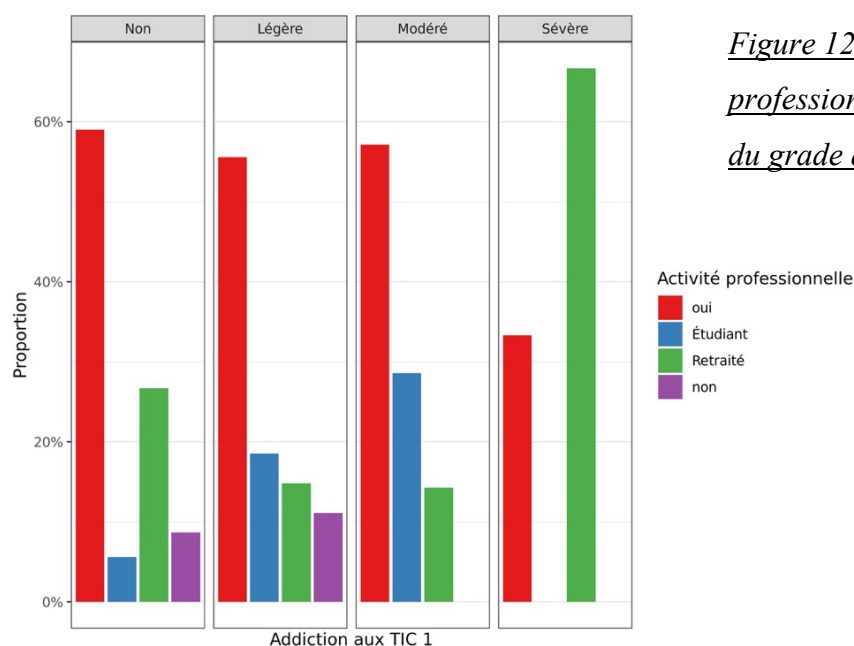


Figure 12 : Activité professionnelle en fonction du grade d'addiction

Figure 13 : Âge en fonction grade d'addiction

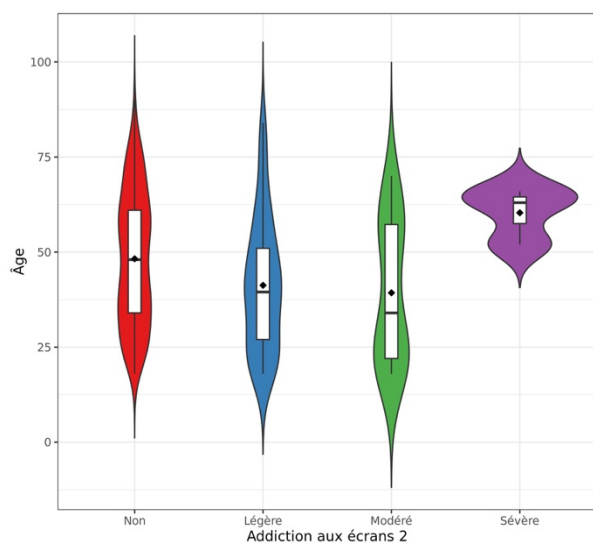


Figure 14 : Durée d'utilisation en fonction du grade d'addiction

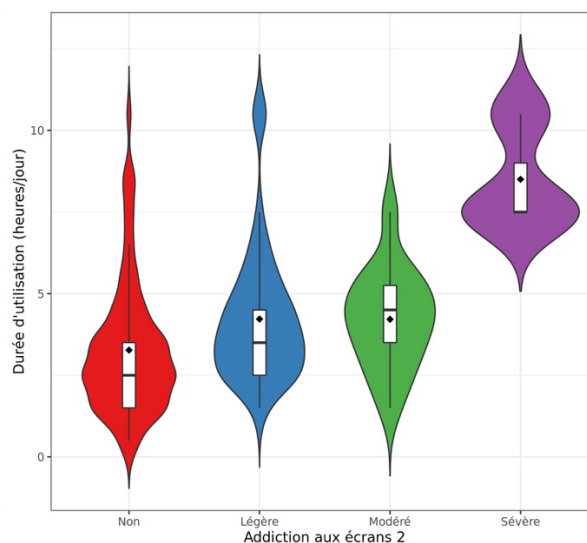


Figure 15 : Souhait d'une consultation Médicale en fonction du grade d'addiction

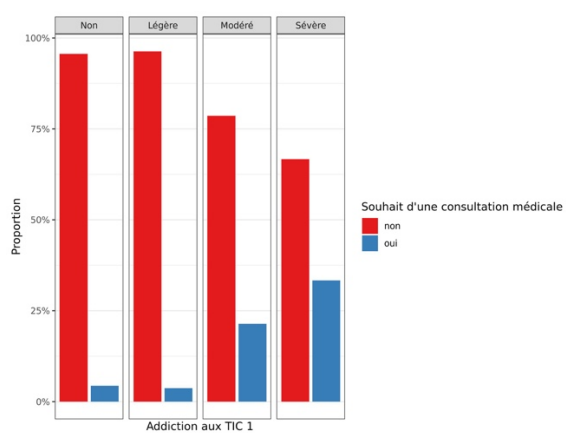
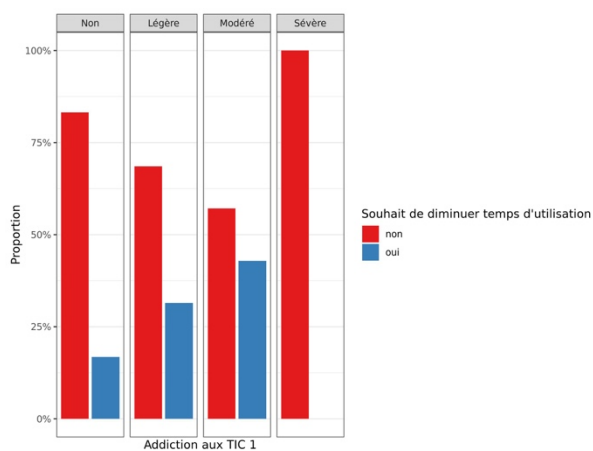


Figure 16 : Souhait de diminuer temps d'utilisation en fonction grade d'addiction



Discussion :

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) prennent une place de plus en plus importante dans nos vies (8,9). En dix ans, la durée d'utilisation a bondi d'1 heure 47 minutes en plus par jour, catapultant la durée moyenne d'utilisation par jour à 5 heures 7 minutes pour un adulte en dehors de son activité professionnelle (10,11). L'augmentation de ce comportement sédentaire a malheureusement des conséquences nocives sur la santé de certains utilisateurs excessifs : conséquences psychiques et physiques (12–24), profils cardiovasculaires plus mauvais (4) et un sur-risque de mortalité globale (1–3). Ce travail voulait donc s'inscrire dans la lutte contre les comportements sédentaires (PNNS-4) en analysant l'utilisation et l'addiction aux TIC dans une population.

Notre objectif principal était d'évaluer l'existence d'une addiction aux Technologies de l'Information et de la Communication en créant des critères d'addiction, puis en les comptabilisant à l'aide d'un questionnaire dans la population de la communauté de commune du Véron en Indre-et-Loire. En analysant nos critères d'addiction, deux d'entre eux avaient une pénétration non négligeable dans notre population d'étude : 44% de notre population éprouvait du craving et 31% de la perte de contrôle. Nous avons donc constaté une prévalence conséquente de l'addiction aux TIC. Elle concerne 30% de notre population d'étude, 23% d'addiction légère, 6% d'addiction modéré et 1% d'addiction sévère. Ces résultats expliquent en partie l'explosion de leurs utilisations de ces dix dernières années et leurs conséquences néfastes sur la santé psychique et physique des utilisateurs.

Afin de répondre à notre objectif secondaire, proposer un outil d'évaluation de l'addiction aux TIC pour dépister les personnes nécessitant une prise charge en consultation de médecine générale, nous avons analysé les différences d'utilisation et d'addiction en fonction des caractéristiques de notre population d'étude.

Tout d'abord, nous constatons en moyenne 3,44 écrans au domicile, avec le smartphone à la première place, puis à la seconde ex-aequo la télévision et l'ordinateur et en troisième la tablette. La durée d'utilisation des TIC était en moyenne de 3 heures 37 minutes par jour, une durée nettement inférieure à celle retrouvée dans la littérature (5 heures et 7 minutes) (10). Cette différence peut être expliquée par le fait que les utilisateurs ont répondu à des tranches horaires de 1h, ce qui facilite leurs réponses mais développe un biais de mesure par une approximation de la durée réelle et une probable sous-estimation de celle-ci par la tendance à cocher la tranche

horaire inférieure. Une deuxième explication est bien évidemment la population d'étude qui était exclusivement rurale ou semi-rurale, nous aurions pu inclure dans l'analyse une population urbaine afin d'éviter ce biais de sélection et étudier une population plus représentative de la population française.

De plus, l'âge qui avait une distribution de 18 à 90 ans pour une moyenne de 46 ans dans notre population, est le premier déterminant de l'addiction aux TIC que nous avons identifié. En effet, l'addiction aux TIC concernait une population significativement plus jeune et en particulier chez les étudiants où sa prévalence atteignait 61%. Nous pouvons expliquer ce premier constat par le fait que le critère de perte de contrôle est majoritairement présent chez les jeunes et surtout chez les étudiants où il atteint une pénétration de 70%. D'autres pistes d'explication sont celles d'utilisations différentes : les réseaux-sociaux, regarder des vidéos, le shopping en ligne et les jeux concernent effectivement une population plus jeune. Mais deux éléments sont encourageants, les jeunes et les étudiants ont une meilleure critique de leurs utilisations et un désir plus fréquent de diminuer leur utilisation. C'est pourquoi il paraît donc indispensable d'organiser un dépistage et prise en charge dans cette population qui démontre ici une prédisposition quant à l'addiction aux TIC mais aussi un désir d'en diminuer l'utilisation. Une vigilance doit être également accordée aux personnes plus âgées et aux retraités. En effet, nos résultats montrent pour l'addiction sévère, où rappelons-le l'effectif était très faible, une moyenne d'âge significativement plus élevée (60,3 ans) ainsi qu'une prévalence du grade sévère atteignant 3% chez les retraités. Chez ces personnes, on découvre donc une majoration du risque d'addiction sévère. Même si cela reste parfois la seule activité de loisir encore réalisable, de par leurs comorbidités cette catégorie de population doit bénéficier d'un dépistage minutieux afin de lutter contre leur sédentarité.

Afin de poursuivre notre analyse, l'activité professionnelle avait été dissociée en deux groupes, les personnes ayant une activité professionnelle (les Actifs) et d'autre part les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle, les retraités et les étudiants (les Inactifs). Nos résultats indiquent que les Inactifs ont une durée d'utilisation plus élevée et une moindre utilisation des réseaux sociaux, du shopping en ligne ou de regarder des vidéos par rapport aux Actifs. Ainsi, n'ayant pas montré d'effet sur l'addiction aux TIC, ce facteur est éventuellement intéressant à connaître mais non indispensable pour expliquer l'utilisation des TIC.

Par ailleurs, le sexe, d'effectif inégal dans notre population, est tout de même à prendre en compte lors de l'évaluation de l'utilisation. En effet, nos résultats montrent que les femmes ont une utilisation supérieure des réseaux-sociaux, du shopping en ligne et souhaitent d'avantage que les hommes diminuer leur utilisation. Quant à eux, les hommes ont une

utilisation supérieure à celle des femmes de la pornographie. La connaissance des utilisations en fonction du sexe peut permettre au praticien de comprendre et d'explorer certains comportements pouvant être problématiques.

Ensuite, nous pensons que le facteur le plus déterminant de l'addiction aux TIC est la durée d'utilisation. Elle est effectivement accrue d'1 heure et 8 minutes chez les personnes présentant une addiction aux TIC : 4 heures 24 minutes, contre 3 h 16 minutes par jour en moyenne dans la population n'ayant pas d'addiction. Pour 5 de nos critères d'addiction (craving, utilisation problématique ou excessive, avis des proches, perte de contrôle et abandon d'activité), nous avons constaté une durée d'utilisation significativement plus élevée par rapport à l'absence du même critère, et une moyenne de durée d'utilisation pour chacun supérieure à 4 heures par jour. Ainsi, une durée d'utilisation supérieure à 4 heures par jour semble orienter vers une éventuelle addiction aux TIC et pourrait donc être le premier outil de dépistage en consultation de médecine générale

Enfin, 22% des personnes interrogées souhaitent diminuer leur utilisation, et parmi elles, nous avons constaté une prévalence plus élevée d'addiction aux TIC, 46% contre 26% chez les personnes ne souhaitant pas diminuer leur utilisation. Il paraît donc judicieux que le deuxième outil de dépistage à utiliser en médecine libérale est le repérage des personnes souhaitant diminuer leur utilisation afin de parvenir à une prise en charge de leur addiction.

Afin de conclure, la connaissance des caractéristiques d'utilisations des Technologies de l'Information et de la Communication permettra aux médecins généralistes de cibler leur dépistage dans les populations les plus à risques. Les jeunes et particulièrement les étudiants, où l'addiction et la perte de contrôle ont une prévalence supérieure. Les retraités, où les addictions sévères paraissent plus fréquentes alors que cette population doit bénéficier d'une réduction plus stricte des comportements sédentaires. Les inactifs, chez qui la durée d'utilisation est significativement supérieure par rapport aux actifs. Et pour finir, une attention doit être portée à l'utilisation des réseaux sociaux et du shopping chez les femmes et de la pornographie chez les hommes. Afin de débiter une prise en charge dans ces différentes populations à risque, nous préconisons la recherche, en consultation de médecine générale, d'une durée d'utilisation supérieure à 4 heures par jour et d'un souhait de diminuer l'utilisation des TIC. Ces éléments orientant donc vers une probable addiction aux TIC, il conviendrait après leur recherche, d'évaluer le grade d'addiction afin d'adresser les addictions sévères vers un spécialiste ou une Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Les patients présentant une addiction légère à modérée pourraient relever d'une prise en charge en médecine

générale en s'aidant, par exemple, de techniques d'Entretien Motivationnel. L'étude de l'effet de cette intervention sur une population pourrait être un sujet d'étude ultérieur. L'hypothèse que la prise en charge de l'addiction aux TIC diminuerait la sédentarité de la population pourrait être alors confirmée. Nous pourrions alors intégrer ce dépistage en santé publique pour être actif dans la diminution des comportements sédentaires et réduire ce facteur commun évitable aux maladies non transmissibles.

Bibliographie :

1. OMS | Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/
2. Rezende LFM, Sá TH, Mielke GI, Viscondi JYK, Rey-López JP, Garcia LMT. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time. *Am J Prev Med*. août 2016;51(2):253-63.
3. Chau JY, Grunseit AC, Chey T, Stamatakis E, Brown WJ, Matthews CE, et al. Daily Sitting Time and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Gorlova OY, éditeur. PLoS ONE*. 13 nov 2013;8(11):e80000.
4. Chau JY, Grunseit A, Midthjell K, Holmen J, Holmen TL, Bauman AE, et al. Cross-sectional associations of total sitting and leisure screen time with cardiometabolic risk in adults. Results from the HUNT Study, Norway. *J Sci Med Sport*. 1 janv 2014;17(1):78-84.
5. Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Ment Health Phys Act*. mars 2013;6(1):55-6.
6. Proulx S. Penser les usages des TIC aujourd’hui : enjeux, modèles, tendances. :14.
7. Drot-Delange B, Bruillard É. Éducation aux TIC, cultures informatique et du numérique : quelques repères historiques. *Études Commun Lang Inf Médiations*. 30 juin 2012;(38):69-80.
8. Baromètre du numérique : publication de l’édition 2018 [Internet]. Arcep. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.arcep.fr/actualites/les-communiques-de-presse/detail/n/barometre-du-numerique-publication-de-ledition-2018.html>
9. L’équipement audiovisuel des foyers au 1er semestre 2018 - CSA - Conseil supérieur de l’audiovisuel [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Collections-du-CSA/Panorama-Toutes-les-etudes-liees-a-l-ecosysteme-audiovisuel/Les-observatoires-de-l-equipement-audiovisuel/L-equipement-audiovisuel-des-foyers-au-1er-semester-2018>
10. Santé Publique France. Étude de santé sur l’environnement, la biosurveillance, l’activité physique et la nutrition (ESTEBAN) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité.
11. Castetbon K, Hercberg S, Université Paris XIII, Institut de Veille Sanitaire. Etude nationale nutrition santé (ENNS, 2006, Usen). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d’objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Résumé des résultats présentés au colloque PNNS, 12 décembre 2007.
12. Harlé B, Desmurget M. Effets de l’exposition chronique aux écrans sur le développement cognitif de l’enfant. *Arch Pédiatrie*. 1 juill 2012;19(7):772-6.
13. Billieux J. Problematic Use of the Mobile Phone: A Literature Review and a Pathways Model. *Curr Psychiatry Rev*. 1 oct 2012;8(4):299-307.
14. Dubreu-Béclin A. Exposition aux écrans et croissance psychique. *L’Évolution Psychiatr*. 1 juill 2018;83(3):399-414.
15. Petit A, Karila L, Estellat C, Moisan D, Reynaud M, D’Ortho M-P, et al. Les troubles du sommeil dans l’addiction à Internet. *Presse Médicale*. 1 déc 2016;45(12, Part 1):1170-7.
16. Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Champagne CM, Chaput J-P, Fogelholm M, et al. Relationship between lifestyle behaviors and obesity in children ages 9–11: Results from a 12-country study. *Obesity*. 2015;23(8):1696-702.
17. Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord*. 1 janv 2000;57(1):267-72.
18. Klauer SG, Guo F, Simons-Morton BG, Ouimet MC, Lee SE, Dingus TA. Distracted Driving and Risk of Road Crashes among Novice and Experienced Drivers [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1204142>. Massachusetts Medical Society; 2014 [cité 9

- mars 2020]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1204142>
19. Kim S-Y, Koo S-J. Effect of duration of smartphone use on muscle fatigue and pain caused by forward head posture in adults. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(6):1669-72.
 20. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict*. 1 juin 2015;4(2):85-92.
 21. Adams JA, Galloway TS, Mondal D, Esteves SC, Mathews F. Effect of mobile telephones on sperm quality: A systematic review and meta-analysis. *Environ Int*. 1 sept 2014;70:106-12.
 22. Kim K-H, Kabir E, Jahan SA. The use of cell phone and insight into its potential human health impacts. *Environ Monit Assess*. 10 mars 2016;188(4):221.
 23. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 1 juin 2016;41(6 (Suppl. 3)):S240-65.
 24. Tisseron S. Un problème de santé publique de plus en plus préoccupant. *Spirale*. 16 nov 2017;N° 83(3):20-7.
 25. Digital 2019: Global Digital Overview [Internet]. DataReportal – Global Digital Insights. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://datareportal.com/reports/digital-2019-global-digital-overview>
 26. Qu'est-ce qu'un usage excessif? – Le bon usage des écrans [Internet]. [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://lebonusagedesecrans.fr/essentiel-a-savoir/un-usage-excessif/>
 27. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *Cyberpsychol Behav*. janv 1998;1(3):237-44.
 28. Véléla D. Mésusages d'Internet et cyberaddiction : réalité ou fiction ? *Ann Mines - Réal Ind*. 2009;Mai 2009(2):67-76.
 29. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1520 p.
 30. Khazaal Y, Billieux J, Thorens G, Khan R, Louati Y, Scarlatti E, et al. French Validation of the Internet Addiction Test. *Cyberpsychol Behav*. déc 2008;11(6):703-6.
 31. Demetrovics Z, Szeredi B, Rózsa S. The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behav Res Methods*. 1 mai 2008;40(2):563-74.
 32. Kern L, Acier D. Adaptation française de l'échelle Problematic Internet Use Questionnaire. *L'Évolution Psychiatr*. 1 juill 2013;78(3):357-71.
 33. Kwon M, Lee J-Y, Won W-Y, Park J-W, Min J-A, Hahn C, et al. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *PLOS ONE*. 27 févr 2013;8(2):e56936.
 34. Barrault S, Duroisseau F, Ballon N, Réveillère C, Brunault P. L'addiction aux smartphones : validation française de l'échelle Internet Addiction Test-version smartphone (IAT-smartphone) et caractéristiques psychopathologiques associées. *L'Encéphale*. 1 févr 2019;45(1):53-9.
 35. Andreassen CS, Torsheim T, Brunborg GS, Pallesen S. Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychol Rep*. avr 2012;110(2):501-17.
 36. Carnes P. Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction. Hazelden Publishing; 2001. 241 p.
 37. Hegbe KG, Courtois R, Brunault P, Reveillere C, Barrault S. Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encéphale* [Internet]. 6 mars 2020 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300233>
 38. Lemmens J, Valkenburg P, Gentile D. The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychol Assess*. 5 janv 2015;27.

39. Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. 2019. Available on: <https://www.pvalue.io/fr>.

Annexe

Annexe 1 :

Comment utilisons-nous les écrans ?

Je m'appelle Guichard Vincent, je suis Interne en médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse qui achève ma formation de Docteur en médecine, j'effectue un travail de recherche sur l'utilisation des écrans dans notre vie de tous les jours. Afin de m'aider à réaliser ce travail, merci de répondre à ce questionnaire en entourant les items choisis.

Vos caractéristiques personnelles : (Vous devez être âgés de 18 ans ou plus pour y répondre)

Age : _____

Sexe : a) Masculin b) Féminin

J'ai une activité professionnelle : a) OUI b) NON c) Retraité d) Étudiant

Vos écrans :

Au totale à votre domicile, combien utilisez-vous d'écrans ?
(Télévision, tablette, ordinateur, smartphone) _____

A quel écran renonceriez-vous le plus difficilement ?
Classez-les du plus important (1) au moins important (4) pour vous

____ Télévision ____ Tablette ____ Ordinateur ____ Smartphone

Votre utilisation des écrans : (hors activité professionnelle)

En moyenne sur une journée, quelle est la durée totale d'utilisation de tous ces écrans ?
a) Moins de 1h b) de 1h à 2h c) de 2h à 3h d) de 3h à 4h e) de 4h à 5h
f) de 5h à 6h g) de 6h à 7h h) de 7h à 8h i) de 8h à 9h j) plus de 10h

De manière générale, quelle est la fréquence de ces différentes utilisations ?

- Service de communication (e-mail, SMS, appel)
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais
- Réseaux-sociaux (Facebook, Instagram, Twitter...)
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais
- Jeux
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais
- Regarder des vidéos (film, série, YouTube ...)
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais
- Shopping (achats en lignes)
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais
- Pornographie
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais
- Infolisme (surf compulsif à la recherche d'informations)
a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Annexe 1 : suite

Vos critères d'utilisation des écrans :

(Entourez la fréquence qui convient)

Il est difficile de vous abstenir de les utiliser :

- a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Votre utilisation est problématique ou excessive :

- a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Vos proches vous reprochent le temps que vous y passez :

- a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Vous y passez plus de temps que prévus :

- a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Vous abandonnez certaines activités à leur profit :

- a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Vous avez des sensations de manque si vous ne pouvez pas les utiliser :

- a) Toujours b) Fréquemment c) Occasionnellement d) Rarement e) Jamais

Vos conclusions sur les écrans :

Allez-vous essayer de diminuer votre utilisation après avoir répondu à ce questionnaire ?

- a) OUI b) NON

En moyenne sur une journée, quelle durée d'utilisation vous paraît alors raisonnable ?

- a) Moins de 1h b) de 1h à 2h c) de 2h à 3h d) de 3h à 4h e) de 4h à 5h
f) de 5h à 6h g) de 6h à 7h h) de 7h à 8h i) de 8h à 9h j) plus de 10h

Souhaitez-vous parler de votre utilisation avec votre Médecin traitant ?

- a) OUI b) NON

Mes sincères remerciements pour votre attention et vos réponses.

Guichard Vincent
Interne en Médecine Général

Annexe 2 : Analyses univariées de la durée d'utilisation

		moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Activité professionnelle	oui	3.25 (±1.77)	2.50 [2.50 - 3.50]	0.500	10.5	134	0.02	Kruskal-Wallis
	retraité	4.10 (±2.75)	3.50 [1.50 - 5.50]	0.500	10.5	55	-	-
	étudiant	3.98 (±1.41)	3.50 [3.00 - 4.50]	1.50	7.50	23	-	-
	Non	4.35 (±2.41)	4.00 [2.50 - 4.75]	0.500	10.5	20	-	-
Activité	Actifs	3.25 (±1.77)	3.50 [2.50 - 4.50]	0.500	10.5	134	<0.01	Welch
	Inactifs	4.12 (±2.41)	3.50 [2.50 - 5.50]	0.500	10.5	98	-	-
Sexe	femme	3.57 (±2.08)	3.50 [2.50 - 4.50]	0.500	10.5	166	0.57	Welch
	homme	3.74 (±2.18)	3.50 [2.50 - 5.25]	0.500	10.5	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale	non	3.61 (±2.11)	3.50 [2.50 - 4.50]	0.500	10.5	219	0.74	Mann-Whitney
	oui	3.81 (±2.14)	3.50 [2.50 - 4.50]	1.50	8.50	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation	non	3.60 (±2.19)	3.50 [2.50 - 4.50]	0.500	10.5	182	0.79	Welch
	oui	3.68 (±1.78)	3.50 [2.50 - 4.50]	1.50	10.5	50	-	-

	coefficient de corrélation (IC95)	n	p
Âge	0.119 (-0.00991; 0.244)	232	0.07
Nombre d'écran au domicile	-0.0426 (-0.170; 0.0867)	232	0.52
Durée déclarée raisonnable	0.766 (0.706; 0.814)	232	<0.001

Annexe 3 : Analyses univariées de la durée déclarée raisonnable

		moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Activité professionnelle	oui	2.06 (±0.993)	1.50 [1.50 - 2.50]	0.500	5.50	134	<0.01	Kruskal-Wallis
	retraité	3.26 (±2.25)	2.50 [1.50 - 4.50]	0.500	8.50	55	-	-
	étudiant	2.28 (±1.13)	2.50 [1.50 - 3.00]	0.500	4.50	23	-	-
	non	2.95 (±2.21)	2.00 [1.50 - 4.50]	0.500	8.50	20	-	-
Activité	Actifs	2.06 (±0.993)	1.50 [1.50 - 2.50]	0.500	5.50	134	<0.001	Welch
	Inactifs	2.97 (±2.06)	2.50 [1.50 - 4.50]	0.500	8.50	98	-	-
Sexe	femme	2.36 (±1.53)	1.50 [1.50 - 2.50]	0.500	8.50	166	0.21	Welch
	homme	2.67 (±1.73)	2.50 [1.50 - 3.50]	0.500	8.50	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale	non	2.45 (±1.59)	2.50 [1.50 - 3.50]	0.500	8.50	219	0.58	Mann-Whitney
	oui	2.35 (±1.77)	1.50 [1.50 - 2.50]	0.500	7.50	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation	non	2.61 (±1.66)	2.50 [1.50 - 3.50]	0.500	8.50	182	<0.001	Welch
	oui	1.84 (±1.17)	1.50 [1.50 - 2.50]	0.500	4.50	50	-	-

	coefficient de corrélation (IC95)	n	p
Âge	0.286 (0.163; 0.400)	232	<0.001
Nombre d'écran au domicile	-0.00567 (-0.134; 0.123)	232	0.93
Durée utilisation (heures/jour)	0.766 (0.706; 0.814)	232	<0.001

Annexe 4 : Analyses univariées du souhait de diminuer le temps d'utilisation

		Non (n = 182)	Oui (n = 50)	n	p	test
Âge, moyenne		48.8 (±17.8)	36.9 (±13.7)	232	<0.001	Welch
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.60 (±2.19)	3.68 (±1.78)	232	0.79	Welch
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.61 (±1.66)	1.84 (±1.17)	232	<0.001	Welch
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.53 (±1.62)	3.14 (±1.18)	232	0.062	Welch
Activité professionnelle, n	Oui	106 (79%)	28 (21%)	134	<0.001	Fisher
	Étudiant	11 (48%)	12 (52%)	23	-	-
	Retraité	51 (93%)	4 (7%)	55	-	-
	Non	14 (70%)	6 (30%)	20	-	-
Activité	Actifs	106 (79%)	28 (21%)	134	0.78	Chi2
	Inactifs	76 (78%)	22 (22%)	98	-	-
Sexe, n	Femme	124 (75%)	42 (25%)	166	0.028	Chi2
	Homme	58 (88%)	8 (12%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	Non	175 (80%)	44 (20%)	219	0.038	Fisher
	Oui	7 (54%)	6 (46%)	13	-	-

Annexe 5 : Analyses univariées du souhait de consultation médicale

		Non (n = 219)	Oui (n = 13)	n	p	test
Âge, moyenne		45.8 (±17.4)	53.5 (±19.9)	232	0.15	Mann-Whitney
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.61 (±2.11)	3.81 (±2.14)	232	0.74	Mann-Whitney
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.45 (±1.59)	2.35 (±1.77)	232	0.58	Mann-Whitney
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.44 (±1.54)	3.46 (±1.71)	232	0.61	Mann-Whitney
Activité professionnelle, n	Oui	129 (96%)	5 (4%)	134	0.14	Fisher
	Étudiant	21 (91%)	2 (9%)	23	-	-
	Retraité	49 (89%)	6 (11%)	55	-	-
	Non	20 (100%)	0 (0%)	20	-	-
Activité, n	Actifs	129 (96%)	5 (4%)	134	0.15	Chi2
	Inactifs	90 (92%)	8 (8%)	98	-	-
Sexe, n	femme	155 (93%)	11 (7%)	166	0.36	Fisher
	homme	64 (97%)	2 (3%)	66	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	non	175 (96%)	7 (4%)	182	0.038	Fisher
	oui	44 (88%)	6 (12%)	50	-	-

Annexe 6 : Analyses univariées du nombre d'écrans au domicile

		Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Activité professionnelle	Oui	3.59 (±1.72)	3.00 [3.00 - 4.00]	2.00	12.0	134	0.13	Kruskal-Wallis
	Étudiant	2.96 (±1.02)	3.00 [2.50 - 3.00]	2.00	7.00	23	-	-
	Retraité	3.29 (±1.36)	3.00 [2.00 - 4.00]	1.00	9.00	55	-	-
	Non	3.45 (±1.19)	3.00 [3.00 - 4.00] 3.00 [3.00 - 4.00]	1.00	6.00	20	-	-
Activité	Actifs	3.59 (±1.72)	3.00 [3.00 - 4.00]	2.00	12.0	134	0.078	Welch
	Inactifs	3.24 (±1.25)	3.00 [3.00 - 4.00]	1.00	9.00	98	-	-
Sexe	femme	3.48 (±1.56)	3.00 [3.00 - 4.00]	1.00	12.0	166	0.55	Welch
	homme	3.35 (±1.52)	3.00 [3.00 - 4.00]	1.00	12.0	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale	non	3.44 (±1.54)	3.00 [3.00 - 4.00]	1.00	12.0	219	0.61	Mann-Whitney
	oui	3.46 (±1.71)	3.00 [3.00 - 3.00]	2.00	8.00	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation	non	3.53 (±1.62)	3.00 [3.00 - 4.00]	1.00	12.0	182	0.062	Welch
	oui	3.14 (±1.18)	3.00 [3.00 - 3.00]	2.00	8.00	50	-	-

	coefficient de corrélation (IC95)	n	p
Âge	-0.0192 (-0.148; 0.110)	232	0.77
Durée d'utilisation (heures/jour)	-0.0426 (-0.170; 0.0867)	232	0.52
Durée déclarée raisonnable (heures/jour)	-0.00567 (-0.134; 0.123)	232	0.93

Annexe 7 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction du sexe

		Femme (n = 166)	Homme (n = 66)	n	p	test
Infolisme, n	Non	94 (57%)	33 (50%)	127	0.36	Chi2
	Oui	72 (43%)	33 (50%)	105	-	-
Jeux, n	Non	101 (61%)	36 (55%)	137	0.38	Chi2
	Oui	65 (39%)	30 (45%)	95	-	-
Pornographie, n	Non	163 (98%)	61 (92%)	224	0.044	Fisher
	Oui	3 (2%)	5 (8%)	8	-	-
Regarder des vidéos, n	Non	66 (40%)	25 (38%)	91	0.79	Chi2
	Oui	100 (60%)	41 (62%)	141	-	-
Réseaux-sociaux, n	Non	49 (30%)	34 (52%)	83	<0.01	Chi2
	Oui	117 (70%)	32 (48%)	149	-	-
Service de communication, n	Non	6 (3.6%)	3 (4.5%)	9	0.72	Fisher
	Oui	160 (96%)	63 (95%)	223	-	-
Shopping en ligne, n	Non	76 (46%)	41 (62%)	117	0.025	Chi2
	Oui	90 (54%)	25 (38%)	115	-	-

Annexe 8 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction de l'âge

		moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Infolisme	Non	45.1 (±18.2)	43.0 [28.5 - 59.0]	18.0	90.0	127	0.29	Welch
	Oui	47.6 (±17.0)	45.0 [34.0 - 61.0]	18.0	84.0	105	-	-
Jeux	Non	48.6 (±18.0)	50.0 [33.0 - 62.0]	18.0	90.0	137	0.014	Welch
	Oui	42.9 (±16.7)	40.0 [30.0 - 54.5]	18.0	81.0	95	-	-
Pornographie	Non	46.6 (±17.6)	45.0 [32.8 - 60.0]	18.0	90.0	224	0.072	Mann-Whitney
	Oui	35.5 (±16.9)	30.5 [24.2 - 39.2]	22.0	73.0	8	-	-
Regarder des vidéos	Non	55.0 (±15.4)	58.0 [42.0 - 67.0]	18.0	84.0	91	<0.001	Welch
	Oui	40.6 (±16.7)	37.0 [27.0 - 52.0]	18.0	90.0	141	-	-
Réseaux-sociaux	Non	57.8 (±14.3)	60.0 [50.5 - 68.5]	27.0	90.0	83	<0.001	Welch
	Oui	39.8 (±16.0)	37.0 [26.0 - 51.0]	18.0	83.0	149	-	-
Service de communication	Non	54.3 (±22.6)	58.0 [40.0 - 59.0]	18.0	90.0	9	0.28	Mann-Whitney
	Oui	45.9 (±17.4)	44.0 [31.5 - 60.0]	18.0	84.0	223	-	-
Shopping en ligne	Non	48.9 (±18.8)	51.0 [33.0 - 64.0]	18.0	90.0	117	0.02	Welch
	Oui	43.5 (±15.9)	42.0 [29.0 - 54.5]	18.0	83.0	115	-	-

Annexe 9 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction de l'activité (Actifs/Inactifs)

		Actifs (n = 134)	Inactifs (n = 98)	n	p	test
Infolisme, n	Non	71 (53%)	56 (57%)	127	0.77	Chi2
	Oui	63 (47%)	42 (43%)	105	-	-
Jeux, n	Non	72 (54%)	65 (66%)	137	0.054	Chi2
	Oui	62 (46%)	33 (34%)	95	-	-
Pornographie, n	Non	129 (96%)	95 (97%)	224	1	Fisher
	Oui	5 (4%)	3 (3%)	8	-	-
Regarder des vidéos, n	Non	42 (31%)	49 (50%)	91	<0.01	Chi2
	Oui	92 (69%)	49 (50%)	141	-	-
Réseaux-sociaux, n	Non	39 (29%)	44 (45%)	83	<0.013	Chi2
	Oui	95 (71%)	54 (55%)	149	-	-
Service de communication, n	Non	5 (4%)	4 (4%)	9	1	Fisher
	Oui	129 (96%)	94(96%)	223	-	-
Shopping en ligne, n	Non	55 (41%)	62 (63%)	117	0.001	Chi2
	Oui	79 (59%)	36 (37%)	115	-	-

Annexe 10 : Analyses univariées des utilisations des TIC en fonction de l'activité professionnelle

		Oui (n = 134)	Étudiant (n = 23)	Retraité (n = 55)	Non (n = 20)	n	p	test
Infolisme	Non	71 (53%)	16 (70%)	29 (53%)	11 (55%)	127	0.51	Chi2
	Oui	63 (47%)	7 (30%)	26 (47%)	9 (45%)	105	-	-
Jeux	Non	72 (54%)	11 (48%)	42 (76%)	12 (60%)	137	0.022	Chi2
	Oui	62 (46%)	12 (52%)	13 (24%)	8 (40%)	95	-	-
Pornographie	Non	129 (96%)	21 (91%)	54 (98%)	20 (100%)	224	0.42	Fisher
	Oui	5 (3.7%)	2 (8.7%)	1 (1.8%)	0 (0%)	8	-	-
Regarder des vidéos	Non	42 (31%)	1 (4.3%)	38 (69%)	10 (50%)	91	<0.001	Chi2
	Oui	92 (69%)	22 (96%)	17 (31%)	10 (50%)	141	-	-
Réseaux-sociaux	Non	39 (29%)	0 (0%)	35 (64%)	9 (45%)	83	<0.001	Chi2
	Oui	95 (71%)	23 (100%)	20 (36%)	11 (55%)	149	-	-
Service de communication	Non	5 (3.7%)	1 (4.3%)	2 (3.6%)	1 (5%)	9	0.95	Fisher
	Oui	129 (96%)	22 (96%)	53 (96%)	19 (95%)	223	-	-
Shopping en ligne	Non	55 (41%)	16 (70%)	36 (65%)	10 (50%)	117	<0.01	Chi2
	Oui	79 (59%)	7 (30%)	19 (35%)	10 (50%)	115	-	-

Annexe 11 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « sensation de manque »

Critère		Non present	Présent	n	p	test
Sensation de manque		(n = 219)	(n = 13)			
Âge, moyenne		46.5 (± 17.7)	41.8 (± 16.7)	232	0.4	Mann-Whitney
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.57 (± 2.07)	4.42 (± 2.63)	232	0.28	Mann-Whitney
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.44 (± 1.58)	2.58 (± 1.93)	232	0.93	Mann-Whitney
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.48 (± 1.57)	2.85 (± 0.689)	232	0.11	Mann-Whitney
Activité professionnelle, n	Oui	126 (94%)	8 (6%)	134	0.82	Fisher
	Étudiant	21 (91%)	2 (9%)	23	-	-
	Retraité	53 (96%)	2 (4%)	55	-	-
	Non	19 (95%)	1 (5%)	20	-	-
Activité	Actifs	126 (94%)	8 (6%)	134	0.78	Chi2
	Inactifs	93 (95%)	5 (5%)	98	-	-
Sexe, n	Femme	156 (94%)	10 (6%)	166	0.76	Fisher
	Homme	63 (95%)	3 (5%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	non	207 (95%)	12 (5%)	219	0.54	Fisher
	oui	12 (92%)	1 (8%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	non	171 (94%)	11 (6%)	182	0.74	Fisher
	oui	48 (96%)	2 (4%)	50	-	-

Annexe 12 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « craving »

Critère Craving		Non present (n = 129)	Présent (n = 103)	n	p	test
Âge, moyenne		47.4 (±16.6)	44.8 (±18.9)	232	0.28	Welch
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.07 (±1.91)	4.30 (±2.14)	232	<0.001	Welch
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.17 (±1.43)	2.78 (±1.73)	232	<0.01	Welch
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.67 (±1.79)	3.17 (±1.11)	232	<0.01	Welch
Activité professionnelle, n	Oui	80 (60%)	54 (40%)	134	0.11	Chi2
	Étudiant	8 (35%)	15 (65%)	23	-	-
	Retraité	32 (58%)	23 (42%)	55	-	-
	Non	9 (45%)	11 (55%)	20	-	-
Activité, n	Actifs	80 (60%)	54 (40%)	134	0.14	Chi2
	Inactifs	49 (50%)	49 (50%)	98	-	-
Sexe, n	Femme	88 (53%)	78 (47%)	166	0.21	Chi2
	Homme	41 (62%)	25 (38%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	Non	125 (57%)	94 (43%)	219	0.064	Chi2
	Oui	4 (31%)	9 (69%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	Non	104 (57%)	78 (43%)	182	0.37	Chi2
	Oui	25 (50%)	25 (50%)	50	-	-

Annexe 13 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « utilisation problématique ou excessive »

Critère Utilisation problématique ou excessive		Critère non présent (n = 200)	Critère présent (n = 32)	n	p	test
Âge, moyenne		46.1 (±17.4)	46.8 (±19.4)	232	0.86	Welch
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.48 (±2.09)	4.50 (±1.97)	232	<0.01	Welch
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.42 (±1.59)	2.59 (±1.67)	232	0.59	Welch
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.56 (±1.62)	2.75 (±0.622)	232	<0.001	Welch
Activité professionnelle, n	Oui	118 (88%)	16 (12%)	134	0.63	Fisher
	Étudiant	19 (83%)	4 (17%)	23	-	-
	Retraité	47 (85%)	8 (15%)	55	-	-
	Non	16 (80%)	4 (20%)	20	-	-
Activité	Actifs	118 (88%)	16 (12%)	134	0.34	Chi2
	Inactifs	82 (84%)	16 (16%)	75	-	-
Sexe, n	Femme	143 (86%)	23 (14%)	166	0.97	Chi2
	Homme	57 (86%)	9 (14%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	Non	192 (88%)	27 (12%)	219	0.021	Fisher
	Oui	8 (62%)	5 (38%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	Non	160 (88%)	22 (12%)	182	0.15	Chi2
	Oui	40 (80%)	10 (20%)	50	-	-

Annexe 14 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « avis des proches »

Critère Avis des proches		Non présent (n = 212)	Present (n = 20)	n	p	test
Âge, moyenne		45.9 (±17.9)	49.2 (±15.1)	232	0.29	Mann-Whitney
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.46 (±2.00)	5.30 (±2.44)	232	<0.001	Mann-Whitney
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.41 (±1.57)	2.80 (±1.89)	232	0.4	Mann-Whitney
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.46 (±1.57)	3.30 (±1.22)	232	0.79	Mann-Whitney
Activité professionnelle, n	Oui	123 (92%)	11 (8%)	134	0.89	Fisher
	Étudiant	21 (91%)	2 (9%)	23	-	-
	Retraité	49 (89%)	6 (11%)	55	-	-
	Non	19 (95%)	1 (5%)	20	-	-
Sexe, n	Femme	152 (92%)	14 (8%)	166	0.87	Chi2
	Homme	60 (91%)	6 (9%)	66	-	-
Activité, n	Actifs	123 (92%)	11 (8%)	134	0.79	Chi2
	Inactifs	89 (91%)	9 (9%)	98	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	Non	203 (93%)	16 (7%)	219	0.017	Fisher
	Oui	9 (69%)	4 (31%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	Non	168 (92%)	14 (8%)	182	0.39	Fisher
	Oui	44 (88%)	6 (12%)	50	-	-

Annexe 15 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « perte de contrôle »

Critère		Non present	Present	n	p	test
Perte de contrôle		(n = 161)	(n = 71)			
Âge, moyenne		49.7 ($\pm$ 17.3)	38.5 ($\pm$ 16.1)	232	<0.001	Welch
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.34 ($\pm$ 2.03)	4.25 ($\pm$ 2.14)	232	<0.01	Welch
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.43 ($\pm$ 1.60)	2.47 ($\pm$ 1.59)	232	0.86	Welch
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.60 ($\pm$ 1.75)	3.10 ($\pm$ 0.848)	232	<0.01	Welch
Activité professionnelle, n	Oui	92 (69%)	42 (31%)	134	<0.001	Chi2
	Étudiant	7 (30%)	16 (70%)	23	-	-
	Retraité	46 (84%)	9 (16%)	55	-	-
	Non	16 (80%)	4 (20%)	20	-	-
	Actifs	92 (69%)	42 (31%)	134	0.77	Chi2
Activité, n	Inactifs	69 (70%)	29 (30%)	98	-	-
Sexe, n	Femme	110 (66%)	56 (34%)	166	0.1	Chi2
	Homme	51 (77%)	15 (23%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	non	152 (69%)	67 (31%)	219	1	Fisher
	oui	9 (69%)	4 (31%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	non	140 (77%)	42 (23%)	182	<0.001	Chi2
	oui	21 (42%)	29 (58%)	50	-	-

Annexe 16 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du critère « abandon d'activité »

Critère Abandon d'activité		Non présent (n = 215)	Présent (n = 17)	n	p	test
Âge, moyenne		45.9 (±17.6)	49.8 (±17.6)	232	0.32	Mann-Whitney
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.50 (±2.05)	5.09 (±2.24)	232	<0.01	Mann-Whitney
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.41 (±1.59)	2.91 (±1.70)	232	0.14	Mann-Whitney
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.48 (±1.59)	3.00 (±0.707)	232	0.3	Mann-Whitney
Activité professionnelle, n	Oui	126 (94%)	8 (6%)	134	0.23	Fisher
	Étudiant	20 (87%)	3 (13%)	23	-	-
	Retraité	49 (89%)	6 (11%)	55	-	-
	Non	20 (100%)	0 (0%)	20	-	-
Activité, n	Actifs	126 (94%)	8 (6%)	134	0.35	Chi2
	Inactifs	89 (91%)	9 (9%)	98	-	-
Sexe, n	Femme	152 (92%)	14 (8%)	166	0.41	Fisher
	Homme	63 (95%)	3 (5%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	non	206 (94%)	13 (6%)	219	<0.01	Fisher
	oui	9 (69%)	4 (31%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	non	171 (94%)	11 (6%)	182	0.22	Fisher
	oui	44 (88%)	6 (12%)	50	-	-

Annexe 17 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction de l'addiction au TIC

		Non (n =161)	Oui (n = 71)	n	p	test
Âge, moyenne		48.2 (±17.3)	41.7 (±17.7)	232	<0.01	Welch
Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne		3.27 (±2.02)	4.40 (±2.10)	232	<0.001	Welch
Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne		2.37 (±1.59)	2.61 (±1.61)	232	0.29	Welch
Nombre d'écran au domicile, moyenne		3.63 (±1.73)	3.01 (±0.870)	232	<0.001	Welch
Activité professionnelle, n	Oui	95 (71%)	39 (29%)	134	<0.01	Chi2
	Étudiant	9 (39%)	14 (61%)	23	-	-
	Retraité	43 (78%)	12 (22%)	55	-	-
	Non	14 (70%)	6 (30%)	20	-	-
Activité, n	Actifs	95 (71%)	39 (39%)	134	0.56	Chi2
	Inactifs	66 (67%)	32 (33%)	98	-	-
Sexe, n	Femme	113 (68%)	53 (32%)	166	0.49	Chi2
	Homme	48 (73%)	18 (27%)	66	-	-
Souhait d'une consultation médicale, n	Non	154 (70%)	65 (30%)	219	0.23	Fisher
	Oui	7 (54%)	6 (46%)	13	-	-
Souhait de diminuer temps d'utilisation, n	Non	134 (74%)	48 (26%)	182	<0.01	Chi2
	Oui	27 (54%)	23 (46%)	50	-	-

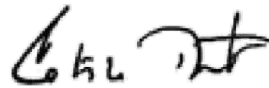
Annexe 18 : Analyses univariées des caractéristiques de la population en fonction du grade d'addiction au TIC

	<u>Pas d'addiction</u> (n = 161)	<u>Légère</u> (n = 54)	<u>Moderé</u> (n = 14)	<u>Sévère</u> (n = 3)	n	p	test
<u>Âge, moyenne</u>	48.2 (±17.3)	41.3 (±17.4)	39.3 (±18.8)	60.3 (±7.37)	232	0.01	Kruskal-Wallis
<u>Durée d'utilisation (heures/jour), moyenne</u>	3.27 (±2.02)	4.22 (±2.03)	4.21 (±1.54)	8.50 (±1.73)	232	<0.001	Kruskal-Wallis
<u>Durée déclarée raisonnable (heures/jour), moyenne</u>	2.37 (±1.59)	2.61 (±1.54)	2.29 (±1.48)	4.17 (±3.06)	232	0.28	Kruskal-Wallis
<u>Nombre d'écran, moyenne</u>	3.63 (±1.73)	3.09 (±0.917)	2.79 (±0.699)	2.67 (±0.577)	232	0.021	Kruskal-Wallis
<u>Activité professionnelle, n</u>							
<u>Oui</u>	95 (71%)	30 (22%)	8 (6%)	1 (0,75%)	134	0.019	Fisher
<u>Étudiant</u>	9 (39%)	10 (43%)	4 (17%)	0 (0%)	23	-	-
<u>Retraité</u>	43 (78%)	8 (15%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	55	-	-
<u>Non</u>	14 (70%)	6 (30%)	0 (0%)	0 (0%)	20	-	-
<u>Activité, n</u>							
<u>Actifs</u>	95 (71%)	30 (22%)	8 (6%)	1 (0.75%)	134	0.83	Fisher
<u>Inactifs</u>	66 (67%)	24 (24%)	6 (6%)	2 (2%)	98	-	-
<u>Sexe, n</u>							
<u>Femme</u>	113 (68%)	40 (24%)	10 (6%)	3 (1,8%)	166	0.83	Fisher
<u>Homme</u>	48 (73%)	14 (21%)	4 (6,1%)	0 (0%)	66	-	-
<u>Souhait d'une consultation médicale, n</u>							
<u>Non</u>	154 (70%)	52 (24%)	11 (5%)	2 (0,91%)	219	0.023	Fisher
<u>Oui</u>	7 (54%)	2 (15%)	3 (23%)	1 (7,7%)	13	-	-
<u>Souhait de diminuer temps d'utilisation, n</u>							
<u>Non</u>	134 (74%)	37 (20%)	8 (4,4%)	3 (1,6%)	182	0.021	Fisher
<u>Oui</u>	27 (54%)	17 (34%)	6 (12%)	0 (0%)	50	-	-

Vu, le directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. P. P.' or similar, written over a horizontal line.

Vu, le Doyen de la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. L. P.' or similar, written in a cursive style.

RESUME :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sédentarité est un des facteurs communs évitables aux maladies non transmissibles (MNT) qui sont responsables de 63% des décès dans le monde. Le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) a augmenté considérablement notre sédentarité. Au-delà de l'effet négatif des activités sédentaires sur la santé, l'usage intensif des TIC et en particulier du smartphone aurait également des symptômes psychiques et physiques néfastes. L'objectif principal de cette étude était alors d'évaluer l'existence d'une addiction au TIC en créant des critères d'addictions au TIC et en les comptabilisant par un questionnaire dans la population de la communauté de commune du Véron en Indre et Loire. Selon nos critères 30% de la population étudiée présentait une addiction au TIC, 23% d'addiction légère, 6% d'addiction modérée et 1% d'addiction sévère. L'objectif secondaire était de créer un outil d'évaluation de l'addiction aux TIC pour dépister les personnes nécessitant une prise charge en médecine générale en analysant les différences d'utilisations et d'addictions en fonction des caractéristiques de notre population d'étude. D'après nos résultats, une durée d'utilisation supérieure à 4 heures par jour et un souhait de diminuer l'utilisation nous paraissent être les deux questions à aborder en consultation de médecine générale afin d'évaluer l'addiction aux TIC et d'envisager la mise en place d'une prise en charge. L'étude de l'effet de cette intervention sur la population pourrait être un sujet d'étude ultérieur afin de confirmer que la prise en charge de l'addiction aux TIC réduirait la sédentarité de la population.

Guichard Vincent

Nombre de pages 59 – tableaux 20 – figures 16

Résumé :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la sédentarité est un des facteurs communs évitables aux maladies non transmissibles (MNT) qui sont responsables de 63% des décès dans le monde. Le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) a augmenté considérablement notre sédentarité. Au-delà de l'effet négatif des activités sédentaires sur la santé, l'usage intensif des TIC et en particulier du smartphone aurait également des symptômes psychiques et physiques néfastes. L'objectif principal de cette étude était alors d'évaluer l'existence d'une addiction au TIC en créant des critères d'addictions au TIC et en les comptabilisant par un questionnaire dans la population de la communauté de commune du Véron en Indre et Loire. Selon nos critères 30% de la population étudiée présentait une addiction au TIC, 23% d'addiction légère, 6% d'addiction modérée et 1% d'addiction sévère. L'objectif secondaire était de créer un outil d'évaluation de l'addiction aux TIC pour dépister les personnes nécessitant une prise charge en médecine générale en analysant les différences d'utilisations et d'addictions en fonction des caractéristiques de notre population d'étude. D'après nos résultats, une durée d'utilisation supérieure à 4 heures par jour et un souhait de diminuer l'utilisation nous paraissent être les deux questions à aborder en consultation de médecine générale afin d'évaluer l'addiction aux TIC et d'envisager la mise en place d'une prise en charge. L'étude de l'effet de cette intervention sur la population pourrait être un sujet d'étude ultérieur afin de confirmer que la prise en charge de l'addiction aux TIC réduirait la sédentarité de la population.

Mots clés : « Technologies de l'Information et de la Communication », « TIC », « Écran », « Utilisation », « Addiction », « Internet », « Cyberdépendance »

Jury :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON

Directeur de thèse : Docteur Renaud RESPAUD

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS

Professeur Matthias BUCHLER

Docteur Servane BARRAULT

Date de soutenance : 28 mai 2020