

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année universitaire : 2019-2020

N°/

Addiction comportementale chez les étudiants de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Présentée et soutenue publiquement le 09/01/2020 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : Mme Awa Karim DIARRA

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

Président : Pr Youssoufa Mamadou MAIGA

Membre : Dr Joseph TRAORE

Co-directeur : Dr Souleymane dit Papa COULIBALY

Directeur : Pr Arouna TOGORA

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

DÉDICACES

Je dédie cette thèse :

A mes parents, **Karim DIARRA** et **Sitan KANE**

REMERCIEMENTS

A mon père Mr Karim DIARRA

Vous avez été pour nous un exemple de courage, de persévérance et de franchise dans l'accomplissement du travail bien fait. Vous nous avez appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la justice et du respect de soi. Je vous remercie encore une fois et je vous aurai toujours dans mon cœur.

A ma mère Sitan KANE

Maman, les mots me manquent et ne suffiront jamais assez pour vous remercier. J'ai les larmes aux yeux quand je pense à vous et toutes les souffrances que vous avez traversées pour nous. Vous avez toujours été là pour moi. Vous avez été pour moi la mère, la bonne mère que j'ai aimée et je vous aimerais toujours. Chère mère, vous avez été la femme soumise et la mère soucieuse de l'avenir de ses enfants. Maman, je ne vous oublierai jamais. Merci d'avoir eu toujours confiance en moi, merci pour vos précieux conseils, votre soutien et votre affection indescriptible. Qu'ALLAH exalté tout puissant vous prête longue vie afin que vous puissiez jouir des retombées de tout votre long effort dans notre éducation et prise en charge.

A mes grandes mères Sitan TOGORA et Hawa FOFANA

Merci pour tout l'effort consenti pour mon éducation sociale et ma réussite à l'école. Encore une fois merci pour tout ce que vous avez fait pour ma famille. Que le Seigneur vous inonde de ses grâces.

A Dr Boubacar H MAIGA

Merci pour tout, votre simplicité et votre modestie forgent votre personnalité, ainsi que votre rigueur scientifique de même que votre générosité sans égale. Merci de m'avoir accepté dans votre équipe et d'être mon mentor en me faisant bénéficier de votre immense connaissance.

A mes tontons

Adama KANE, Seydou KOUROUMA, Moussa KOUROUMA, Aliou KOUROUMA, Modibo TOGORA, Papi TOGORA, Monzon TOGORA. Je vous remercie pour vos conseils et vos soutiens. Qu'Allah exalté veille sur vos familles et vous. Amen

A mes tantes

Sétou KOUROUMA, Oumou KOUROUMA, Oumou TOGORA, Agna TOGORA, Maman TOGORA, Djénéba TOGORA. Merci pour vos encouragements. Qu'Allah exalté vous donne longévité et bonheur.

A mes frères

Abdoul Kassim DIARRA, Adama DIARRA. Je vous remercie pour vos soutiens. Qu'Allah exalté vous donne longévité et bonheur.

A mes sœurs

Assata DIARRA, Aminata Karim DIARRA. Je vous remercie pour vos soutiens. Qu'Allah exalté vous donne longévité et bonheur.

A mon mari

Abdoulaye CISSOKO, merci pour vos encouragements et vos soutiens. Qu'Allah exalté bénisse notre union et nous donne des bons enfants. Amen

A mon fils

Ayouba Abdoulaye CISSOKO, te voir grandir est le plus grand bonheur. Qu'Allah exalté te donne longévité et bonheur.

A ma belle famille

Merci pour tous vos soutiens, Qu'Allah exalté bénisse nos liens de famille.

A tout le personnel du service de psychiatrie du Centre Hospitalo-Universitaire du Point G

Merci pour votre accueil et votre collaboration pendant la réalisation de cette thèse. Je suis de cœur avec vous. Qu'Allah exalté bénisse nos liens de collégialité. Amen

A tous mes camarades de la 10^{ème} promotion du numerus clausus (Promotion Feu Mahamadou Touré)

Ce fut agréable, chers frères et chères sœurs, d'apprendre à vos côtés durant ces sept (7) années. Je souhaite à nous tous une bonne chance dans notre vie professionnelle et familiale.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et Président de jury

Professeur Youssoufa Mamadou MAIGA

- **Professeur titulaire des universités**
- **Chef de service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE**
- **Secrétaire générale de la ligue Malienne Contre l'Epilepsie(LMCE)**
- **Secrétaire générale de la société de Neurologie du Mali**
- **Membre de la société Africaine de Neurosciences (PAANS)**
- **Membre de l'académie de 1000 de la ligue Internationale de lutte contre l'épilepsie**
- **Formateur**

Cher maître

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines, votre modestie, votre sens du travail bien fait et votre enseignement de qualité forcent notre admiration et nous incitent à suivre vos pas. Soyez rassuré, cher maître de toute notre immense gratitude et de notre profond respect. Puisse Allah exalté et très miséricordieux vous accorde toute sa grâce. Amen

A notre maître et Directeur de thèse

Professeur Arouna TOGORA

- **Maître de conférence à la FMOS**
- **Psychiatre et Pédopsychiatre au CHU POINT G**
- **Chef de service de psychiatrie au CHU POINT G**
- **Coordinateur du D.E.S de psychiatrie à la FMOS**
- **Vice-président de la SOMASAM**

Cher maître

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations ; votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré de tous ;

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté ;

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur Souleymane Dit Papa COULIBALY

- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**
- **Psychiatre au CHU Point G**
- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Membre de la SOMASAM**
- **Membre du Consortium Human Heredity and Health in Africa**

Cher maître

Permettez-nous de vous remercier de la confiance que vous nous avez faite en nous proposant cette thèse.

Vos immenses qualités de pédagogue, votre raisonnement scientifique raffiné, votre simplicité, votre disponibilité constante, votre abord facile et votre modestie font de vous un maître apprécié de tous.

A vos côtés, nous avons appris beaucoup de choses.

Recevez ici cher maître l'expression de notre attachement et surtout de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre de jury

Docteur Joseph TRAORE

- **Psychiatre au CHU Point G**
- **DU en Gérontopsychiatrie à l'université Pierre et Marie Curie**
- **DU en psycho-traumatisme à l'Université Paris Descartes**

Cher maître

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Nous admirons vos qualités scientifiques, humaines de courtoisie et de sympathie qui témoigne de votre disponibilité, veuillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
AMP : Adénosine Mono Phosphate
APA : American Psychiatric Association
ATV : Aire Tegmentale Ventrale
CIM : Classification Internationale des Maladies
CSCP : Comportement Sexuel Compulsif Problématique
CSNP : Comportement Sexuel Non Problématique
EAI : Exercise Addiction Inventory
EMC : Encyclopédie Médico-Chirurgicale
GABA: Acide Gamma amino butyrique
GBL: Acide gamma Butyrolactone
GHB: Gamma Hydroxybutyrate
ISS: Internet Stress Scale
JHA : Jeux de Hasard et d'argent
LSD : Diéthylamide de l'acide lysergique
MDMA : Méthylènedioxyméthamphétamine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU DC : Office des Nations Unis Contre la Drogue et le Crime
SOGS: South Oaks Gambling Screen
SPA: Substances psychoactives
THC: Tetrahydrocannabinol
WART: Work Addiction Risk Test

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des étudiants suivant la classe de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie	27
Tableau II : Répartition des étudiants selon le sexe.	27
Tableau III : Répartition des étudiants selon l'âge.	28
Tableau IV : Répartition des étudiants selon la Nationalité.	28
Tableau V : Répartition des étudiants selon l'ethnie.	29
Tableau VI : Répartition des étudiants selon la situation matrimoniale.	29
Tableau VII : Répartition des étudiants suivant le mode d'inscription	30
Tableau VIII : Répartition des étudiants suivant la religion.	30
Tableau IX : Répartition des étudiants suivant le lieu de vie.	31
Tableau X : Répartition des étudiants suivant le type de famille.	31
Tableau XI : Prévalence des addictions comportementales chez les étudiants de la FMOS.	32
Tableau XII : Répartition des étudiants selon le canal d'accès à l'internet	33
Tableau XIII : Répartition des étudiants selon le fait de jouer ou de ne pas jouer aux jeux vidéos	35
Tableau XIV : Répartition des étudiants selon les motivations aux jeux vidéo	35
Tableau XV : Répartition des étudiants selon le score du SOAGS (intensité des conduites addictives aux jeux de hasard).	36
Tableau XVI : Influence de l'âge sur le score SOAGS.	36
Tableau XVII : Influence du sexe sur le score SOAGS.	37
Tableau XVIII : Influence de la situation matrimoniale sur le score SOAGS.	37
Tableau XIX : Influence de la source de revenu sur le score SOAGS.	38
Tableau XX : Influence de la religion sur le score SOAGS.	38
Tableau XXI : Répartition des étudiants selon le score d'ORMAN	39
Tableau XXII : Influence de l'âge sur le score d'ORMAN.	39
Tableau XXIII : Influence du sexe sur le score d'ORMAN.	40
Tableau XXIV : Influence de la situation matrimoniale sur le score d'ORMAN.	40
Tableau XXV : Influence de la religion sur le score d'ORMAN.	41
Tableau XXVI : Répartition des étudiants le score de l'EAI	42
Tableau XXVII : Influence de l'âge sur le score de l'EAI.	42
Tableau XXVIII : Influence du sexe sur le score de l'EAI.	43
Tableau XXIX : Influence de la situation matrimoniale sur le score de l'EAI.	43
Tableau XXX : Influence de la religion sur le score de l'EAI.	44
Tableau XXXI : Répartition des étudiants selon le score WART	45
Tableau XXXII : Influence de l'âge sur le score WART.	45
Tableau XXXIII : Influence du sexe sur le score WART.	46
Tableau XXXIV : Influence de la situation matrimoniale sur le score WART.	46
Tableau XXXV : Influence de la religion sur le score WART.	47
Tableau XXXVI : Répartition des étudiants selon le score COLEMAN	48

Tableau XXXVII : Influence de l'âge sur le score COLEMAN.	48
Tableau XXXVIII : Influence du sexe sur le score COLEMAN.	49
Tableau XXXIX : Influence de la situation matrimoniale sur le score COLEMAN.	49
Tableau XL : Influence de la religion sur le score COLEMAN.	50
Tableau XLI : Répartition des étudiants selon le score LEMMENS	51
Tableau XLII : Influence de l'âge sur le score LEMMENS.	51
Tableau XLIII : Influence du sexe sur le score LEMMENS.	52
Tableau XLIV : Influence de la situation matrimoniale sur le score LEMMENS.	52
Tableau XLV : Influence de la religion sur le score LEMMENS.	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Neurobiologie des comportements addictifs	6
Figure 2 : Diagramme de flux	26
Figure 3 : illustre le taux de pénétration d'internet au sein de la population estudiantine.	32
Figure 4 : les motifs l'internet par les étudiants	34

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
GÉNÉRALITES.....	3
METHODOLOGIE.....	17
RÉSULTATS.....	23
DISCUSSION.....	52
CONCLUSION.....	56
RECOMMANDATIONS.....	57
BIBLIOGRAPHIES.....	58
ANNEXES.....	61

INTRODUCTION

Introduction

Longtemps la consommation des substances psychoactives a été étudiée comme la seule forme d'addiction par l'existence de plusieurs ouvrages sur ce fait. En effet le terme d'addiction désigne une situation de perte de contrôle vis-à-vis de certains comportements effectués de manière répétitives et persistantes malgré leurs conséquences nuisibles sur l'individu, qu'elles soient somatiques, psychologiques ou sociales [1, 2].

Actuellement, les addictions réunissent les dépendances traditionnelles à des substances toxiques telles que l'alcool et les autres drogues mais aussi des comportements tels que le jeu pathologique ; les achats compulsifs ; certains types de sports et l'exercice physique ; un certain type de conduites alimentaires et de conduite sexuelle ; le travail pathologique ; la cyberdépendance et l'addiction au crime [3].

Tout comportement ayant la capacité d'influencer l'état psychique d'un individu est potentiellement addictif.

Courant notre siècle, les addictions comportementales ont tendance à prendre de l'ampleur. En 2014 trois quarts des Français entre 15 à 75 ans déclarent avoir joué à un jeu de hasard...

En France en 2012 trois personnes sur quatre (75%) ont utilisé l'internet au cours des trois derniers mois, contre 56% en 2007 [80]. De plus en plus l'internet devient mobile et se développe sur de nouveaux supports tels que les tablettes et les Smartphones. Près de 40% des personnes l'utilisent déjà en 2012, tout âge confondu et ils sont plus de 75% chez les 15-29 ans dans la population générale. De nouvelles applications ont également vu le jour, qui révolutionnent nos rapports sociaux. Le nombre de Maliens utilisateur, de l'internet a progressé pendant les dix dernières années. De 2007 à 2016, le Mali est passé de 111450 à 2212450 utilisateurs d'internet. En 2018 Facebook, un des réseaux sociaux, le plus connu comptait 2,45 milliards d'utilisateurs dans le monde dont 38 millions en France [81].

La prévalence des addictions à l'exercice physique est de 3% dans la population générale et 45 à 55% des pratiquants réguliers du sport. Cette addiction touche aussi bien les sportifs de haut niveau que les amateurs.

La prévalence des addictions à l'exercice physique est estimée entre 3 à 6% aux USA. Il s'agit d'une addiction affectant une grande majorité d'hommes (5H/1F) et débutant en général à l'adolescence.

Il existe peu d'étude épidémiologique sur le sujet (jeu vidéo) à cause de l'absence de consensus des critères diagnostic d'addiction du jeu vidéo. Par rapport à l'addiction au travail la littérature nous donne peu d'information à ce sujet.

Notre étude regroupe les addictions au jeu de hasard, à l'internet, à l'exercice physique, au travail, au sexe et au jeu vidéo.

A notre connaissance cette étude est la première au Mali.

Objectif général

Etudier les comportements addictifs à la FMOS

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des addictions comportementales chez les étudiants de la FMOS ;
2. Identifier les facteurs associés à ces addictions comportementales chez les étudiants à la FMOS.

GENERALITES

1. Généralités

1.1. Définition des concepts

1.1.1 Addiction

Le terme addiction trouve ses origines dans le droit romain ancien, et il reste utilisé dans ce même contexte juridique jusqu'au Moyen Âge, en Europe occidentale. L'addiction correspondait à un arrêt du juge, donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant ». Il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps. C'est dans les pays anglo-saxons que le terme "addiction" apparaît initialement en psychiatrie, désignant les toxicomanes [18].

Pour Goodman, l'addiction est : « un processus par lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle (impuissance) et sa persistance en dépit des conséquences négatives significatives » [1].

1.1.2 conduites addictives

C'est l'ensemble des usages de substances et/ou de comportements susceptibles d'entraîner (ou pas) un trouble [75].

1.2. Neurobiologie des addictions

L'essentiel des données publiées dans le domaine des neurosciences concerne les addictions avec drogues. Cependant, les addictions sans drogue présentent les mêmes symptômes, notamment le syndrome de sevrage. On admet que ces manifestations cliniques reflètent probablement les mêmes dysfonctionnements cérébraux et relèvent donc d'une physiopathologie commune [83].

1.2.1. Théories neurobiologiques

La neurobiologie, dès les années 1950 et grâce aux modèles murins, a souligné le rôle central de la dopamine dans l'apparition d'un comportement addictif. Une augmentation du taux de dopamine au niveau du noyau accumbens a été mise en évidence en réponse à une administration aiguë de morphine, de cocaïne, d'alcool ou de nicotine chez le rat. Les bases neurobiologiques des circuits de récompense et des circuits d'apprentissage sont les projections dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale sous-corticale et à destination des ganglions de la base (noyau accumbens : impliqué dans le circuit dopaminergique mésolimbique de récompense) et du cortex préfrontal (cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur impliqués dans le circuit

dopaminergique mésocorticale et l'intensité de la réponse comportementale). Sous l'influence de la consommation répétée de drogue, interviendraient des modifications à long terme de la plasticité neuronale au niveau des structures corticales, en particulier préfrontales, et au niveau du système dopaminergique mésolimbique. Une compulsion à consommer apparaîtrait alors. Celle-ci pourrait persister plusieurs années une fois l'addiction installée, et ce même après le sevrage.

1.2.2. Bases Cérébrales

La neurobiologie des comportements addictifs s'est ainsi focalisée sur trois régions d'intérêt :

- ❖ Le noyau accumbens ;
- ❖ L'amygdale ;
- ❖ Le cortex préfrontal.

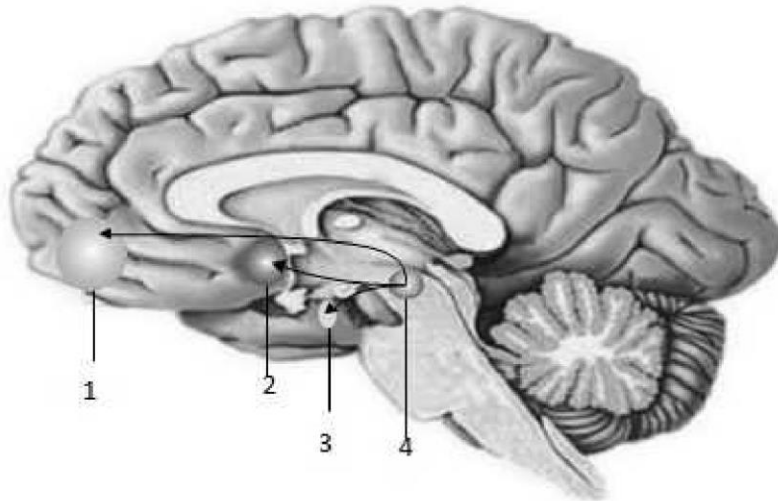
Le noyau accumbens est composé de deux parties qui diffèrent par leurs connexions anatomiques :

- ❖ Le *shell*, connecté avec l'aire tegmentale ventrale (connexions dopaminergiques réciproques entre le noyau accumbens et l'aire tegmentale ventrale) ;
- ❖ Le *core*, qui reçoit des afférences dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale et est relié au cortex préfrontal.

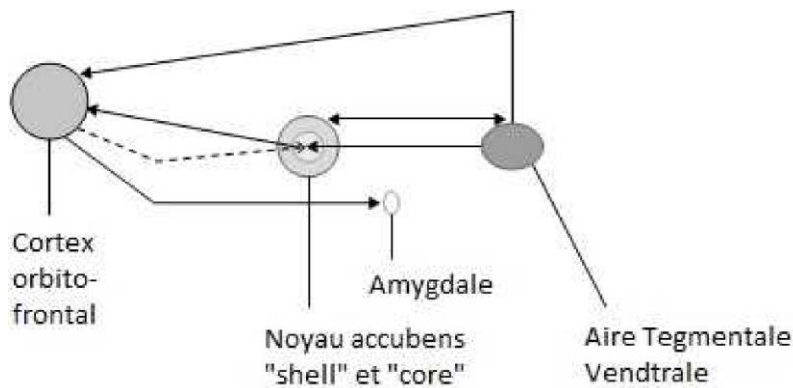
Une activation phasique (sous forme de pulses) des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale précède les comportements liés à une récompense. L'activation est d'autant plus intense que la récompense est non prévisible et importante (Figure 1). Cette activation phasique de la libération de dopamine est associée à une libération tonique de dopamine qui détermine le niveau de base de dopamine extracellulaire. La dopamine libérée dans le *core* en réponse à des stimuli prédictifs d'une récompense modulent l'expression des comportements par l'intermédiaire des liens fonctionnels entre cortex préfrontal et noyau accumbens. La libération de dopamine dans le noyau accumbens est ainsi indispensable à l'initiation de l'addiction, alors que l'usage répété des drogues favorise davantage l'implication du cortex préfrontal et de ses projections glutamatergiques à destination du noyau accumbens. L'amygdale jouerait également un rôle dans l'établissement du conditionnement de la consommation.

Le cortex préfrontal interviendrait dans la réponse comportementale induite par un stimulus et dans l'intensité de cette réponse. Le degré d'activation du cortex préfrontal est corrélé avec le caractère prédictif de la récompense obtenue. Lors de l'administration aiguë d'une drogue, la dopamine est libérée en quantité supraphysiologique, ce qui a pour conséquence immédiate une modification des signaux cellulaires (kinases AMP-cycliques dépendantes). L'administration entraîne une induction immédiate de C-fos ou d'autres produits d'activation de gènes précoces. Ces derniers vont induire des modifications moléculaires qui durent de quelques jours à quelques semaines après l'administration aiguë de la drogue. L'administration répétée de la drogue modifie de manière plus durable le fonctionnement neuronal. Parmi les modifications les mieux étudiées figurent celles impliquant le récepteur à la dopamine D1. Ce récepteur stimule des protéines de type delta Fos B dont la demi-vie est longue (régulateurs de transcription). Il module la synthèse

de sous-unités des récepteurs AMPA glutamatergiques. Le delta Fos B, dans le noyau accumbens, jouerait un rôle dans les séquelles cognitives chez le sujet cocaïnomane chronique. De même, il favoriserait les conduites compulsives lors du syndrome de sevrage. Ces modifications moléculaires pourraient déterminer l'initiation de la conduite addictive et surtout la vulnérabilité du sujet à la rechute. Cette vulnérabilité à la rechute persiste souvent plusieurs années après l'interruption de la drogue. Le sujet conserve très longtemps un désir intense de consommer le produit ou d'avoir le comportement dont il a été dépendant. Ses capacités à contrôler son envie de drogue restent limitées de manière prolongée.



- 1 : Cortex orbito-frontal
- 2 : noyau accumbens
- 3 : amygdale
- 4 : aire tegmentale ventrale (ATV)



Flèches continues : connexions neuronales dopaminergiques
 Flèche pointillée : connexions neuronales Glutamatergiques.

Figure 1 : Neurobiologie des comportements addictifs

Un certain nombre de données obtenues sur le plan biochimique chez l'animal et avec l'imagerie fonctionnelle chez l'homme apportent des arguments en faveur d'une diminution du contrôle comportemental exercé.

1.2.3. Facteurs génétiques

Un certain nombre de gènes pourraient intervenir en interaction avec des facteurs environnementaux dans la susceptibilité individuelle au risque d'addiction. Les principaux gènes identifiés sont :

- ❖ Les gènes codant les récepteurs dopaminergiques ;
- ❖ Le transporteur de la dopamine ;
- ❖ Les enzymes de dégradation de la dopamine (comme la catéchol O'Méthyltransférase).

1.3. Imagerie cérébrale et neurobiologie [25]

Les comportements compulsifs conduisent à des changements neurobiologiques dans le système de récompense identiques à ceux retrouvés chez les consommateurs de toxiques. La principale modification est une diminution du fonctionnement du système de récompense. À partir de ces données métaboliques, une autre hypothèse explicative du comportement addictif, cette fois plus comportementale, a également été avancée. Il s'agirait d'une perturbation de l'équilibre entre les structures corticales préfrontales impliquées dans les processus de prise de décision et un circuit comprenant l'amygdale et le *core* du noyau accumbens impliqué dans les comportements plus impulsifs et plus immédiats en réponse à un stimulus.

Les addictions comportementales peuvent s'expliquer par des mécanismes neurobiologiques et cognitifs mettant en jeu le système de récompense (plaisir), la recherche compulsive de comportement et la dépendance à ces derniers, avec une nécessité d'augmenter l'exposition pour obtenir un plaisir identique. Ainsi, les modifications des débits cérébraux dans des structures clés comme le cortex cingulaire ou orbitofrontal sont constantes dans les conduites addictives avec un hypermétabolisme ou un hypométabolisme quelle que soit l'addiction étudiée. Les addictions sont associées à une situation de hyperdopaminergie relative à laquelle le cerveau répond en diminuant la production de dopamine endogène. Mais la dopamine n'est pas le seul neurotransmetteur en cause dans les addictions et d'autres études sur le rôle du GABA, de l'acétylcholine, de la sérotonine se mettent en place.

1.4. Facteurs influençant la survenue des conduites addictives

1.4.1. Approche trivariée [21]

Pour certains auteurs, les conduites addictives résultent de l'interaction trivariée entre un sujet, son environnement et un objet comme le résume la Figure 2. Les vulnérabilités individuelles et environnementales sont souvent communes à toutes les conduites addictives. La précocité de l'exposition aux comportements susceptibles de dérive addictive est un facteur de risque pour toutes les addictions. Des traits de personnalité tels qu'une faible estime de soi, des difficultés de gestion des conflits interpersonnels, une impulsivité marquée sont parmi les facteurs de risque les plus fréquents de développer des conduites addictives. Il existe des facteurs de risque spécifiques selon le type d'addiction. Mais ils sont pour la plupart stables d'une addiction à l'autre : l'accessibilité et la disponibilité de l'objet et le potentiel addictogène résultant des caractéristiques intrinsèques et structurelles de l'objet. Par exemple, la disponibilité et l'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent (JHA) ont un impact sur l'émergence de jeu problématique et tous les JHA n'ont pas le même potentiel addictogène.

Interaction entre individu, environnement et objet de dépendance

Facteurs individuels

- ❖ Age (adolescence/vieillesse) et genre (masculin)
- ❖ Vulnérabilité génétique
- ❖ Mauvaise estime de soi, difficulté à la résolution de problèmes
- ❖ Événements de vie, traumatismes
- ❖ Impulsivité, recherche de sensations et de nouveautés
- ❖ Altération des processus de décisions et d'autocontrôle
- ❖ Comorbidités psychiatriques et addictives
- ❖ Prise de certains médicaments

Facteurs environnementaux

- ❖ Normes familiales et culturelles, apprentissage social
- ❖ Bas niveau de support social, d'éducation et de revenus
- ❖ Accessibilité de l'objet de l'addiction et autres

Facteurs liés à l'objet de dépendance

- ❖ Pouvoir addictif propre
 - Type d'objet : caractéristiques structurelles
 - Support : Internet
- ❖ Distorsions cognitives spécifiques
- ❖ Conséquences médicales, psychologiques et sociales

❖ Statut

1.5 Cliniques :**1.5.1 Différentes phases du jeu pathologique**

- **La phase de gains** : les gains peuvent être d'importance variable. Le sujet va alors vouloir revivre l'expérience qui lui a apporté euphorie et exaltation. Il espère gagner des sommes plus importantes. Pour cela il va jouer de plus en plus souvent, mettre au point des « stratégies », pensant maîtriser le sort. Alors que les gains vont s'alterner avec les pertes, le joueur va avoir tendance à surestimer ses gains, et à minimiser ses pertes. C'est pendant cette phase que la dépendance s'installe.

- **Perte et Chasse** : pendant cette phase, les périodes de dépression et d'excitation se succèdent. Le joueur va tenter de « se refaire ». Il engage la majorité de ses ressources et multiplie les dettes. La dépendance est maintenant véritablement installée, avec symptômes psychiques (irritabilité, nervosité, envie irrépressible de jouer...) voire physiques (céphalées, troubles gastro-intestinaux...) de sevrage à l'arrêt. Les conséquences négatives sur le plan familial et professionnel apparaissent.

- **Désespoir** : faisant souvent suite à un épisode de pertes d'argent prolongé, cette phase voit le sujet désespéré, angoissé, isolé, endetté, pouvant aller jusqu'à commettre des délits pour se procurer de l'argent. La survenue de sanctions judiciaires peut déclencher un passage à l'acte suicidaire ou une réaction dépressive.

- **Abandon** : à ce moment, les fantasmes de gain et de réussite sont abandonnés. Le joueur sait qu'il ne pourra pas rembourser ses dettes, mais il continue de jouer par « amour désintéressé » du jeu.

1.5.2 Addiction à l'internet

Le temps passé sur internet est un facteur peu fiable : une personne peut passer peu de temps sur internet mais être obnubilée toute la journée par ce qu'elle va y faire. Les dépendants à Internet ou aux jeux vidéo vont présenter des signes physiques : sécheresse des yeux, céphalées, dorso-lombalgies, syndrome du canal carpien, déshydratation, dénutrition/surpoids, mauvaise hygiène personnelle, insomnies ou troubles du rythme circadien, épuisement.

Les études sur les jeux de hasard et d'argent en ligne et leurs effets psychosociaux sont encore rares. Actuellement, les chercheurs et les cliniciens font l'hypothèse d'une implication plus forte chez les jeunes. Une revue de la littérature menée sur les adolescents jouant en ligne a montré que ces derniers sont très expérimentés quant à l'utilisation et l'accès aux nouveaux médias et qu'ils sont plus à même d'être de plus en plus exposés à des opportunités de jouer en ligne de façon isolée.

1.5.3 Dépendance au sport

La dépendance au sport est donc un besoin intense d'exercice physique aboutissant à une pratique physique extrême et générant des symptômes physiologiques (blessures à répétition, souffrance physique) et psychologiques (affects négatifs si la personne ne peut pas pratiquer ; les individus dépendants ressentent un sentiment de culpabilité dès qu'ils ne peuvent plus faire d'exercice physique et s'exercent malgré des blessures).

Les études effectuées parmi les sportifs ont permis de relever plusieurs effets comportementaux de la pratique sportive en excès :

- ❖ Sensation d'euphorie ou « runner's high » ;
- ❖ Sensation de bien-être ;
- ❖ Sensation de transcendance spatio-temporelle.

Les sportifs dépendants présentent des signes de manque en cas de sevrage :

- ❖ Anxiété ;
- ❖ Irritabilité ;
- ❖ Culpabilité ;
- ❖ Sentiment de dévalorisation ;
- ❖ Refuge dans la nourriture.

1.5.4 Addiction au sexe

Les principales caractéristiques cliniques de l'addiction sexuelle sont :

- l'incapacité du sujet à établir une relation saine et gratifiante avec son partenaire ;
- la survenue durant l'acte sexuel d'un état comparable à celui décrit chez les toxicomanes sous l'effet de substances psychoactives ;
- des promesses répétées et vaines envers lui-même d'arrêt des comportements sexuels ;
- une réorganisation de la vie dans le but de satisfaire son désir addictif ;
- un abandon progressif de la vie de famille, des amis et de l'activité professionnelle ;
- une vive culpabilité et une honte concernant ces comportements, fréquemment à l'origine de réactions de déni. Reed et Blaine (EMC), puis Corday et Feray, ont décrits 4 phases d'installation de l'addiction sexuelle [83] :
- **obsession** : avec envahissement de la pensée par des préoccupations sexuelles ;
- **ritualisation** : actions ritualisées avant l'acte sexuel, augmentant la stimulation et l'excitation ;
- **comportement sexuel compulsif** : exécution d'un acte sexuel précis. Le patient est alors incapable de limiter ou contrôler son comportement. Un phénomène de tolérance apparaît, comme pour les toxicomanes ;
- **désespoir** : le sujet se sent impuissant vis-à-vis de son comportement, éprouve un sentiment de vide, de honte et de culpabilité.

Les sujets rapportent un sentiment « d'esclavagisme » par rapport à leur comportement. Des symptômes de sevrage (type céphalées, anxiété, tremblements, insomnie, humeur dépressive) peuvent apparaître à l'arrêt du comportement.

1.6 Etiologies

On retrouve dans les antécédents : les violences physiques dans l'enfance, les abus sexuels dans l'enfance, un modèle d'addiction chez les parents (télévision, travail, sport, internet, ...). Les éléments précurseurs de l'apparition d'une dépendance sont : l'isolement social (ou manque de support social), l'absence de communication et solitude, des symptômes dépressifs, une faible estime de soi, un ressenti d'un monde réel ennuyeux. Enfin, il s'agit surtout de personnes qui ont du temps libre non structuré, non occupé par une activité professionnelle ou des loisirs. Le comportement addictif va venir combler leur ennui.

1.7 Conséquences

Le jeu pathologique perturbe sévèrement la vie familiale et retentit sur l'équilibre financier et affectif du conjoint. Au niveau financier, les dettes, hypothèques, prêts, utilisation des fonds de retraite et des économies sont habituels et mènent fréquemment au divorce. Au niveau affectif, le conjoint ressent souvent de la colère envers le joueur ou de la culpabilité.

Chez les enfants des joueurs pathologiques, on retrouve une prévalence élevée de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, usage de drogues...), d'hyperphagie, de troubles de l'humeur et de difficultés scolaires et d'adaptation sociale. Ils sont pris au centre des tensions familiales et servent parfois de bouc émissaire. Ils ressentent souvent de la déception, de la colère, de la tristesse, de la honte ou ont un fort sentiment d'abandon.

L'addiction au travail peut entraîner de nombreux symptômes physiques et psychologiques : diminution de l'estime de soi, fatigue, anxiété, dépression, irritabilité, problèmes somatiques : troubles cardiovasculaires (tels que l'hypertension artérielle, les complications cardiaques et rénales), maladies de l'appareil locomoteur (cervicalgies, douleurs de la ceinture scapulaire, dorso-lombalgies), troubles de l'appareil digestif (inflammation chronique du gros intestin), migraines... Il est à noter qu'afin de garder les mêmes performances, certains addicts recourent à des substances excitantes. Le risque majeur de l'addiction au travail est le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out syndrom*, qui retentit de manière importante aux niveaux personnel, social et médical. Le burn-out associe un épuisement émotionnel (c'est-à-dire un sentiment d'épuisement et de vide intérieur provoqué par le travail, un appauvrissement des ressources émotionnelles et un sentiment de ne plus pouvoir donner à autrui au plan psychologique), la dépersonnalisation (sentiments négatifs et cyniques, déshumanisation progressive) et un faible accomplissement personnel (sentiments d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail). L'épuisement professionnel est aussi à l'origine de problème de comportement et de performance au travail, de problèmes avec les membres de la famille et les amis et de sentiments négatifs envers le travail et la vie en général. Les autres addictions peuvent provoquer l'isolement de la personne.

1.8. Traitement des addictions [37]

1.8.1. Objectifs principaux de la prise en charge

Le traitement de la dépendance est un traitement à long terme. L'objectif, quel que soit l'objet (ou les objets) d'addiction, doit être l'arrêt du comportement et le maintien dans la durée de cet arrêt. Le travail de tout clinicien va donc se concentrer essentiellement sur le maintien de l'abstinence et la prévention de la rechute à long terme. Dans cette perspective, la phase de sevrage, quelles que soient les modalités techniques de sa réalisation, ne peut en aucun cas résumer la prise en charge. Elle représentera le plus souvent une étape du soin ou un moment propice à l'initiation d'un suivi spécifique et prolongé. Une fois l'arrêt de l'usage obtenu, la prise en charge visera également à accompagner le sujet vers une réappropriation des domaines psychique, physique, relationnel et social.

1.8.2. Mise en place de la prise en charge

❖ Disposer d'une évaluation globale du patient

Un bilan initial à l'aide de plusieurs entretiens est souvent nécessaire afin de recueillir les éléments cliniques du comportement addictif, les conséquences de ce comportement dans différents domaines fréquemment impliqués, des informations sur l'environnement du sujet et sur le contexte psychopathologique associé ainsi que sur la motivation du patient au changement. Cette évaluation initiale ne doit pas se limiter à la conduite addictive à l'origine de la demande de soin. Elle s'étend à l'ensemble des comportements susceptibles de donner lieu à dépendance. De plus, si les voies d'utilisation de l'objet d'addiction ne sont pas nécessaires au diagnostic, leur prise en compte est indispensable pour mettre en place une prise en charge adaptée. Il s'agira ainsi de recueillir des éléments sûrs :

- les caractéristiques des comportements compensatoires pour les troubles sans substances ;
- le type de jeu d'argent ou d'activité liée à Internet ou le type de sport ou de travail...

L'évaluation psychopathologique tant sur le plan de la personnalité que des troubles psychiatriques associés est un moment important du bilan initial. Il replace le comportement addictif dans sa fonction psychologique. La comorbidité psychiatrique est fréquente chez les sujets dépendants. Quel que soit le type d'addiction, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont souvent associés. Cette comorbidité favorise l'accès au soin. La recherche de comorbidités somatiques est également nécessaire. La situation sociale doit être soigneusement examinée : mode de logement, existence d'une couverture médicale, environnement familial, amical et professionnel. Les dommages sociaux représentent en effet parfois une véritable urgence et nécessitent une évaluation spécifique par un professionnel du champ éducatif.

Enfin, l'évaluation de la motivation du patient au changement est un moment essentiel du bilan initial. La motivation à l'arrêt du comportement n'est pas nécessairement en relation directe avec les dommages observés ou ressentis. La temporalité du sujet, aux prises avec les impératifs de l'addiction, coïncide rarement d'emblée avec celle des équipes qui le prennent en charge.

La motivation du sujet peut également être dissociée, ne s'affirmant que pour l'une ou l'autre des addictions, les priorités des thérapeutes pouvant entrer en conflit avec celles du patient. Il importe donc de savoir différer et évaluer une décision afin d'adapter les stratégies de soins. Si certains éléments préalables à l'élaboration du projet thérapeutique sont indispensables, il serait illusoire et erroné de vouloir « tout savoir » d'emblée. C'est le plus souvent au décours des premiers mois de prise en charge que le bilan exhaustif se complètera.

❖ Importance des premiers entretiens :

L'alliance thérapeutique et l'élaboration du projet de soins. Les conditions de la première rencontre sont souvent essentielles à l'instauration de la relation et de l'alliance thérapeutique. L'information sur les troubles, la notion de perte de contrôle, de *craving* sont un moment essentiel permettant de déculpabiliser le sujet vis-à-vis de ses difficultés, de replacer la démarche d'arrêt du côté du soin et non plus du côté de la volonté.

Les aspects progressifs de l'évolution des troubles, la rechute comme expression symptomatique de l'addiction et comme faisant partie de l'évolution, sont importants à partager avec le patient. Cela permet d'aborder le soin de façon réaliste et non idéalisée et de maintenir une continuité de prise en charge. Sur la base des informations apportées au patient sur le trouble addictif, les premiers entretiens permettent ainsi de définir, d'explicitier les objectifs thérapeutiques, en les remplaçant notamment sur un projet à long terme.

Il existe un partage des objectifs. La prise en charge de l'addiction vise en effet à permettre un changement de comportement en profondeur. Il s'agit de trouver un compromis acceptable entre les objectifs rationnels de soins et ce que le patient souhaite et peut accepter. Plusieurs sont parfois nécessaires pour permettre au patient de s'engager activement dans une prise en charge ciblée sur le comportement addictif. Les entretiens sont alors focalisés sur la résolution de mécanismes de défense psychologiques comme la projection et le déni. Il faut à certains patients du temps pour accepter cette démarche. Pour ceux qui ne sont pas dans une démarche de changement de comportement, la nature de l'intervention proposée doit être adaptée à leur motivation. Elle s'oriente vers une réduction des risques liés au comportement. Elle ne cherchera pas à agir sur le comportement de dépendance en tant que tel, mais plutôt à diminuer les risques et les dommages qui lui sont associés et à améliorer la qualité de vie du sujet. Pour certaines addictions (avec ou sans substance), cette approche pourra s'appuyer sur des traitements pharmacologiques. Les traitements médicamenteux dits de substitution consistent à échanger une forme de consommation contre une autre plus "sûre", sans aborder directement le comportement de dépendance. Ces traitements agissent comme des médicaments de « remplacement ».

En pratique, il est essentiel d'adapter les interventions au degré de prise de conscience et de motivation du patient, tout en ayant le souci de lui permettre de développer cette motivation pour des soins adaptés. Des échelles visuelles analogiques peuvent permettre d'objectiver avec une

certaine fiabilité ces degrés de prise de conscience et de motivation. Ils ne servent de points de repère utiles dans l'accompagnement des patients.

1.8.3. Une approche globale et une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge s'inscrit dans une dynamique médico-psycho-sociale quel que soit le lieu du premier contact. Cette approche globale découle d'une conception multifactorielle du trouble. Elle va également permettre de traiter les problèmes accumulés dans différents domaines, en lien direct avec le comportement addictif. Les interventions des psychologues comme celles des travailleurs sociaux et des autres professionnels spécialisés doivent s'intégrer au travail des équipes pluridisciplinaires. Ainsi, à l'issue du bilan initial et selon la situation clinique, le projet de soins et les différentes interventions et acteurs du soin vont être définis en collaboration avec le patient. La difficulté réside souvent dans le fait de bien articuler les différents aspects de la prise en charge afin de conférer au soin un cadre cohérent et pertinent, stable dans le temps et le plus adapté possible à l'évolution clinique. Le projet thérapeutique doit offrir une gamme diversifiée de soins ambulatoires, être caractérisé par son aspect multidisciplinaire, aménageable et plus ou moins intensif selon l'évolution clinique du patient. Un référent unique de la prise en charge globale doit être repéré. Il est le garant de l'histoire du patient, de son évaluation régulière et de son évolution clinique, permettant des réajustements thérapeutiques et de prise en charge régulière. Il permet également de garantir la cohérence du soin entre les différents acteurs de la prise en charge. Ce travail d'articulation peut se concevoir aussi bien dans le cadre d'une structure spécialisée multidisciplinaire que dans celui de réseaux en médecine de ville.

❖ Prise en charge relationnelle :

L'accompagnement et la prise en charge psychologique sont essentiels. Cette prise en charge relationnelle n'est pas l'exclusivité d'un groupe professionnel. Au contraire, elle doit être partagée par l'ensemble des professionnels qui vont intervenir. Les membres des équipes spécialisées en addictologie et notamment les psychologues travaillent auprès des patients et/ou des familles afin d'évaluer la place tenue par l'addiction dans l'histoire et le fonctionnement psychique de la personne. Ces équipes soutiennent la motivation au changement et l'implication dans la prise en charge. Chaque fois que nécessaire, des psychothérapies individuelles ou familiales plus structurées peuvent être proposées. Les thérapies cognitives et comportementales peuvent particulièrement participer au maintien de l'abstinence et à la prévention de la rechute.

Un travail cognitif sur la balance décisionnelle vise à modifier des schémas cognitifs renvoyant à de fausses attentes positives de la consommation. Il engage le patient à peser les bénéfices et les inconvénients de ses consommations ainsi que ceux de l'abstinence. L'anticipation et l'analyse des situations de rechute, le développement d'alternatives comportementales, un entraînement à l'affirmation de soi, à l'expression des émotions et des sentiments sont favorisés. Le travail sur

les situations de rechute vise à élaborer des stratégies efficaces pour y faire face ou les éviter. Entre deux consultations, la tenue d'un carnet peut être utile pour évaluer le comportement, sa fréquence, les facteurs associés au niveau des cognitions et des émotions. Outre l'évaluation clinique régulière, cette approche participe à une prise de conscience de la conduite addictive, de ses déterminants et de ses conséquences.

Un autre élément crucial dans la prise en charge est le fait d'aider le patient à réorganiser sa vie afin de valoriser l'arrêt du comportement addictif. Le thérapeute invite à s'engager dans des activités « renforçantes » ou gratifiantes non liées à la substance, à se réinsérer dans une vie professionnelle satisfaisante, à développer des relations positives avec des personnes peu impliquées dans des addictions et à améliorer ses compétences sociales.

Des entretiens familiaux plus ou moins structurés ou formalisés représentent également un temps thérapeutique complémentaire pertinent. La création d'un espace spécifiquement dédié à l'écoute et la résolution des problématiques intrafamiliales s'inscrit dans une approche familiale dite « systémique » (étude des systèmes de communication) du trouble addictif. Cette approche permet de replacer la conduite addictive du sujet dans un contexte systémique d'interactions familiales, de révéler et de réduire les interactions les plus problématiques potentiellement impliquées dans son maintien. Les entretiens aident chacun des membres de la famille à gérer de façon plus tranquille les relations avec les autres et en particulier le patient.

Les psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique sont rarement indiquées en première intention. Elles interviennent surtout après l'obtention d'une rémission stable, à distance d'une phase active du comportement addictif. Nombreux travaux ont cependant porté sur la compréhension psychodynamique du phénomène addictif. Ils en individualisent les déterminants émotionnels et inconscients.

❖ **Prise en charge sociale et éducative :**

La prise en charge de l'addiction sous-tend un changement en profondeur du style de vie du patient, qui comprend notamment, parallèlement à l'arrêt du comportement, l'élaboration et l'investissement d'un autre mode de relation à soi et aux autres marqué par une plus grande autonomie. L'intervention sociale prend ici tout son sens, intégrée dans l'approche médicale et psychologique, visant à favoriser le processus de resocialisation et de réinsertion. Le soutien éducatif est indispensable. Il consiste à accompagner le patient pour l'aider à s'organiser au quotidien, gérer son budget, réinvestir des liens sociaux afin de développer ses compétences sociales et relationnelles indispensables à une démarche d'autonomisation et de réinsertion. Il peut s'associer à un accompagnement dans différentes démarches. L'accompagnement socio-éducatif vise de façon progressive à une responsabilisation du sujet dans les choix et les décisions le concernant.

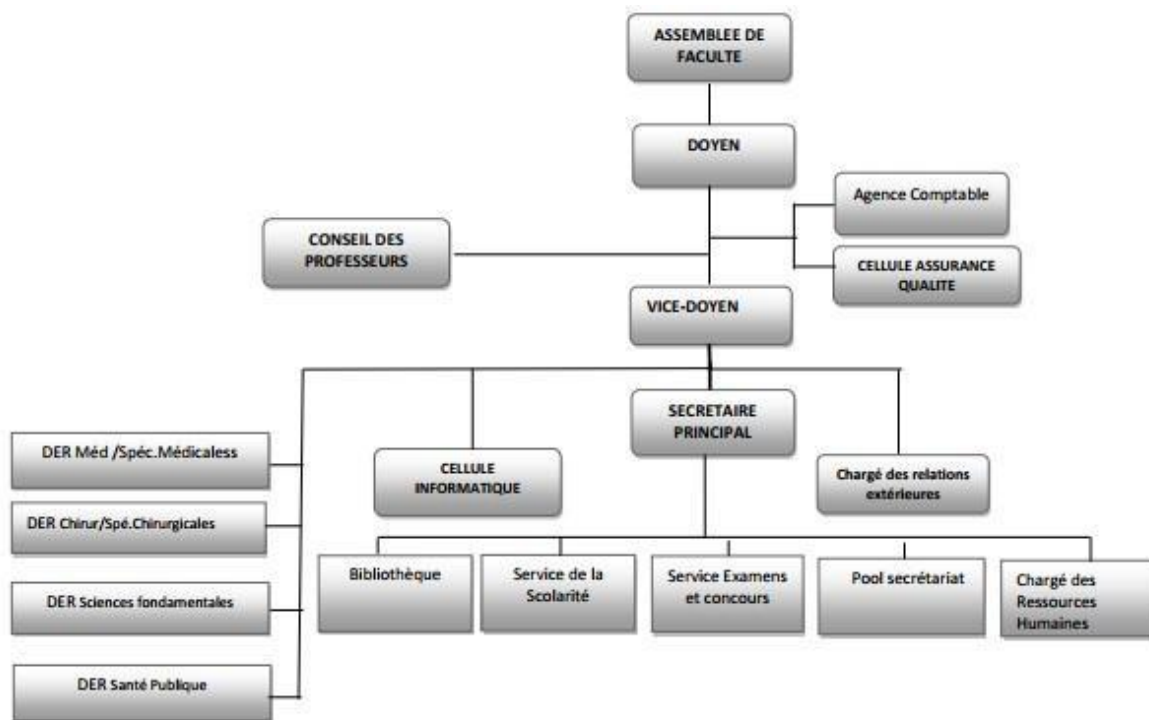
METHODOLOGIE

1. Méthodologie

2.1 Cadre d'étude

L'étude a eu lieu à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences Techniques et des Technologiques de Bamako (USTTB). Créée en 1969 pour former des assistants médicaux, en son temps appelé l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (ENMP), la structure commence à former des médecins et des pharmaciens à partir 1974. En 1996, l'ENMP devient Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS) avec la création de l'Université du Mali. La filière Odontologie ouvrit effectivement en 2007. Elle est bâtie sur la Colline du Point G, près du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU). En 2010, la faculté fut scindée en deux : la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie et la Faculté de Pharmacie, toutes deux rattachées à l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako nouvellement créée, patrimoine du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

2.1.1 Organigramme :



2.1.2 Mission :

La FMOS est chargée de former des médecins généralistes et des dentistes capables de dispenser et de gérer de façon efficiente des soins professionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs aux

individus, aux groupes et aux communautés et de contribuer au développement de la science médicale.

2.1.3 Offres de formation :

Médecine générale : la formation de base dure 7 ans, répartie en 2 cycles.

1^{er} Cycle : il comporte 2 années : 4 semestres de sciences fondamentales et initiation à la clinique et aux soins infirmiers.

2^{ème} Cycle : il comporte 5 années : 3 années de sciences clinique, 1 année de stage interne et 1 année de thèse.

Et un 3^{ème} Cycle : qui correspond à la préparation en 4 ou 5 ans des diplômes de toute spécialité avec actuellement 20 options :

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anesthésie-Réanimation ; ❖ Chirurgie Générale ; ❖ Dermatologie-Vénérologie ; ❖ Gynécologie-Obstétrique ; ❖ Médecine Interne ; ❖ Santé au travail ; ❖ Traumatologie orthopédique ; ❖ Urologie-Andrologie ; ❖ Ophtalmologie ; ❖ Biologie chimique (immunologie, bactériologie, hématologie, parasitologie) ; ❖ Neurologie 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale ; ❖ Pédiatrie et Génétique Médicale ; ❖ Pédopsychiatrie ; ❖ Psychiatrie d'Adulte ; ❖ Chirurgie Pédiatrique ; ❖ Santé Publique ; ❖ Radiologie et Imagerie Médicale ; ❖ Biologie Humaine (histologie, embryologie, et cytogénétique. Biophysique) ; ❖ Cardiologie.
---	--

Des masters post universitaires, tels que :

- Master en Santé Publique ;
- Master en Santé communautaire ;
- Master en Anatomie et organogénèse ;
- Master en protection de l'enfance ;
- Master en Contrôle Qualité ;
- Master en Kinésithérapie ;
- Master en Immunologie.

La formation initiale (1^{er} et 2^{ème} cycle) conduit au diplôme d'Etat de docteur en médecine, après soutenance de thèse. Les études spécialisées sont sanctionnées par le Diplôme d'Étude spécialisée (DES) dans l'option choisie à l'inscription.

Odontostomatologie

La formation initiale (1^{er} et 2^{ème} cycle) conduit au diplôme d'Etat de docteur en Odontostomatologie, après soutenance de thèse.

2.2 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique.

2.3 Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 27 Juillet au 31 Août 2018.

2.4 Population d'étude

La population d'étude était constituée par des étudiants inscrits de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie au titre de l'année académique 2016-2017.

- ❖ Critère d'inclusion :
 - Être étudiant inscrit dans une classe de la FMOS.
- ❖ Critère de non inclusion :
 - Ne pas être sélectionné par le pas de sondage de l'échantillonnage ;
 - Ne pas donner son consentement pour participer à l'étude ;
- ❖ Critère d'exclusion :
 - Être étudiant inscrit à la FAPH ;
 - Être étudiant inscrit à la FMOS en diplôme d'étude spécialisée ou en Master ;
 - Être étudiant à la FMOS inscrit en 7^{ème} année de Médecine ;
 - Être étudiant à la FMOS inscrit à la 6^{ème} année d'Odonto-Stomatologie.

2.5 Echantillonnage

2.5.1 Technique d'échantillonnage

Nous avons effectué l'échantillonnage sur la liste administrative des étudiants inscrit à la FMOS selon un pas de sondage sur chaque huitième personne dans une classe.

2.5.2 Taille de l'échantillon

$$N = Z^2 PQ / I^2$$

N : taille de l'échantillon ;

P : prévalence du phénomène étudié (5%) ;

Z : écart réduit ;

I : précision voulu (5%) ;

Q : 1-P

N : $666,520673=667$

2.5.3 Variables

Variable dépendante :

- ❖ Addiction aux jeux d'argent ;
- ❖ Addiction à l'internet ;
- ❖ Addiction à l'exercice physique ;
- ❖ Addiction au travail ;
- ❖ Addiction au sexe ;
- ❖ Addiction aux jeux vidéos

Variable indépendante :

Facteurs sociodémographiques (Entité ; Année d'étude ; Age ; Sexe ; Nationalité ; Ethnie ; Religion ; Situation matrimoniale ; Lieu de résidence ; Lieu du collège fréquenté / Lieu de scolarisation ; Types de familles.) ;

Facteurs socioéconomiques (Type d'inscription ; Revenu mensuel ; Sources de revenus ; Contraintes socio-professionnelles)

Facteurs environnementaux (Travail en groupe ; Activités para universitaires/ loisirs)

Facteurs psycho-socio-académique (Intégration facultaire ; Estime de soi ; Impact de la formation ; Affects psycho-socio-somatiques ; Soutien moral/psychologique)

2.6 Collecte des données

2.6.1 Déroulement et technique de Collecte de données

Avant l'enquête, le questionnaire a été testé auprès de trente (30) étudiants pris au hasard dans chaque entité et consentant. Ce pré-test nous a permis d'affiner certaines questions et d'en retirer d'autres jugées trop complexes.

La collecte des données s'est faite sur rendez-vous avec la population d'étude.

Un auto-questionnaire anonyme a été remis aux étudiants. Il a été rempli et retiré sur place.

2.6.2 Outils de collecte

Les données ont été enregistrées sur une fiche d'enquête permettant de recueillir les informations sociodémographiques, socioéconomique, environnementaux, psycho-socio-académique de l'étudiant, ainsi qu'à l'exploration des conduites addictives comportementales.

Dans l'exploration des conduites addictives comportementales, nous avons eu recours au :

-South Oaks Gambling Screen (SOGS) en version française, basé sur les critères du DSM-III-R, constitue une échelle de référence dans l'exploration de la conduite addictive liée aux jeux d'argent et de hasard.

Elle peut être administrée à toutes les couches de la population [38, 39].

- Internet Stress Scale (ISS) du Dr Mort Orman, en version française publiée dans la revue Toxibase [2], est le test le plus utilisé pour déterminer chez un individu si son comportement est obsessionnel et relève de la cyberdépendance.

- L'Exercice Addiction Inventory (EAI) a permis d'explorer l'addiction à l'exercice physique. Cette échelle a été choisie grâce à ses propriétés psychométriques et sa sensibilité [40 ;41].

- Work Addiction Risk Test (WART) est l'échelle de référence pour apprécier la conduite addictive au travail [42 ,43].

- L'Échelle du comportement sexuel compulsif du Professeur Eli Coleman de l'Université du Minnesota constitue la grille d'évaluation la plus utilisée pour dépister les conduites addictives liées au sexe [44].

- Game Addiction scale ou échelle de Lemmens nous a permis d'évaluer la conduite addictive liée aux jeux vidéo. C'est une échelle validée et prise comme référence du fait de sa fiabilité et sa sensibilité [45 ,46].

2.6.3 Equipe de collecte

L'équipe de collecte est constituée des étudiants de la médecine générale et d'odontostomatologie qui se sont portés volontaires pour superviser la distribution et le ramassage des questionnaires aux étudiants répondant aux critères d'inclusion. Ils ont été préalablement formés en 24 heures afin de pouvoir répondre aux diverses questions que poseront les étudiants surtout relatifs aux échelles. Nous avons personnellement supervisé l'enquête avec l'équipe.

2.7 Traitement et analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires appropriés et entrées dans Excel. L'apurement de la base a été faite avec SPSS 21. La description des variables a été faite à l'aide de tableaux statistiques. La comparaison des proportions a été faite à l'aide du test de X^2 lorsque les conditions s'y sont prêtées. En effet, lorsque les effectifs théoriques dans les cases (Cellules) sont tous supérieurs à 5, on utilise le test de X^2 de Pearson, lorsque les effectifs sont compris

entre 5 et 2,5, on utilise le test de X^2 corrigé de Yates et enfin quand les effectifs sont inférieurs à 2,5, on utilise le test de Fischer exact.

Nous avons réalisé les tableaux à l'aide de Microsoft Word 2013 et les graphiques à l'aide Microsoft d'Excel 2013.

2.8 Considérations éthiques

Une autorisation du Doyen de la FMOS (orale) a précédé l'administration des questionnaires aux étudiants. Seuls les étudiants, ayant donné leur consentement éclairé, ont été inclus dans l'étude. La notice de l'étude leur a été exposée oralement. L'étude ne leur a apporté aucun préjudice. Les informations ont été recueillies de façon anonyme. Aucun indice sur les questionnaires ne permet de les relier nommément aux participants.

RESULTATS

3. Résultats

La taille de l'échantillon (n) est 667. Toutes les 667 fiches ont été distribuées, mais 50 étudiants ont refusé d'adhérer à l'étude, 269 fiches n'ont pas pu être récupérées. Nous avons pu récupérer 348 fiches.

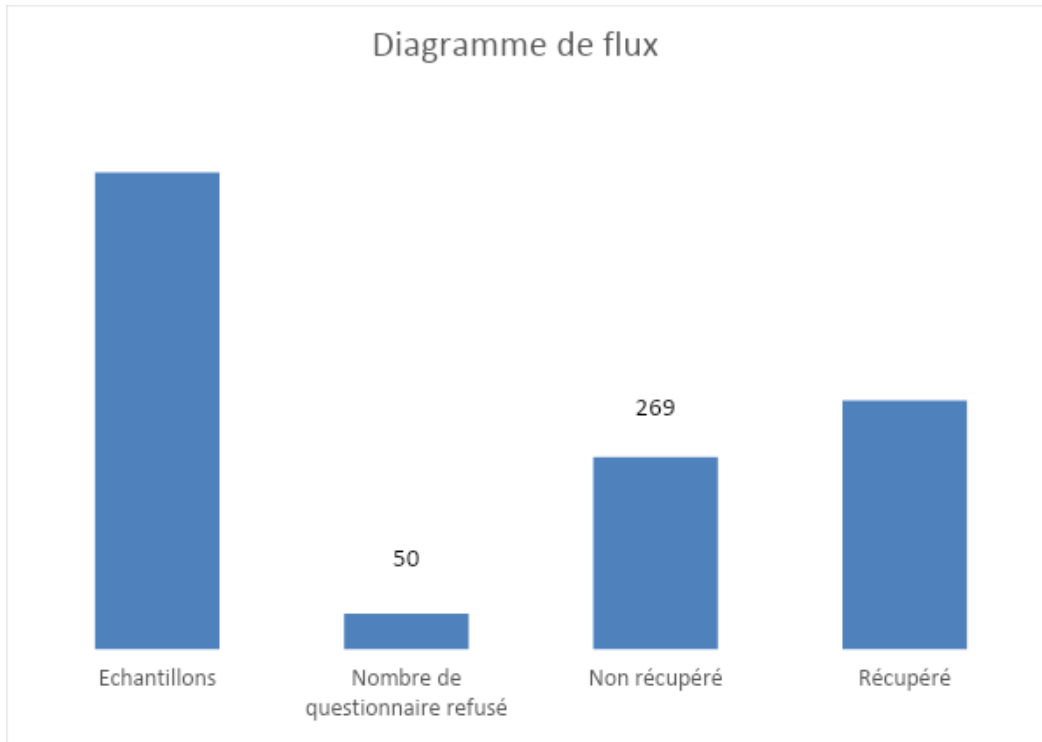


Figure 2 : Diagramme de flux

3.1. Entité et mode d'inscription des étudiants

Tableau I : Répartition des étudiants suivant la classe de la faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Fmos	Fréquence	Pourcentage (%)
Médecine	334	96,0
1ère Année	69	19,8
2ème Année	44	12,6
3ème Année	53	15,2
4ème Année	45	12,9
5ème Année	51	14,6
6ème Année	72	20,6
Odontostomatologie	14	4,0
1ème Année	4	01,1
2ème Année	3	0,8
3ème Année	3	0,8
4ème Année	2	0,5
5ème Année	2	0,5
Total	348	100

La médecine était l'entité dans laquelle nous avons recruté le plus d'étudiants soit 96,0%.

Tableau II : Répartition des étudiants selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage (%)
Masculin	235	67,5
Féminin	113	32,5
Total	348	100

Nous avons retrouvé une prédominance du sexe masculin avec 67,5 %.

Tableau III : Répartition des étudiants selon les tranches d'âge.

Âge	Fréquence	Pourcentage (%)
-20 ans	43	12,35
20 à 22 ans	145	41,67
+23 ans	160	45,98
Total	348	100

La tranche d'âge plus de 23 ans était la plus représentée avec 45 ,98 % des étudiants.

Tableau IV : Répartition des étudiants selon la Nationalité.

Nationalité	Fréquence	Pourcentage (%)
Maliennne	313	89,9
Togolaise	3	0,9
Béninoise	4	1,1
Tchadienne	6	1,7
Nigérienne	1	0,3
Congolaise	1	0,3
Ivoirienne	8	2,3
Camerounaise	12	3,4
Total	348	100

La nationalité maliennne était la plus représentée avec 89,9 % des étudiants.

Tableau V : Répartition des étudiants selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Bambara	88	25,3
Malinké	36	10,3
Soninké	35	10,1
Sonrhäï	27	7,8
Senoufo	20	5,7
Dogon	27	7,8
Peulh	41	11,8
Mianka	15	4,3
Bozo	6	1,7
Maure	1	0,3
Tamasheq	2	0,6
Autre*	50	14,4
Total	348	100

L'ethnie bambara était la plus représentée avec 25,3 % des étudiants.

*Etrangère

Tableau VI : Répartition des étudiants selon la situation matrimoniale.

Situation matrimoniale	Fréquence	Pourcentage (%)
Célibataire	281	80,7
Couple/Marié(e)	35	10,1
Relation libre	32	9,1
Total	348	100

Les célibataires étaient les plus représentés avec 80,7 % des étudiants.

Tableau VII : Répartition des étudiants suivant le mode d'inscription

Mode d'inscription	Fréquence	Pourcentage (%)
Boursier	303	87,1
Titre payant	35	10,1
Dérogation	10	2,9
Total	348	100,0

Les étudiants boursiers étaient les plus nombreux dans la population d'étude soit 87,1%

Tableau VIII : Répartition des étudiants suivant la religion.

Religion	Fréquence	Pourcentage (%)
Musulman(e)	298	85,6
Chrétienne	48	13,8
Sans religion	1	0,3
Autre*	1	0,3
Total	348	100

La religion musulmane était la plus représentée avec 85,6 % des étudiants.

*animiste

Tableau IX : Répartition des étudiants suivant le lieu de vie.

Lieu de vie	Fréquence	Pourcentage (%)
Chez le Père	4	1,1
Chez la Mère	8	2,3
Chez les deux parents	77	22,1
Avec un tuteur	92	26,4
Résidence universitaire	30	8,6
En location seul(e)	66	19
En colocation	67	19,3
Autres*	4	1,1
Total	348	100

Les étudiants qui vivent avec un tuteur étaient les plus représentés avec 26,4 % des étudiants.

*avec son mari ; avec son compagnon.

Tableau X : Répartition des étudiants suivant le type de famille.

Type de Famille	Fréquence	Pourcentage (%)
Famille nucléaire	168	48,3
Famille mono parentale	22	6,3
Famille reconstituée	37	10,6
Famille élargie	55	15,8
Polygame	66	19
Total	348	100

Les étudiants qui vivaient dans une famille nucléaire représentaient 48,3 % des enquêtés.

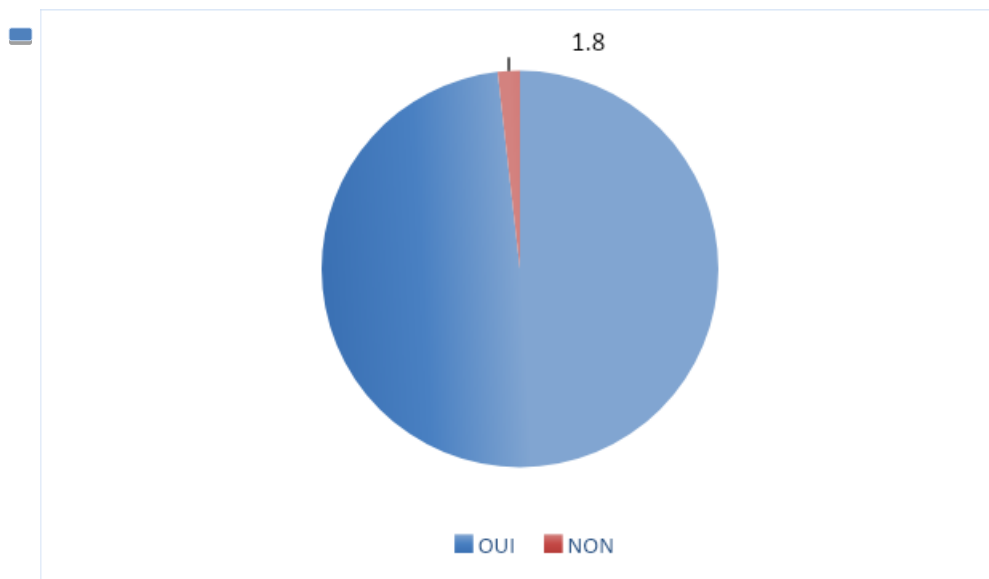
3.2. Prévalence des addictions comportementales

Tableau XI : Prévalence des conduites addictives comportementales chez les étudiants de la FMOS.

Addiction comportementale	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	303	87,06
Non	45	12,94
Total	348	100

La prévalence absolue des addictions comportementales s'élevait à 87,6%.

3.3. Répartition des étudiants selon l'utilisation d'internet



Internet était utilisé par 98,2% des étudiants de la FMOS.

Pénétration d'internet : le nombre d'utilisateurs de l'Internet

Figure 3 : illustre le taux de pénétration d'internet au sein de la population estudiantine.

3.4. Répartition des étudiants selon le canal d'accès à l'internet

Tableau XII : Répartition des étudiants selon le canal d'accès à l'internet

Canal de connexion	Fréquence	Pourcentage (%)
Smartphone	309	88,8
Ordinateur portable	16	4,6
Tablette	15	4,3
Ordinateur de bureau	3	0,9
Total	343	100

Le smartphone était le canal de connexion à internet le plus utilisé par les étudiants avec 88,8 %.

3.5. Répartition des étudiants selon le mode de connexion à l'internet

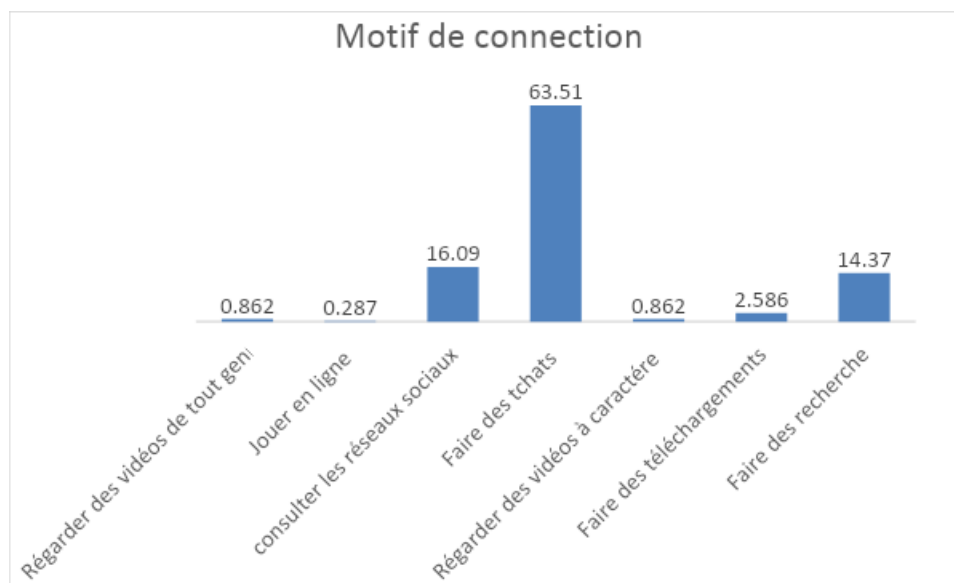


Figure 4 : les motifs de connexions à l'internet par les étudiants

Les étudiants se connectaient pour tchatter dans 63,51 % des étudiants.

3.6. Répartition des étudiants selon le fait de jouer aux jeux vidéo

Tableau XIII : Répartition des étudiants selon le fait de jouer aux jeux vidéos

Jeux vidéo	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	142	40,2
Non	206	59,2
Total	348	100

Les jeux vidéo concernaient 40,2 % des étudiants.

3.7. Répartition des étudiants selon les motivations aux jeux vidéos

Tableau XIV : Répartition des étudiants selon les motivations aux jeux vidéo

Motif	Fréquence	Pourcentage (%)
Me détendre	67	19,3
Evacuer le stress	12	3,4
Oublier les soucis	31	8,9
Plaisir	29	8,3
Autre (se concentrer, sans raison)	3	0,9
Total	142	100

Les étudiants qui jouaient aux jeux vidéo pour se détendre représentaient 19,3% des enquêtés.

3.8. Données relatives à la conduite addictive aux Jeux de hasard

3.8.1. Répartition des étudiants selon le score du SOAGS

Tableau XV : Répartition des étudiants selon le score du SOAGS (apprécie l'intensité des conduites addictives aux jeux de hasard).

Score du SOAGS	Fréquence	Pourcentage
Pas de problème	250	71,8
Quelque problèmes	72	20,7
Joueur pathologique	26	7,5
Total	348	100

Les joueurs pathologiques concernaient 7,5% des étudiants.

3.8.2. Facteurs associés à la conduite addictive au jeu de hasard

Tableau XVI : Influence de l'âge sur le score SOAGS.

Âge	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
- 20	29(8,3)	7(2,0)	7(2,0)	43(12,3)
20 -22	97(27,9)	39(11,2)	9(2,6)	145(41,7)
+ 23	124(35,6)	26(7,5)	10(2,9)	160(46,0)
Total (%)	250(71,8)	72(20,7)	26(7,5)	348(100)

Il y avait un lien statistique significatif entre l'âge et l'addiction aux jeux de hasard (P=0,026).

Tableau XVII : Influence du sexe sur le score SOAGS.

Sexe	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Homme	159(45,7)	55(15,8)	21(6,0)	235(67,5)
Femme	91(26,1)	17(4,9)	5(1,4)	113(32,5)
Total (%)	250(71,8)	72(20,7)	26(7,5)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre le sexe et l'addiction aux jeux de hasard (P=0,040)

Tableau XVIII : Influence de la situation matrimoniale sur le score SOAGS.

Statut matrimoniale	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Marié/couple	31(8,9)	2(0,6)	2(0,6)	35(10,1)
Célibataire	200(57,5)	59(17,0)	22(6,3)	281(80,8)
Relation libre	15(4,3)	11(3,2)	2(0,6)	28(8,0)
Autre (compagne)	4(1,1)	0(0)	0(0)	4(1,1)
Total (%)	250(71,8)	72(20,7)	26(7,5)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre le statut matrimonial et l'addiction aux jeux de hasard (P=0,044)

Tableau XIX : Influence de la source de revenu sur le score SOAGS.

Source de revenu	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Parents	31(8,9)	64(18,4)	20(5,7)	115(33,0)
Bourse	216(62,1)	8(2,3)	6(1,7)	230(66,1)
Autre (tiers)	3(0,9)	0(0)	0(0)	3(0,9)
Total (%)	250(71,8)	72(20,7)	26(7,5)	348(100)

Il n'y avait pas un lien statistique entre la source de revenu et l'addiction aux jeux de hasard (P=0,43).

Tableau XX : Influence de la religion sur le score SOAGS.

Religion	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Musulmane	218(62,6)	57(16,4)	23(6,6)	298(85,6)
Chrétienne	31(8,9)	14(4,0)	3(0,9)	48(13,8)
Sans religion	0(0)	1(0,3)	0(0)	1(0,3)
Autre(Animiste)	1(0,3)	0(0)	0(0)	1(0,3)
Total (%)	250(71,8)	72(20,7)	26(7,5)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre la religion et l'addiction aux jeux de hasard (P=0,34).

3.9. Données liées à la conduite addictive l'internet

3.9.1. Répartition des étudiants selon le score D'Orman

Tableau XXI : Répartition des étudiants selon le score d'Orman (apprécie l'intensité des conduites addictives à l'internet).

Score d'Orman	Fréquence	Pourcentage (%)
Risque de dépendance faible	208	59,8
Risque de dépendance moyen	111	31,9
Risque de dépendance élevé	24	6,9
N'utilisent pas l'internet	5	1,4
Total	348	100

Dans la population d'étude, 06,9% des étudiants avaient un risque de dépendance élevé à l'internet.

3.9.2. Facteurs associés à la conduite addictive a internet

Tableau XXII : Influence de l'âge sur le score d'Orman.

Âge	Risque de dépendance faible	Risque de dépendance moyen	Risque de dépendance élevé	Total (%)
- 20	22(6,4)	14(4,1)	6(1,7)	42(12,2)
20 à 22	89(25,9)	48(14,0)	7(2,0)	144(4,0)
+ 23 ans	97(28,3)	49(14,3)	11(3,2)	157(45,8)
Total (%)	208(60,6)	111(32,4)	24(7,0)	343(100)

Il n'existait pas de lien statistique entre l'âge et l'addiction à l'internet (P=0,331).

Tableau XXIII : Influence du sexe sur le score d'Orman.

Sexe	Risque de dépendance faible	Risque de dépendance moyen	Risque de dépendance élevé	Total (%)
Homme	136(39,7)	82(23,9)	15(4,4)	233(67,9)
Femme	72(21,0)	29(8,5)	9(2,6)	110(32,1)
Total (%)	208(60,6)	111(32,4)	24(7,0)	343(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre le sexe et l'addiction à l'internet (P=0,25).

Tableau XXIV : Influence de la situation matrimoniale sur le score d'Orman.

Situation matrimoniale	Risque de dépendance faible	Risque de dépendance moyen	Risque de dépendance élevé	Total (%)
Marié/couple	22(6,4)	9(2,6)	3(3,6)	34(9,9)
Célibataire	170(49,6)	89(25,9)	19(5,5)	278(81,0)
Relation libre	14(4,1)	12(3,5)	2(0,6)	28(8,2)
Autre (Compagne)	2(0,6)	1(0,3)	0(0,0)	3(0,9)
Total (%)	208(60,6)	111(32,4)	24(7,0)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre la situation matrimoniale et l'addiction à l'internet (P=0,88)

Tableau XXV : Influence de la religion sur le score d'ORMAN.

Religion	Risque de dépendance faible	Risque de dépendance moyen	Risque de dépendance élevé	Total (%)
Musulmane	181(52,8)	93(27,1)	20(5,8)	294(85,7)
Chrétienne	26(7,6)	17(5,0)	4(1,2)	47(13,7)
Sans religion	0(0,0)	1(0,3)	0(0,0)	1(0,3)
Autre (Animiste)	1(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,3)
Total (%)	208(60,6)	111(32,4)	24(7,0)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre la religion et l'addiction à l'internet (P=0,75).

3.10. Données liées à la conduite addictive liée à l'exercice physique

3.10.1. Répartition des étudiants selon le score de l'EAI

Tableau XXVI : Répartition des étudiants selon le score de l'EAI (apprécie l'intensité des conduites addictives à l'exercice physique).

EAI	Fréquence	Pourcentage (%)
Risque faible	114	32,8
Risque modéré	218	62,6
Risque fort	16	4,6
Total	348	100

Nous avons retrouvé un risque fort d'addiction à l'exercice physique chez les étudiants dans 4,6% des étudiants.

3.10.2. Facteurs associés à la conduite addictive liée à l'exercice physique

Tableau XXVII : Influence de l'âge sur le score de l'EAI.

Âge	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
-20	14(4,0)	29(8,3)	0(0,0)	43(12,4)
20-22	54(15,5)	85(24,4)	6(1,7)	145(41,7)
+23	46(13,2)	104(29,9)	10(2,9)	160(46,0)
Total (%)	114(32,8)	218(62,6)	16(4,6)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre l'âge et l'addiction à l'exercice physique (P=0,25).

Tableau XXVIII : Influence du sexe sur le score de l'EAI.

Sexe	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Homme	57(16,4)	164(47,1)	14(4,0)	235(67,5)
Femme	57(16,4)	54(15,5)	2(0,6)	113(32,5)
Total (%)	114(32,8)	218(62,6)	16(4,6)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre le sexe et l'addiction à l'exercice physique (P=0,00).

Tableau XXIX : Influence de la situation matrimoniale sur le score de l'EAI.

Situation matrimoniale	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Marié/couple	16(4,6)	17(4,9)	2(0,6)	35(10,1)
Célibataire	87(25,0)	181(52,0)	13(3,7)	281(80,7)
Relation libre	7(2,0)	20(5,7)	1(0,3)	28(8,0)
Autre (compagne)	4(1,1)	0(0,0)	0(0,0)	4(1,1)
Total (%)	114(32,8)	218(62,6)	16(4,6)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre la situation matrimoniale et l'addiction à l'exercice physique (P=0,05).

Tableau XXX : Influence de la religion sur le score de l'EAI.

Religion	Pas de problème	Quelque problème	Joueur pathologique	Total (%)
Musulmane	92(26,4)	192(55,2)	14(4,0)	298(85,6)
Chrétienne	21(6,0)	25(7,2)	2(0,6)	48(13,8)
Sans religion	0(0,0)	1(0,3)	0(0,0)	1(0,3)
Autre (Animiste)	1(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,3)
Total (%)	114(32,8)	218(62,6)	16(4,6)	348(100)

Il n'y avait pas un lien statistique entre la religion et l'addiction à l'exercice physique (P=0,45).

3.11. Données liées à la conduite addictive au travail

3.11.1. Répartition des étudiants selon le score WART

Tableau XXXI : Répartition des étudiants selon le score WART (il permet d'évaluer votre investissement dans votre travail).

SCORE WART	Fréquence	Pourcentage (%)
Pas d'addiction au travail	74	21,3
Personne en danger d'addiction	166	47,7
Addiction au travail	108	31
Total	348	100

Les étudiants avaient un risque élevé de développer une addiction au travail dans 31% des cas.

3.11.2. Facteurs associés à l'addiction au travail

Tableau XXXII : Influence de l'âge sur le score WART.

Âge	Pas de problème de travail	Personne en danger d'addiction	Addiction au travail	Total (%)
-20	13(3,7)	21(6,0)	9(2,6)	43(12,4)
20-22	28(8,0)	72(20,7)	45(12,9)	145(41,7)
+23	33(9,5)	73(21,0)	54(15,5)	160(46,0)
Total (%)	74(21,3)	166(47,7)	108(31,0)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre l'âge et l'addiction au travail (P=0,40).

Tableau XXXIII : Influence du sexe sur le score WART.

Sexe	Pas de problème de travail	Personne en danger d'addiction	Addiction au travail	Total (%)
Homme	38(10,9)	116(33,3)	81(23, 3)	235(67,5)
Femme	36(10,3)	50(14,4)	27(7,8)	113(32,5)
Total (%)	74(21,3)	166(47,7)	108(31,0)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre le sexe et l'addiction au travail (P=0,02).

Tableau XXXIV : Influence de la situation matrimoniale sur le score WART.

Situation matrimoniale	Pas de problème de travail	Personne en danger d'addiction	Addiction au travail	Total (%)
Marié/couple	7(2,0)	19(5,5)	9(2,6)	35(10,1)
Célibataire	59(17,0)	136(39,1)	86(24,7)	281(80,7)
Relation libre	5(1,4)	11(3,2)	12(3,4)	28(8,0)
Autre (compagne)	3(0,9)	0(0,0)	1(0,3)	4(1,1)
Total (%)	74(21,3)	166(47,7)	108(31,0)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre la situation matrimoniale et l'addiction au travail (P=0,13).

Tableau XXXV : Influence de la religion sur le score WART.

Religion	Pas de problème de travail	Personne en danger d'addiction	Addiction au travail	Total (%)
Musulmane	63(18,1)	144(41,4)	91(26,1)	298(85,6)
Chrétienne	11(3,2)	22(6,4)	15(4,3)	48(13,8)
Sans religion	0(0,0)	0(0,0)	1(0,3)	1(0,3)
Autre (Animiste)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,3)	1(0,3)
Total (%)	74(21,3)	166(47,7)	108(31,0)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre la religion et l'addiction au travail (P=0,60).

3.12. Données liées à la conduite addictive au sexe

3.12.1. Répartition des étudiants selon le score Coleman

Tableau XXXVI : Répartition des étudiants selon le score Coleman (apprécie l'intensité des conduites addictives aux sexes).

SCORE Coleman	Fréquence	Pourcentage (%)
Pas de problème de sexe	229	65,8
Problème	119	34,2
Total	348	100

Les étudiants avaient un problème d'addiction au sexe dans 34,2 % des étudiants.

3.12.2. Facteurs associés à la conduite addictive au sexe

Tableau XXXVII : Influence de l'âge sur le score Coleman.

Âge	Pas de problème de lié au sexe	Problème lié au sexe	Total (%)
-20	31(8,9)	12(3,4)	43(12,3)
20-22	103(29,6)	42(12,1)	145(41,7)
+23	95(27,3)	65(18,7)	160(46,0)
Total (%)	229(65,8)	119(34,2)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre l'âge et l'addiction au sexe (P=0,07).

Tableau XXXVIII : Influence du sexe sur le score Coleman.

Sexe	Pas de problème de lié au sexe	Problème lié au sexe	Total (%)
Homme	139(39,9)	96(27,6)	235(67,5)
Femme	90(25,9)	23(6,5)	113(32,5)
Total (%)	229(65,8)	119(34,2)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre le sexe et l'addiction au sexe (P=0,00).

Tableau XXXIX : Influence de la situation matrimoniale sur le score Coleman.

Situation matrimoniale	Pas de problème de lié au sexe	Problème lié au sexe	Total (%)
Marié/couple	27(7,8)	8(2, 3)	35(10,1)
Célibataire	184(52,9)	97(27,9)	281(80,7)
Relation libre	14(4,0)	14(4,0)	28(8,0)
Autre (compagne)	4(1,1)	0(0,0)	4(1,1)
Total (%)	229(65,8)	119(34,2)	348(100)

Il n'y avait pas de lien statistique entre la situation matrimoniale et l'addiction au sexe (P=0,07).

Tableau XL : Influence de la religion sur le score Coleman.

Religion	Pas de problème de lié au sexe	Problème lié au sexe	Total (%)
Musulmane	205(58,9)	93(26,7)	298(85,6)
Chrétienne	24(6,9)	24(6,9)	48(13,8)
Sans religion	0(0,0)	1(0,3)	1(0,3)
Autre (Animiste)	0(0,0)	1(0,3)	1(0,3)
Total (%)	229(65,8)	119(34,2)	348(100)

Il y avait un lien statistique entre la religion et l'addiction au sexe (P=0,02).

3.13. Données relatives à la conduite addictive aux jeux vidéo

3.13.1. Répartition des étudiants selon le score Lemmens

Tableau XLI : Répartition des étudiants selon le score Lemmens (apprécie l'intensité des conduites addictives aux jeux vidéo).

Score de Lemmens	Fréquence	Pourcentage (%)
Pas d'addiction aux jeux vidéo	298	85,6
Addiction aux jeux vidéo	50	14,4
Total	348	100

Les étudiants avaient une addiction aux jeux vidéo dans 14,4% des étudiants.

3.13.2. Facteurs associés à la conduite addictive aux jeux vidéo

Tableau XLII : Influence de l'âge sur le score Lemmens.

Âge	Pas d'addiction aux jeux vidéo	Addiction aux jeux vidéo	Total (%)
-20	29(8,3)	14(4,0)	43(12,4)
20-22	123(35,3)	22(6,3)	145(41,7)
+23	146(42,0)	14(4,0)	160(46,0)
Total (%)	298(85,6)	50(14,4)	348(100)

Il existait un lien statistique entre l'âge et l'addiction au jeu vidéo (P=0,00).

Tableau XLIII : Influence du sexe sur le score Lemmens.

Sexe	Pas d'addiction aux jeux vidéo	Addiction aux jeux vidéo	Total (%)
Homme	196(56,3)	39(11,2)	235(67,5)
Femme	102(29,3)	11(3,2)	113(32,5)
Total (%)	298(85,6)	50(14,4)	348(100)

Il n'existe pas un lien statistique entre le sexe et l'addiction au jeu vidéo (P=0,09).

Tableau XLIV : Influence de la situation matrimoniale sur le score Lemmens.

Situation matrimoniale	Pas d'addiction aux jeux vidéo	Addiction aux jeux vidéo	Total (%)
Marié/couple	35(10,1)	0(0,0)	35(10,1)
Célibataire	236(67,8)	45(12,9)	281(80,7)
Relation libre	24(6,9)	4(1,1)	28(8,0)
Autre (compagne)	3(0,9)	1(0,3)	4(1,1)
Total (%)	298(85,6)	50(14,4)	348(100)

Il n'existait pas un lien statistique entre la situation matrimoniale et l'addiction aux jeux vidéo (P=0,08).

Tableau XLV : Influence de la religion sur le score Lemmens.

Religion	Pas d'addiction aux jeux vidéo	Addiction aux jeux vidéo	Total (%)
Musulmane	253(72,7)	45(12,9)	298(85,6)
Chrétienne	43(12,4)	5(1,4)	48(13,8)
Sans religion	1(0,3)	0(0,0)	1(0,3)
Autre (Animiste)	1(0,3)	0(0,0)	1(0,3)
Total (%)	298(85,6)	50(14,4)	348(100)

Il n'existait pas un lien statistique entre la religion et l'addiction au jeu vidéo (P=0,80).

DISCUSSION

4. Discussion

4.1. Difficultés rencontrées

Nos difficultés ont surtout été en rapport avec la collecte des données. En effet, bien qu'informés d'avance et vu que les rendez-vous ont été pris de commun accord avec les responsables suivant leur disponibilité ; nous avons dû faire face à des situations où nous avons sensibilisé les étudiants afin qu'ils participent à l'étude. La grande difficulté s'est avérée être le mauvais remplissage des fiches bien que nous ayons expliqué le questionnaire et étions présents dans la salle pour répondre aux éventuelles préoccupations. Des questionnaires ont été éliminés pour données inexploitables. ?

4.3. Comparaisons des résultats avec ceux d'autres études

4.3.1. Addiction au jeu de hasard

Dans notre étude 7,5% des étudiants sont des joueurs pathologiques et 20,7% ont un problème de jeu de hasard. Belgas au Bénin, Moaouad [47] et Etél [67] au Liban ont retrouvé respectivement 0,8%, 4,29% et 5,87% de joueurs pathologiques en population estudiantine. En France, Rutzynska et al soulignent que 2,49% d'étudiants sont des joueurs pathologiques [68]. Aux Etats Unis, 2 à 9% des étudiants sont des joueurs pathologiques [69].

L'appât du gain facile et la non maîtrise de soi sont des arguments qui peuvent pousser un jeune à devenir addict aux jeux de hasard. Néanmoins, la présence du phénomène dans notre population d'étude à l'état actuel du développement des jeux de hasard au Mali est déjà préoccupante.

Le **sexe** masculin est en relation avec les critères de joueurs pathologiques ($P=0,04$) ce lien est aussi retrouvé dans la littérature dans les études de Belgas, Moaouad, Jaisoorya et Rutzynska pour ne citer que ceux-là [83,47,66,68]. Ainsi que l'âge et la situation matrimoniale (respectivement $P=0,03$; $P=0,04$) ont un lien avec l'addiction aux jeux de hasard. Les hommes mariés ont beaucoup de charges financiers et l'argent est cherché par tous les moyens pour subvenir aux besoins de la famille.

4.3.2. Usage d'internet

Dans notre étude, nous avons retrouvé que 98,2% des étudiants utilisent Internet et 1,8% qui n'utilisent pas l'internet. Ce taux est proche des résultats des équipes de Ellouze F. [48] et M. Ricquebourg [49] respectivement de 100% et 98% en population estudiantine.

Cette observation s'explique par l'importance et le degré de pénétration constamment croissant des nouvelles technologies dans la vie quotidienne des jeunes adultes [50].

Le canal d'accès à internet le plus utilisé par les étudiants de la FMOS de Bamako est le smartphone comme l'ont souligné M. Ricquebourg et Alosaimi FD [51]. Selon Sédjro Belgas Adoho [83] au Bénin le smartphone est plus utilisé que l'ordinateur.

La grande utilisation de smartphone dans notre population d'étude s'explique par le coût abordable des terminaux Android et leur facilité d'utilisation via l'installation d'application. Pour preuve, la revue We Are Social, souligne qu'en Afrique 79% de la population utilise le smartphone pour avoir accès à internet [53].

Les étudiants surfent sur internet pour tchatcher avant même de faire les recherches académiques. La consultation de sites pornographiques est la première motivation de connexion à internet d'après Belgas [83].

L'observation faite dans notre étude s'explique par le grand portail que représente Internet. D'après une étude diligentée par l'Unesco, sur les 1000 sites les plus visités par les adolescents, 10 % sont des sites de pornographie destinés uniquement aux adultes [56].

Les étudiants qui avaient un risque de dépendance faible à internet représentaient 59,8% à la FMOS alors que 06,9% avaient un risque de dépendance élevé. Ce risque varie d'un pays à un autre dans la littérature. Au Bénin 28,2% des étudiants à la FSS ont un risque de dépendance faible à internet alors que 05,4% ont un risque de dépendance élevé [83]. En France, à l'université de la Réunion, 6% des étudiants ont un usage problématique d'internet [49]. D'autres études réalisées en population estudiantine en France ont noté un risque de 27,5% dans l'étude de Tavolacci et al [58] et 29,3% à Rouen [59]. La précédente étude a également noté un risque d'addiction à internet de 23% à Batna en Algérie et 23% à Miskolc en Hongrie. Macur M et al ont trouvé que 3,1% des adultes en Slovénie ont un risque élevé de dépendance à internet [60]. Tous ces chiffres montrent qu'un regard doit être porté sur l'addiction à internet.

Dans le contexte social actuel, Internet est une avancée technologique formidable et tous les secteurs essaient de l'exploiter ; de ce fait, il se rend indispensable. Nous n'avons pas trouvé de lien statistique entre l'âge, le sexe, la situation matrimoniale et la religion et l'addiction à l'internet. D'autres études pour explorer les conduites addictives en population estudiantine pourrait permettre de mieux apprécier ces liens.

4.3.3. Addiction à l'exercice physique

À l'exercice physique, dans notre échantillon, 4,6% des étudiants étaient à risque de dépendance. Ce taux était proche de celui du Bénin 2,5%.

Cependant, dans des échantillons spécifiques, des taux beaucoup plus élevés ont été trouvés. En population estudiantine, Downs a retrouvé que 13,4% de leur échantillon étaient à haut risque de dépendance à l'exercice physique [73]. Griffiths et al ont indiqué que 3,0% d'un échantillon

Britannique d'étudiants en sciences et en psychologie du sport sont identifiés comme étant à risque de dépendance à l'exercice physique [41].

Meulemans et al ont signalé que 3,3% des étudiants de leur échantillon sont à risque de dépendance à l'exercice physique [74]. En utilisant l'échelle EAI

Szabo et Griffiths ont constaté que 6,9% des étudiants britanniques en sciences du sport sont à risque de dépendance à l'exercice [12].

Dans notre étude seul le sexe avait un lien statistique significatif avec le risque de dépendance à l'exercice physique. Nous avons retrouvé ce lien entre le sexe et le risque de dépendance à l'exercice physique avec Belgas [83].

4.3.4. Addiction au travail

Le tiers des étudiants de notre population d'étude, soit 31%, avaient une addiction au travail et 47,7% étaient en danger de développer une addiction au travail.

Belga souligne que jusqu'à 31,8% des étudiants sont des bourreaux de travail. Andreassen et al ont mené une enquête nationale représentative parmi les employés en Norvège et a trouvé un taux de prévalence de workaholism de 8,3%, avec les jeunes adultes plus touchés que les travailleurs plus âgés [76].

Moaouad et al au Liban ont retrouvé une prévalence de 25% chez des étudiants en médecine [47]. Toutefois, dans la même étude la prévalence d'étudiants en médecine addicts au travail est nettement supérieur aux autres étudiants non-inscrits en médecine.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Belgas. Bien que les conditions de formation et le **dispositif** de santé soient un peu plus avancées, au Liban qu'au Mali, ces études montrent l'investissement dans le travail que demandent les études en sciences médicales.

Les étudiants de sexe **masculin** avaient plus de risque de développer une addiction au travail.

4.3.5. Addiction au sexe

A l'appréciation de la conduite addictive au sexe, 34,2% des étudiants avaient un comportement sexuel compulsif problématique. Peu d'études ont évalué l'addiction sexuelle chez les étudiants. L'étude de Moaouad au Liban et Belgas au Benin avaient retrouvé respectivement que l'addiction au sexe chez les étudiants inscrits en médecine étaient de 1,43% et 44,9% [47, 83]. Cette différence entre les résultats peut s'expliquer par la différence d'outils et surtout par les caractéristiques des populations d'études.

Dans notre étude, le sexe masculin et la religion avaient un lien avec le risque de développer un comportement sexuel compulsif.

4.3.6. Usage des jeux vidéo

L'usage d'internet est très souvent associé à l'usage des jeux vidéo. Dans notre étude, 14,4% des étudiants avaient un usage problématique de jeux vidéo.

Comparativement à l'étude pilotée par Belgas a permis de noter que 15,6% des étudiants ont un usage problématique aux jeux vidéo, en France dans le département de la Réunion, 8% des étudiants interrogés ont eu un usage problématique de jeux vidéo [49]. 5,7% des adolescents en Tyrol ont un usage pathologique de jeux vidéo [64]. Une autre étude a retrouvé 21,2% des étudiants en médecine et pharmacie au Maroc dépendants au jeu vidéo [65].

Le développement des jeux vidéo sur console et ordinateur mais aussi la présence de jeu vidéo en ligne et la facilité des transactions financières via internet dans les pays où les études suscitées ont été réalisées peuvent expliquer ces différents résultats. Au Mali, les achats en ligne ne sont pas encore bien développés et sont réservés aux riches. Par ailleurs dans notre population d'étude, les jeux vidéo les plus utilisés sont ceux joués sur mobile avec les jeux Android.

L'étude a permis de constater un lien entre le sexe **masculin** et l'usage problématique de jeux vidéo. Ce lien a été aussi retrouvé par Belgas. Le caractère aventureux du garçon mais aussi l'opportunité que lui donnent les jeux vidéo de se mesurer à ses amis afin de se positionner face à eux peut expliquer ce constat.

CONCLUSION

Conclusion

Cette étude a permis de faire l'état des lieux des conduites addictives sans substances dans la faculté. La prévalence absolue de l'addiction comportementale était de 87,06%. Les résultats montrent que :

Le sexe masculin était majoritaire avec une fréquence élevée de célibataire vivant dans une famille nucléaire. Les un tiers (1/3) des étudiants étaient addicts au travail et au sexe.

Cette étude mériterait d'être poursuivie par d'autres études afin de mieux apprécier la présence de même que l'intensité, des conduites addictives sans substances au sein de la population estudiantine au Mali. Il y a lieu également de mesurer les risques relatifs entre la survenue des conduites addictives et les différents facteurs de risque existants et en particuliers ceux retrouvés dans l'étude.

RECOMMANDATIONS

Recommandations

Nous suggérons :

❖ A l'endroit des autorités Universitaires

Réaliser des études en population pour apprécier le phénomène des conduites addictives sans substances ;

Mettre en place des mesures de prévention pour éviter les addictions comportementales devant les réalités de notre société.

❖ A l'endroit des autorités décanales

Faire un suivi psychologique des jeunes à risque d'addiction

Encourager l'organisation d'activités ludiques et sportives au sein de la FMOS par la participation à leur financement et la construction d'infrastructures adaptées ;

Informers, sensibiliser les étudiants sur les conduites addictives sans substances ;

❖ A l'endroit des étudiants

S'informer sur les conduites addictives sans substances et leurs risques ;

BIBLIOGRAPHIES

BIBLIOGRAPHIES

1. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict.* Nov 1990;85(11) :1403-8.
2. Valleur M, Velea D. Les addictions sans drogue(s). *Toxibase.* Juin 2002;(6) :1-15.
3. Sperenza M, Stéphan P, Corcos M, Los G, Taieb O, Guibaud O et al. Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs. *Ann Medicine Interne.* Juin 2003;154(HS1):165-175.
4. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* Mai 2000;55(5):469-80.
5. Décamps G, Boujut E. Performances académiques et adaptation psychologique des étudiants à l'université : le rôle de la pratique d'activités physiques et sportives. In: *Psychologie du sport et de la santé.* 1re éd. Bruxelles : De Boeck ; 2011. p. 295-311. (Ouvertures psychologiques).
6. Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. La santé mentale chez les étudiants: suivi d'une cohorte en première année d'université. *Ann Med Psych.* Nov. 2009;167(9):662-8.
7. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante a l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Ann Med Psychol.* Sept 2005;163(7):561-7.
8. Réveillère C, Nandrino JL, Saily F, Mercier C, Moreel V. Étude des tracés quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue. *Ann Med Psychol.* Juill. 2001;159(6):460-5.
9. Pedinielli J-L, Rouan G, Bretagne P. *Psychopathologie des addictions.* 1^{re} éd. Puf; 1997. 128 p. (Nodules).
10. Kadison R. Getting an Edge — Use of Stimulants and Antidepressants in College. *N Engl J Med.* 15 sept 2005;353(11):1089-91.
11. Chambliss C, Austin M, Brosh J, Iannella G, Outten R, Rowles M. The relationship between substance use and scores on the Mini Markers Five Factors Personality scale in college and high school students [2]. *J Alcohol Drug Educ.* Mars 2005;49(1):21-31.
12. Szabo A, Griffiths MD. Exercise Addiction in British Sport Science Students. *Int J Ment Health Addict.* Déc. 2006;5(1):25-8.
13. Romo L, Aubry C, Djordjian J, Fricot E, Adès J. La dépendance à l'Internet et la prise en charge cognitivo-comportementale. *J Thérapie Comport Cogn.* Sept 2004;14(3):117-23.

14. Hur MH. Demographic, habitual, and socioeconomic determinants of Internet addiction disorder: an empirical study of Korean teenagers. *Cyber psychology Behav Impact Internet Multimed Virtual Real Behav Soc.* oct 2006;9(5):514-25.
15. Dodge B, Reece M, Cole SL, Sandfort TGM. Sexual compulsivity among heterosexual college students. *J Sex Res.* 1 nov 2004;41(4):343-50.
16. Winters KC, Bengston P, Door D, Stinchfield R. Prevalence and risk factors of problem gambling among college students. *Psychol Addict Behav.* 1998;12(2):127-35.
17. Décamps G, Idier L, Battaglia N. Personnalité et profils addictifs : étude des consommations de substances et des pratiques comportementales addictives en population étudiante. *J Thérapie Comport Cogn.* Juin 2013;23(2):73-80.
18. Reynaud M. *Addiction et Psychiatrie. Rapport de psychiatrie.* Elsevier Masson; 2005. 292 p.
19. Peele S. *The meaning of addiction: compulsive experience and its interpretation.* Jossey-Bass Inc.; 1985. 228 p.
20. Peele S, Brodsky A. *Love and addiction.* Taplinger Publishing Co., Inc.; 1991. 326 p.
21. Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Vénisse J-L. *Addictions comportementales.* Presse Médicale. déc. 2012 ; 41 (12, Part 1) : 1271-5.
22. Garnier M, Delamare J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine.* Garnier-Delamare. 30ème. Maloine; 2009. 1088 p.
23. Institut National de Prévention et d'Education pour la Sante. *Drogues et conduites addictives.* INPES & MILDECA; 2015. 228 p.
24. Dervaux A, Valot L. Avant-propos : Les addictions sans drogues. *Perspect Psy.* 1 janv. 2008 ; 47(1) : 7-9.
25. Lamy S, Thibaut F. 4 - Neurobiologie et addictions. In: *Addictologie [Internet].* Paris : Elsevier Masson ; 2009 [cité 17 févr. 2016]. p. 27-33. Disponible sur:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294703164000047>
26. Tassin J-P. Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction. *Psychotropes.* 20 janv. 2009 ; 14(3) : 11-28.
27. WHO. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. [Cité 21 juill. 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/

28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric
29. Christakis DA. Internet addiction: a 21st century epidemic? *BMC Med.* 2010; 8:61.
30. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet Addiction or Excessive Internet Use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1 août 2010;36(5):277-83.
31. Shaw M, Black DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs.* 2008;22(5):353-65.
32. Véléa D. L'addiction a l'exercice physique. *Psychotropes.* 1 oct 2002 ; Vol. 8(3):39-46.
33. Garcia FD, Thibaut F. Sexual Addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1 août 2010;36(5):254-60.
34. Schaefer AW. *The Addictive Organization: Why We Overwork, Cover Up, Pick Up the Pieces, Please the Boss, and Perpetuate S.* San Francisco: HarperOne; 1990. 240 p.
35. Fassel D. *Working Ourselves To Death: The High Cost of Workaholism and the Rewards of Recovery.* London: iUniverse; 2000. 180 p.
36. Robinson BE. A Typology of Workaholics with Implications for Counselors. *J Addict Offender Couns.* 1 oct. 2000 ; 21(1) : 34-48.
37. Fatséas M, Auriacombe M. 8 - Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In: *Addictologie* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2009 [cité 13 août 2016]. p. 62-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294703164000084>
38. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry.* sept 1987;144(9):1184-8.
39. Battersby MW, Thomas LJ, Tolchard B, Esterman A. The South Oaks Gambling Screen: A Review with Reference to Australian Use. *J Gambl Stud.* 18(3):257-71.
40. Terry A, Szabo A, Griffiths M. The Exercise Addiction Inventory: A new brief screening tool. *Addict Res Theory.* oct 2004;12(5):489-99.
41. Griffiths MD, Szabo A, Terry A. The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med.* Juin 2005;39(6): e30.

42. Robinson BE. The Work Addiction Risk Test: development of a tentative measure of workaholism. *Percept Mot Skills*. févr 1999;88(1):199-210.
43. Robinson BE, Post P. Validity of the Work Addiction Risk Test. *Percept Mot Skills*. 1 févr 1994;78(1):337-8.
44. Coleman E. Is Your Patient Suffering from Compulsive Sexual Behavior? *Psychiatr Ann*. Juin 1992;22(6):320-5.
45. Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychol*. Févr 2009;12(1):77-95.
46. Khazaal Y, Chatton A, Rothen S, Cahaba S, Thorens G, Zullino D, et al. Psychometric properties of the 7-item game addiction scale among French and German speaking adults. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2016 [cité 22 août 2016];16(1). Disponible sur: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0836-3>
47. Moaouad J, Kazour F, Haddad R, Rouhayem J, Chammai R, Richa S. La dépendance chimique et comportementale chez les étudiants en médecine. Etude comparative chez une population d'étudiants libanais. *Encéphale*. Déc. 2012;38(6):467-72.
48. Ellouze F, Rajhi O, Robbena L, El Karoui M, Arfaoui S, M'rad MF. Cyberaddiction chez les étudiants. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. Déc. 2015;63(8):504-8.
49. Ricquebourg M, Bernède-Bauduin C, Mété D, Dafreville C, Stojcic I, Vauthier M, et al. Internet et jeux vidéo chez les étudiants de La Réunion en 2010 : usages, mésusages, perceptions et facteurs associés. *Rev d'épidémiologie Santé Publique*. Déc. 2013;61(6): 503-12.
50. Netgen. Les adolescents, internet et les nouvelles technologies : un nouveau pays des merveilles ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [Cité 22 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-253/Lesadolescents-internet-et-les-nouvelles-technologies-un-nouveau-pays-desmerveilles>
51. Alosaimi FD, Alyahya H, Alshahwan H, Al Mahyijari N, Shaik SA. Smartphone addiction among university students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J*. Juin 2016;37(6):675-83.
52. Essoukan Epee H. Usages et pratiques d'internet par les étudiants au Cameroun: quels enjeux ? [Internet]. *Mémoire Online*. [Cité 20 nov. 2016]. Disponible sur:

<http://www.memoireonline.com/07/15/9179/Usages-etpratiques-dinternet-par-les-etudiants-au-Cameroun-quels-enjeux-.html>

53. Etat des lieux d'Internet et des réseaux sociaux en Afrique – Janvier 2015. [Internet]. Le Storytelling du Community Management au Cameroun. 2015 [cité 22 nov. 2016]. Disponible sur: <https://histoiresdecem.com/2015/01/21/etat-des-lieux-dinternet-et-desreseaux-sociaux-en-afrique-janvier-2015/>
54. Bulot C, Leurent B, Collier F. Pornographie, comportements sexuels et conduites à risque en milieu universitaire. *Sexologies*. Oct. 2015;24(4):187-93.
55. Pawłowska B, Zygo M, Potemska E, Kapka-Skrzypczak L, Dreher P, Kędziński Z. Prevalence of Internet addiction and risk of developing addiction as exemplified by a group of Polish adolescents from urban and rural areas. *Ann Agric Environ Med AAEM*. 2015;22(1):129-36.
56. Griffiths MD. Sex on the Internet: issues, concerns and implications. In: Von F, Carlsson U, éditeurs. *Children in the new media landscape: games, pornography, perceptions* [Internet]. [Sweden] : UNESCO ; 2000 [cité 22 nov. 2016]. p. 169-84. Disponible sur: <http://irep.ntu.ac.uk/24218/>
57. Ybarra ML, Finkelhor D, Mitchell KJ, Wolak J. Associations between blocking, monitoring, and filtering software on the home computer and youth-reported unwanted exposure to sexual material online. *Child Abuse Negl*. Déc 2009;33(12):857-69.
58. Tavoracci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health*. 2013;13:724.
59. Boussouf N, Ladner J, Luckas A, Tavoracci MP, Dechelotte P. P-154: Risk behavior and addiction among medical students: a multicenter study in Algeria, France and Hungary. *Ann Cardiol Angéiologie*. déc 2015;64, Supplement 1:S74.
60. Macur M, Király O, Maraz A, Nagygyörgy K, Demetrovics Z. Prevalence of problematic internet use in Slovenia. *Zdr Varst*. 1 sept 2016;55(3):202-11.
61. Chaudhari B, Menon P, Saldanha D, Tewari A, Bhattacharya L. Internet addiction and its determinants among medical students. *Ind Psychiatry J*. déc 2015;24(2):158-62.

62. Ghamari F, Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Hashiani AA. Internet addiction and modeling its risk factors in medical students, Iran. *Indian J Psychol Med.* 7 janv. 201 ; 33(2):158.
63. Wang C-W, Chan CLW, Mak K-K, Ho S-Y, Wong PWC, Ho RTH. Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: a pilot study. *ScientificWorldJournal.* 2014; 2014:874648.
64. Riedl D, Stöckl A, Nussbaumer C, Rumpold G, Sevecke K, Fuchs M. Usage patterns of internet and computer games: Results of an observational study of Tyrolean adolescents. *Neuropsychiatr Klin Diagn Ther Rehabil Organ Ges Osterreichischer Nervenärzte Psychiater.* 8 nov 2016;
65. Ait Mouddene N, Bouhaji M, Serhier Z, Bennani Othmani M. Description du comportement des joueurs aux jeux vidéo chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Maroc. *Rev D'épidémiologie Santé Publique.* Sept 2016 ;64, Supplément 4 : S 218-9.
66. Jaisooriya TS, Beena KV, Beena M, Ellangovan K, Thennarassu K, Bowden-Jones H, et al. Do High School Students in India Gamble? A Study of Problem Gambling and Its Correlates. *J Gambl Stud.* 2 nov 2016;
67. Etel C, Tabchi S, Bou Khalil R, Hlais S, Richa S. Prévalence du jeu pathologique chez les étudiants libanais. *L'Encéphale.* févr. 2013 ; 39 (1) : 1-5.
68. Rutzynska I, Petit A, Germain C, Le joyeux M. Caractéristiques cliniques de joueurs d'argent en ligne parmi une population d'étudiants en France. *Alcoologie Addictologie.* sept 2012;(Tome 34, n°3):205-11.
69. Strong DR, Daughters SB, Lejuez CW, Breen RB. Using the Rasch Model to Develop a Revised Gambling Attitudes and Beliefs Scale (GABS) for Use with Male College Student Gamblers. *Subst. Use Misuse.* 1 janv. 2004 ;39(6) : 1013-24.
70. Trucy F. Les jeux de hasard et d'argent en France. Rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation [Internet]. Paris : Sénat ; 2006 nov p. 362. (Les Rapports du Sénat). Report No.: 58. Disponible sur: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2001/r01-223-notice.html>
71. Bouju G, Grall-Bronnec M, Landreat-Guillou M, Venisse J-L. Jeu pathologique : facteurs impliqués. *L'Encéphale.* sept 2011;37(4):322-31.

72. Mónok K, Berczik K, Urbán R, Szabo A, Griffiths MD, Farkas J, et al. Psychometric properties and concurrent validity of two exercise addiction measures: A population wide study. *Psychol Sport Exerc.* Nov 2012 ;13(6):739-46.
73. Hausenblas HA, Downs DS. How Much is Too Much? The Development and Validation of the Exercise Dependence Scale. *Research Gate.* 1 août 2002;17(4):387-404.
74. Meulemans S, Pribis P, Grajales T, Krivak G. Gender differences in exercise dependence and eating disorders in young adults: a path analysis of a conceptual model. *Nutrients.* 5 nov 2014;6(11):4895-905.
75. Andreassen CS, Pallesen S. Chapter 96 - Workaholism: An Addiction to Work A2 - Preedy, Victor R. In: *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse* [Internet]. San Diego: Academic Press; 2016 [cité 4 déc 2016]. p. 972-83. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128006344000962>
76. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Kravina L, Jensen F, Pallesen S. The Prevalence of Workaholism: A Survey Study in a Nationally Representative Sample of Norwegian Employees. *PLOS ONE.* 13 août 2014;9(8): e 102446.
77. Shimazu A, Demerouti E, Bakker AB, Shimada K, Kawakami N. Workaholism and well-being among Japanese dual-earner couples: a spillover-crossover perspective. *Soc Sci Med* 1982. Août 2011;73(3):399-409.
78. Carvalho KAM, Sant'Anna MJC, Coates V, Omar HA. Médical students: abuse of psychoactive substances and sexuality aspects. *Int J Adolesc Med Health.* sept 2008;20(3):321-8.
79. Fisher WA, Grenier G, Watters WW, Lamont J, Cohen M, Askwith J. Students' sexual knowledge, attitudes toward sex, and willingness to treat sexual concerns. *J Med Educ.* Mai 1988 ;63(5): 379-85.
80. Gombauld V. L'internet est plus en plus prisé, internaute de plus en plus mobile. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee 2013. [Site int] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281312#documentation>. Consulté le25.07.2020 à 14h29.
81. Tauzin A. Combien d'utilisateur de Facebook. [Site int] <https://www.doyoubuzz.com/alexi-tauzin/cv/blog>. Consulté le25.07.2020 à 14h35.
82. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, Addictologie. Collection « L'officiel

ECN ». Presse universitaires François-Rabelais 2014. Disponible au <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>

83. Sedjro BA. Conduites addictives chez les étudiants de la faculté des sciences de la santé de Cotonou[Thèse]. Médecine : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; 2015. 153page.

Q14 Quelles sont vos loisirs (Entourer le bon numéro)

III –ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Q15 Connectez-vous à internet ? (Entoure le bon numéro)

Oui 1 Non 2; *Si Non, passe à la question 19*

Q16 Tu te connectes par quel canal ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

Smartphone 1 Tablette 3
 Ordinateur portable 2 Ordinateur de bureau 4
 Autres (préciser) 5

Q17 Vous utilisez quel mode d'accès à internet ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

Forfait mobile 1 Wifi 3
 Clé internet 2 Cyber /connexion avec câble réseau 4

Q18 Que faites-vous sur internet ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

Tchatcher (whatsapp, viber...) 1 Mails 6
 Devoirs et recherches universitaire 2 Achats en ligne 7
 Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, instagram...) 3 Pornographie 8
 Téléchargement (Musique, films, séries, jeu, clip vidéo, Séries [Préciser])..... 4
 Jeux en ligne 5 Regarder Vidéo 9
 Autres (Préciser) :..... 10

Q19 Jouez-vous au Jeux vidéo ? (Entoure le bon numéro)

Oui 1 Non 2; *Si Non, passe à la question 26*

Q20 Sur quel plateforme jouez-vous ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

Smartphone 1 Tablette 3
 Ordinateur 2 Console (Préciser) :.....4

Q21 A quel type de Jeu vidéo jouez-vous ? (Entoure le ou les bon(s) numéro(s))

Jeux de tirs et jeu d'action (Ex : GTA, Call of duty, DBZ, Resident evil...) 1
 Jeux d'aventure (Ex : Assassin creed, Tomb Raider, Prince of Persia...) 2
 Jeu de Rôle (Ex : World of craft, Mine craft...) 3
 Jeu de stratégie (League of legends, Age of empire, total war...) 4
 Jeu de simulation (Ex : Pro Evolution Soccer (PES), FIFA, Need for speed...) 5
 Jeu de gestion (Ex : Les sims, Simcity ...) 6

Jeux d'application (Ex : Candy crush saga, Angry birds, Temple run, Zuma, Fruit Ninja...) 7

Q22 Comment jouez-vous ? (Entoure le bon numéro et la/les bonne(s) lettre(s))

Seul 1

Avec des partenaires de jeu 2

Si vous jouez avec des partenaires de jeu, préciser si c'est :

a En ligne

b par utilisation de plusieurs manettes

c autres connexions (Ex : Bluetooth...) préciser :

Q23 A quelle fréquence jouez-vous (Qu'importe le type de jeu vidéo)

Par jour ? :.....1

Par semaine ? : 2

Par mois ? :.....3

Q24 Pourquoi jouez-vous ?

Me détendre 1

Rester en éveil

Évacuer le stress 2

Dormir 6

Oublier les soucis 3

Sans raison 7

Se Concentrer 4

Plaisirs 9

Autres (Préciser)..... 8

Q25 SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN : Il apprécie l'intensité des conduites addictives au jeu

Veillez répondre à toutes les questions svp

1. Veillez indiquer auxquels des types de jeux suivants vous avez déjà joué dans votre vie. Pour chacun, répondez : A pour « pas du tout », B pour « moins d'une fois par semaine » ou C pour « au moins une fois par semaine » selon le cas.

a. Jouer aux cartes pour de l'argent

b. Parier sur des chevaux, des chiens ou d'autres animaux (en ligne, à l'hippodrome ou auprès d'un preneur de paris ou d'un preneur aux livres)

c. Paris sportifs (parlay, preneur de paris ou Jai Alai).....

d. jouer aux dés (y compris le craps) pour de l'argent.....

e. jouer dans un casino (légal ou non).....

f. parier sur des numéros ou jouer à la loterie.....

g. jouer au bingo pour de l'argent.....

h. jouer à la bourse.....

i. jouer dans des machines (p. ex., machines à sous, vidéo poker, etc.)

j. jouer aux quilles, au billard, au golf ou à d'autres jeux d'adresse pour de l'argent

k. acheter des billets à languette ou des billets autres que les billets de loterie

1. autres jeux (veuillez préciser)

2. Quelle est la plus grosse somme d'argent que vous n'avez jamais misé en une journée?

- a- Je n'ai jamais joué 1
- b-500 F au moins 2
- c- Plus de 500 F mais moins de 5000F 3
- d-Plus de 5000 F mais moins de 50 000 F 4
- c-Autre somme (préciser) 5.....

3. Veuillez cocher dans la liste suivante les personnes de votre entourage qui ont des problèmes de jeu.

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Père 1 | Conjointe ou conjoint 5 |
| Mère 2 | Enfant(s) 6 |
| Frère ou sœur 3 | Autres parent 7 |
| Grand-père ou grand-mère 4 | Ami ou autre être cher 8 |

4. Quand vous jouez, combien de fois retournez-vous à la maison de jeux pour récupérer l'argent que vous avez perdu ?

- Jamais 1
- Quelquefois (Moins De La Moitié Du Nombre De Fois Où J'ai Perdu) 2
- À Peu Près Chaque Fois Que Je Perds 3
- Chaque fois que je perds 4

5. Avez-vous déjà dit avoir gagné de l'argent au jeu quand en fait vous n'en aviez pas réellement gagné ou que vous en aviez perdu ?

- Jamais (ou je n'ai jamais joué) 1
- Oui, moins de la moitié du nombre de fois où j'ai perdu 2
- Oui, la plupart du temps 3

6. Croyez-vous avoir déjà eu un problème de jeu ?

- Non 1
- Oui, dans le passé, mais plus maintenant 2
- Oui 3

7. Avez-vous déjà joué plus que vous en aviez l'intention ?

- 1 Oui
- 2 Non

8. Des gens ont-ils critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-ils dit que vous avez un problème de jeu, même si vous pensiez que ce n'était pas le cas ?

- 1 Oui
- 2 Non

9. Vous êtes-vous déjà senti coupable à cause de vos habitudes de jeu ou de ce qui se passe quand vous jouez ?

1 Oui ou 2 Non

10. Avez-vous déjà eu l'impression d'être incapable d'arrêter de jouer même si vous en aviez envie ?

1 Oui ou 2 Non

11. Avez-vous déjà caché des bordereaux de pari, des billets de loterie, de l'argent pour parier, des reconnaissances de dette ou d'autres signes de jeu à votre conjointe ou conjoint, à vos enfants ou à d'autres êtres chers ?

1 Oui ou 2 Non

12. Vous êtes-vous déjà disputé avec des personnes avec qui vous vivez au sujet de la façon dont vous gérez l'argent ?

1 Oui ou 2 Non

13. (Si vous avez répondu « oui » à la question 12) : Ces disputes ont-elles déjà porté sur vos habitudes de jeu ?

1 Oui ou 2 Non

14. Avez-vous déjà emprunté de l'argent à une personne sans la rembourser à cause de vos habitudes de jeu ?

1 Oui ou 2 Non

15. Vous êtes-vous déjà absenté du travail (ou de l'école) pour jouer ?

1 Oui ou 2 Non

16. Si vous avez déjà emprunté de l'argent pour jouer ou pour rembourser des dettes de jeu, à qui l'avez-vous emprunté ? (Cochez OUI ou NON pour chacun des énoncés suivants.)

a. argent du ménage 1 Oui 2 Non

b. conjointe ou conjoint 1 Oui ou 2 Non

c. autres parents ou parents de la conjointe ou du conjoint 1 Oui ou 2 Non

d. banques, compagnies de prêts, caisses populaires ou *crédit unions* 1 Oui ou 2 Non

e. cartes de crédit 1 Oui ou 2 Non

f. prêteurs sur gages 1 Oui ou 2 Non

g. encaissement d'actions, d'obligations ou d'autres valeurs 1 Oui ou 2 Non

- h. vente de biens personnels ou familiaux 1 Oui ou 2 Non
- i. chèques sans provision 1 Oui ou 2 Non
- j. marge de crédit auprès d'un preneur aux livres 1 Oui ou 2 Non
- k. marge de crédit dans un casino 1 Oui ou 2 Non

Q26 TEST D'ORMAN : il apprécie l'intensité de la conduite addictive à internet (discussion, Navigation etc.) Cochez la case correspondante à la bonne réponse

QUESTIONS	OUI	NON
1- Passez-vous plus de temps connecté sur Internet, que vous l'auriez initialement pensé ?		
2- Est-ce que cela vous dérange de limiter le temps passé sur Internet?		
3- Des amis ou des membres de votre famille se sont-ils plaints du temps que vous passez sur Internet ?		
4- Est-ce que vous trouvez difficile de rester déconnecté pendant quelques jours?		
5- Est-ce que la qualité de votre travail ou de vos relations personnelles sont affectés par la quantité de temps que vous passez sur Internet?		
6- Est-ce qu'il y a des zones d'Internet ou des sites particuliers que vous trouvez difficile d'éviter?		
7- Avez-vous du mal à contrôler l'impulsion d'acheter des produits ou services sur Internet?		
8- Avez-vous essayé, sans succès, de passer moins de temps sur Internet?		
9- Perdez-vous beaucoup de satisfaction personnelle à cause de votre usage d'Internet?		

Q27 EXERCICE ADDICTION INVENTORY : Il apprécie l'intensité des conduites addictives à l'exercice physique (sport). Ceci intéresse tous types d'exercices physiques y compris la musculation (bodybuilding). Cochez la case correspondante à la bonne réponse

QUESTIONS	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord
1- L'exercice est ce qui compte le plus dans ma vie					
2- Des conflits ont surgi avec ma famille à propos de mon entraînement					
3- L'exercice est un moyen de modifier mon humeur					
4- J'ai augmenté continuellement mon niveau d'entraînement journalier					
5- Si je rate un entraînement, je me sens de mauvaise humeur et irritable					
6- Si je réduis ma quantité d'exercice, je finis toujours par reprendre mon entraînement au même niveau qu'auparavant					

Q28: WORK ADDICTION RISK TEST (WART) : Il permet d'évaluer votre investissement dans votre travail (ici toutes tâches se rapportant à votre vie universitaire)

Lire chacun des 25 items suivants et coter votre réponse de 1 à 4 suivant :

1 = Jamais ; 2 = Parfois ; 3 = Souvent ; 4 = Toujours

	QUESTIONS	RÉPONSES
1	Je préfère faire les choses moi-même plutôt que demander de l'aide	
2	Je suis impatient quand je dois attendre l'aide d'un autre ou quand une tâche prend trop de temps	
3	J'ai l'impression d'être pressé, de courir contre la montre	
4	Je suis irrité quand on m'interrompt au milieu d'une activité	

5	J'ai plusieurs fers au feu. Je suis tout le temps occupé	
6	Je fais plusieurs choses en même temps (manger, lire, répondre au téléphone...)	
7	Je m'implique trop dans mon travail	
8	Je prends des engagements qui dépassent mes activités	
9	Je me sens coupable quand je ne travaille pas	
10	Il est important pour moi de voir les résultats concrets de ce que je fais	
11	Je suis plus intéressé par le résultat final de ce que je fais que par la manière d'y arriver	
12	Les choses ne vont jamais assez vite pour moi	
13	Je perds patience quand les choses ne vont pas au rythme qui me convient	
14	Je pose plusieurs fois les mêmes questions sans me rendre compte que j'ai déjà une réponse	
15	Je passe beaucoup de temps à organiser mon travail et à réfléchir à la manière dont je vais travailler	
16	Je continue à travailler alors que mes collègues ont quitté le bureau (amphi)	
17	Je suis irrité quand les personnes de mon entourage ne correspondent pas à ce que j'attends d'elles	
18	Je suis en colère dans les situations que je ne peux contrôler	
19	J'ai tendance à me mettre la pression en s'imposant des délais quand je travaille	
20	Il m'est difficile de me détendre quand je ne travaille pas	
21	J'aime préparer mon travail pour prendre de l'avance	
22	Je supporte mal mes erreurs, même les plus anodines	

23	Je consacre plus d'énergie à mon travail qu'à mes amis ou ma famille	
24	Je passe plus de temps au travail (fac ; bibliothèque ; EVE ; CHU...) qu'en famille, avec mes amis et aux activités de loisirs	
25	J'oublie, j'ignore ou néglige les vacances, les fêtes familiales	
26	Je prends des décisions importantes, avant d'avoir réuni tous les éléments nécessaires pour me forger une opinion	

Q29 ÉCHELLE DU COMPORTEMENT SEXUEL COMPULSIF DE COLEMAN

1. Est-ce que vous, ou ceux qui vous connaissent, pensent que vous êtes excessivement préoccupé ou obsédé par la sexualité ?

OUI NON

2. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir obligé d'avoir des rapports sexuels en réponse à des problèmes de stress, anxiété, ou dépression ?

OUI NON

3. Avez-vous eu de sérieux problèmes découlant de votre comportement sexuel (par exemple : perte d'un travail ou de relations, maladies sexuellement transmissibles, blessures ou maladies, délits sexuels) ?

OUI NON

4. Est-ce que certains aspects de votre comportement sexuel vous culpabilisent ou vous font honte ?

OUI NON

5. Fantasmez-vous ou faites-vous certaines pratiques sexuelles que d'aucuns considèreraient comme « déviantes »

OUI NON

6. Êtes-vous constamment à la recherche (« balayage » de l'environnement) d'un partenaire éventuel ?

OUI NON

7. Est-ce qu'il arrive de vous sentir obsède par quelqu'un qui ne s'intéresse pas à vous ou qui ne vous connaît même pas ?

OUI NON

8. Pensez-vous que votre masturbation est excessive, compulsive ou dangereuse ?

OUI NON

9. Avez-vous eu de nombreux rapports amoureux courts, intenses et qui ne vous satisfont pas?

OUI NON

10. Ressentez-vous le besoin constant de rapports sexuels ou d'expression amoureuse de vos rapports sexuels ?

OUI NON

Q30 GAME ADDICTION SCALE : ÉCHELLE DE LEMMENS : Il permet d'apprécier votre usage des jeux vidéo. Cocher la case correspondante à la bonne réponse

QUESTIONS	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Avez-vous pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ?					
Avez-vous passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ?					
Avez-vous joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie/la vie réelle (situation préoccupante)					
Est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire votre temps de jeu ?					
Vous êtes-vous senti (e) mal lorsque vous étiez incapables de jouer ?					
Vous êtes-vous disputé(e) avec d'autres (familles, amis) à propos de votre temps passé à jouer aux jeux vidéo					
Avez-vous négligé d'autres activités importantes (école ; travail, sport, rdv...) pour jouer aux jeux vidéo ?					

Merci pour votre sincérité et votre franchise

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Awa Karim

Tel : 90529793/65809641

Adresse : awakarimdiarra@gmail.com

TITRE : ADDICTION COMPORTEMENTALE CHEZ LES ETUDIANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Payes d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Psychiatrie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de FMOS-FAPH, Bamako.

Résumé

Les conduites addictives restent un problème de santé publique. Les étudiants constituent une couche sensible et vulnérable à ces conduites addictives. Nous avons voulu faire l'état des lieux sur leur existence chez les étudiants à la FMOS.

Objectif : Étudier l'ampleur des comportements addictifs à la FMOS.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 27 Juillet au 31 Août 2018. La méthode d'échantillonnage était non probabiliste. Les 667 étudiants de la FMOS ont été inclus mais 348 questionnaires ont pu être exploités

Résultats :

Les prévalences spécifiques des addictions comportementales : 7,8% des étudiants constituaient des joueurs pathologiques, 6,9% présentaient un risque de dépendance élevée à Internet, 04,6% étaient des sujets à risque de dépendance à l'exercice physique, 31% faisaient une addiction au travail ; 14,4% avaient un usage problématique de jeux vidéo ; et chez 34,2% un comportement sexuel compulsif problématique était retrouvé. Comme facteur en relation avec le plus de conduites addictives nous retrouvions le sexe.

Conclusion : Les c addictions sans substances existent à la FMOS. Cette observation impose des mesures afin de protéger, préserver et prendre en compte la santé mentale des étudiants.

Mots clés : conduite addictive, étudiants, addiction comportementale, FMOS.