

Lausanne, 17 janvier 2022

**Jeux de hasard et d'argent, gaming,
sexualité, achats, réseaux sociaux
et Internet : des conduites
addictives sans substance ?**
État des lieux sur les évidences
scientifiques, la terminologie, les
échelles de mesure et les prévalences

Luca Notari, Christophe Al Kurdi, Marina Delgrande Jordan, Nivitha Sivanesan

*Ce projet de recherche a été financé par L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Contrat n°
142003936 / 321-445/3)*

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de nous avoir confié ce mandat. Nous remercions en particulier Wally Achtermann, Angelina Vangopoulou et Sebastian Mader pour les commentaires critiques et constructifs lors de l'élaboration de ce rapport de recherche. Et, auprès d'Addiction Suisse, nous tenons à remercier Eva Schneider pour sa participation à la recherche de littérature sur le thème de la sexualité ainsi que Nora Balsiger pour la traduction allemande du résumé.

Nos remerciements vont également à tous les expert-e-s que nous avons sollicité-e-s pour l'étude : Sophia Achab; Joël Billieux; Oliver Bilke-Hentsch; Marcello Cartolano; Natacha Cattin; Franz Eidenbenz; Annette Fahr; Severin Haug; Yasser Khazaal; Shane W. Kraus; Suzanne Lischer; Renanto Poespodihardjo; Jean-Félix Savary; Michael Schaub ; Olivier Simon; Cédric Stortz; Joël Tremblay; Niels Weber.

Impressum

Compléments d'information:	Luca Notari, tél. ++41 (0)21 321 29 55 lnotari@addictionsuisse.ch
Réalisation:	Luca Notari, Christophe Al Kurdi, Marina Delgrande Jordan, Nivitha Sivanesan
Diffusion:	Addiction Suisse, 1003 Lausanne
Numéro de commande:	Rapport de recherche N° 136a
Graphisme/mise en page:	Addiction Suisse
Copyright:	Addiction Suisse & GREA, Lausanne 2022
ISBN:	978-2-88183-279-6
Citation recommandée:	Notari L., Al Kurdi, C., Delgrande Jordan, M., Sivanesan, N. (2022). Jeux de hasard et d'argent, gaming, sexualité, achats, réseaux sociaux, Internet : des conduites addictives sans substance ? État des lieux sur les évidences scientifiques, la terminologie, les échelles de mesure et les prévalences. Rapport de recherche. Lausanne : Addiction Suisse & GREA.

Table des matières

Résumé exhaustif.....	7
Ausführliche Zusammenfassung	10
1 Introduction.....	14
1.1 Ancrage et objectifs du projet	14
1.2 La structure du rapport	14
2 Considérations préliminaires et méthode.....	16
2.1 Considérations préliminaires	16
2.1.1 Un peu d'histoire	16
2.1.2 La situation actuelle au niveau des classifications officielles des maladies.....	16
2.1.3 Importance des classifications officielles des maladies pour la présente étude et implications pour la sélection des instruments de mesure	19
2.1.4 Les risques d'une approche de désignation des addictions par similitude (qui ne repose pas sur un consensus scientifique et médical international)	20
2.2 Méthode	22
2.2.1 Première étape : recherche des instruments en vue des travaux avec les expert.e.s	22
2.2.2 Deuxième étape : consultation des expert.e.s et workshop de validation final	23
3 Les six domaines d'activités : description, terminologies et instruments de mesure.....	24
3.1 Jeux de hasard et d'argent	24
3.1.1 Introduction	24
3.1.2 Classification.....	24
3.1.3 Définition et terminologie	25
3.1.4 Instruments	26
3.2 Jeux vidéo.....	30
3.2.1 Introduction	30
3.2.2 Classification.....	30
3.2.3 Définition et terminologie	31

3.2.4	<i>Instruments</i>	32
3.3	Sexualité	36
3.3.1	<i>Introduction</i>	36
3.3.2	<i>Classification</i>	36
3.3.3	<i>Nouvelle orientation prise lors du workshop de validation final - utilisation problématique de la pornographie</i>	37
3.4	Achats	39
3.4.1	<i>Introduction</i>	39
3.4.2	<i>Caractéristiques de ce comportement</i>	39
3.4.3	<i>Classification : trouble, symptôme ou simple excès ?</i>	39
3.4.4	<i>Définition et terminologie</i>	40
3.4.5	<i>Instruments</i>	41
3.5	Réseaux sociaux (sous catégorie des médias sociaux)	44
3.5.1	<i>Introduction</i>	44
3.5.2	<i>Classification</i>	44
3.5.3	<i>Définition et terminologie</i>	45
3.5.4	<i>Instruments</i>	46
3.6	Internet	50
3.6.1	<i>Introduction</i>	50
3.6.2	<i>Classification</i>	50
3.6.3	<i>Définition et terminologie</i>	50
3.6.4	<i>Instrument</i>	51
4	Conclusions, recommandations et perspectives	53
4.1	Conclusions	53
4.1.1	<i>État actuel des connaissances scientifiques sur les six domaines de comportement étudiés dans le présent rapport</i>	53
4.1.2	<i>Des besoins à concilier</i>	53
4.1.3	<i>Une terminologie qui ne se prête pas à des malentendus</i>	55
4.2	Recommandations : priorités de la recherche épidémiologique et instruments à utiliser	59
4.3	Perspectives - le monde numérique comme enjeu de santé publique : une nouvelle perspective de recherche	60
5	Références	62
5.1	Chapitres 1 à 2	62

5.2	Jeux de hasard et d'argent	63
5.3	Jeux video	64
5.4	Sexualité	66
5.5	Achats	68
5.6	Réseaux sociaux	71
5.7	Internet	72
6	ANNEXES	74
6.1	Annexe 1 : résultat du travail du Groupe de travail 'terminologie' (GTT)	74
6.1.1	<i>Principes établis par le « Groupe de Travail Terminologie » (GTT) pour l'élaboration de la terminologie</i>	74
	<i>Exemples de terminologie en application des principes 1-4</i>	75
6.1.2	<i>Principes établis par le GTT pour l'élaboration des définitions</i>	75
6.1.3	<i>Proposition (provisoire) de définition d'une addiction reconnue par la CIM et/ou le DSM :</i>	76
6.1.4	<i>Remarques du groupe de travail</i>	76
6.2	Annexe 2 : résultats de la consultation du groupe d'experts instruments	77
6.2.1	<i>Instruments proposés et questions</i>	77
6.2.2	<i>Retour des experts</i>	78
6.3	Annexe 3 : les instruments de mesure retenus	83
6.3.1	<i>Jeux de hasard et d'argent</i>	83
6.3.2	<i>Jeux vidéo</i>	84
6.3.3	<i>Pornographie</i>	85
6.3.4	<i>Achats</i>	86
6.3.5	<i>Réseaux sociaux</i>	87
6.3.6	<i>Internet</i>	88
6.4	Annexe 4 : les autres instruments de mesure présentés	89
6.4.1	<i>Jeux de hasard et d'argent</i>	89
6.4.2	<i>Jeux vidéo</i>	91
6.4.3	<i>Pornographie</i>	92
6.4.4	<i>Achats</i>	93
6.4.5	<i>Réseaux sociaux</i>	95
6.5	Annexe 5 : Résultats sur la recherche d'instruments pour mesurer le trouble du comportement sexuel compulsif	96
6.5.1	<i>Terminologie</i>	96

6.5.2	<i>Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)</i>	97
6.5.3	<i>Instruments de mesure existants</i>	97
6.5.4	<i>Prévalences dans le monde et en Suisse</i>	98
6.5.5	<i>Sélection d'instruments de mesure pour les consultations d'expert·e·s et le workshop final</i>	98
6.5.6	<i>Les autres instruments présentés</i>	101
6.6	Annexe 6 : experts ayant participé au projet	103
6.6.1	<i>Experts scientifiques</i>	103
6.6.2	<i>Composition du groupe de travail terminologie (GTT)</i>	103
6.6.3	<i>Participants au workshop du 25 juin</i>	104

Résumé exhaustif

Objectifs

Les conduites addictives sans substance ont récemment pris une importance croissante dans le champ de la santé publique. Dès lors, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a besoin d'une vision aussi claire que possible de l'état des connaissances scientifiques à leur sujet et de leurs évolutions épidémiologiques sur le long terme en Suisse. Dès lors, l'OFSP doit pouvoir disposer d'instruments de mesure et d'une terminologie valides et consensuels. La présente étude porte sur les six domaines de comportement suivants : jeu de hasard et d'argent, jeux vidéo, sexualité, achats, médias sociaux et Internet.

Introduction

À ce jour, la Classification internationale des maladies (CIM-11) reconnaît l'existence d'un trouble addictif en lien avec deux comportements uniquement. Il s'agit de la pratique des jeux de hasard et d'argent et de la pratique des jeux vidéo. En outre, la communauté scientifique internationale reconnaît actuellement un trouble du contrôle des impulsions pour deux des six comportements (sexualité et achats), dont les manifestations sont proches de celles des troubles de type addictif, mais qui doit être distingué de la catégorie des conduites addictives sans substance. Enfin, pour ce qui est des deux autres comportements (médias sociaux / Internet), leur classification en tant que troubles de type addictif est certes à l'étude, mais leur reconnaissance est très incertaine en raison de l'insuffisance de preuves scientifiques.

Méthode

Lors de la première étape du projet, pour chacun des six domaines de comportement, une recherche orientée de la littérature scientifique a été effectuée dans le but de repérer les instruments de mesure disponibles. Ensuite, pour chaque domaine de comportement, une pré-sélection des meilleurs instruments a été proposée, et une consultation d'expert-e-s a permis ensuite de sélectionner l'instrument de mesure jugé le plus pertinent. Lors de l'étape suivante, un groupe de travail réunissant les principales associations professionnelles du domaine (SSAM, FVS, GREA et Ticino Addiction) ainsi qu'une organisation d'usagers et usagères (Gaming Federation) a permis d'établir une définition et une terminologie à utiliser pour chaque comportement. Enfin, un workshop final a permis de valider les résultats de ces deux étapes.

Eléments validés par les expert-e-s lors du workshop final

1) Jeux de hasard et d'argent

Terminologie : Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent

Définition : Perte de maîtrise prolongée/durable de l'usage des jeux de hasard et d'argent ne permettant plus à la personne d'être fonctionnelle face à son projet de vie et à ses relations sociales et s'accompagnant de la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde.

Instrument retenu : PGSI (Problem Gambling Severity Index) (Ferris & Wynne, 2001)

Termes pouvant être utilisés pour la communication au grand public¹ : conduite addictive sans substance ; addiction comportementale; addiction

¹ Ces termes n'ont pas été définis avec les expert-e-s consulté-e-s, mais sont une proposition des auteur-e-s du présent rapport.

2) Jeux vidéo

Terminologie : Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux vidéo

Définition : Perte de maîtrise prolongée/durable de l'usage des jeux vidéo ne permettant plus à la personne d'être fonctionnelle face à son projet de vie et à ses relations sociales et s'accompagnant de la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde.

Instrument retenu : IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test-10 items) (Király et al., 2017)

*Termes pouvant être utilisés pour la communication au grand public*² : conduite addictive sans substance ; addiction comportementale; addiction

Pour les auteur-e-s du présent rapport, le recours aux termes « conduite addictive sans substance », « addiction comportementale » et simplement « addiction » est acceptable uniquement lorsqu'il s'agit des jeux de hasard et d'argent et des jeux vidéo (et seulement eux). Pour les quatre autres domaines de comportement d'autres termes doivent être utilisés.

3) Sexualité

Lors du workshop final, le choix a été formulé de se focaliser sur l'**'utilisation problématique de la pornographie'** plutôt que sur le '*compulsive sexual behaviour disorder*' (CIM-11).

Terminologie : Usage problématique de la pornographie

Définition : Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par l'usage de la pornographie

Instrument retenu³ : -

*Termes pouvant être utilisés pour la communication au grand public*⁴ : comportement problématique

4) Achats

Terminologie : Trouble de l'achat/shopping compulsif

Définition : Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par leur comportement d'achat.

Instrument retenu : PBS (Pathological buying screener) (Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski, et al., 2020)

*Termes pouvant être utilisés pour la communication au grand public*⁵ : comportement compulsif

² Ces termes n'ont pas été définis avec les expert-e-s consulté-e-s, mais est une proposition des auteur-e-s du présent rapport.

³ Suite au indication des expert-e-s ayant participé au workshop final, les auteur-e-s de ce rapport proposent de retenir l'instrument de mesure suivant : PPUS (Problematic Pornography Use Scale) (Kor et al., 2014)

⁴ Ces termes n'ont pas été définis avec les expert-e-s consulté-e-s, mais est une proposition des auteur-e-s du présent rapport.

⁵ Ces termes n'ont pas été définis avec les expert-e-s consulté-e-s, mais est une proposition des auteur-e-s du présent rapport.

5) Médias sociaux

Terminologie : Usage problématique des médias sociaux

Définition : Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par l'utilisation des médias sociaux ou, respectivement, des réseaux sociaux.

Instrument retenu : SMDS (Social Media Disorder Scale) (van den Eijnden et al. 2016)

Termes pouvant être utilisés pour la communication au grand public⁶ : comportement problématique

6) Internet

Selon l'avis des expert-e-s, Internet est un « médium » qui peut faciliter des comportements susceptibles de devenir problématiques et il peut malgré tout être intéressant de continuer à mesurer l'usage problématique d'Internet dans le cadre des enquêtes épidémiologiques.

Terminologie : Usage problématique d'Internet

Définition : Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par des comportements qui ont en commun d'avoir lieu sur Internet ou via une App connectée.

Instrument retenu : CIUS-14 ou CIUS-8 (Compulsive Internet Use Scale) (Meerkerk et al., 2009 ; Gmel et al., 2019)

Termes pouvant être utilisés pour la communication au grand public⁷ : comportement problématique

Conclusions, recommandations et perspectives

L'identification des comportements à considérer comme des conduites addictives sans substance est essentielle si l'on veut être en mesure de répondre de façon appropriée et efficace aux besoins des professionnel-le-s du terrain et de la santé publique. Pour cela, un certain nombre de conditions doivent être remplies : a) il faut laisser le temps à la science de produire les évidences indispensables pour répondre aux nouvelles questions qui lui sont posées ; b) la science doit se donner du temps à elle-même et sortir de la logique confirmatoire qu'elle a généralement empruntée ces dernières années ; c) il est nécessaire de différencier le langage courant du langage professionnel, et donc de pouvoir faire la distinction entre comportements problématiques et conduites addictives ; d) la santé publique doit avoir accès à des études et des données fiables sur les conduites addictives et les comportements problématiques afin de pouvoir identifier les besoins et prioriser les actions.

La grande confusion qui règne aujourd'hui sur le terme « addiction comportementale », rend nécessaire l'adoption d'une terminologie différente pour les comportements qui sont reconnus par la communauté scientifique et médicale internationale comme des « conduites addictives sans substance ». Par conséquent, seules la pratique des jeux de hasard et d'argent et celle des jeux vidéo peuvent être nommées comme telles.

Bien qu'une addiction au monde numérique ne soit pas reconnue, celui-ci représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Le trouble addictif en lien avec les jeux de hasard et d'argent resp. avec les jeux vidéo se développe plus facilement en ligne, et Internet peut aussi fortement contribuer au comportement sexuel compulsif ou aux achats compulsifs. Il est donc nécessaire d'adopter de nouvelles perspectives de recherche afin d'apporter une réponse appropriée aux problèmes observés en lien avec le monde numérique.

⁶ Ces termes n'ont pas été définis avec les expert-e-s consulté-e-s, mais est une proposition des auteur-e-s du présent rapport.

⁷ Ces termes n'ont pas été définis avec les expert-e-s consulté-e-s, mais est une proposition des auteur-e-s du présent rapport.

Ausführliche Zusammenfassung

Ziele

Suchtartige substanzungebundene Verhaltensweisen haben in letzter Zeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit deutlich an Wichtigkeit gewonnen. Aus diesem Grund benötigt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen möglichst klaren Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse zu diesem Thema und zu den epidemiologischen Entwicklungen in der Schweiz. Ziel ist, eine konsolidierte Terminologie zu entwickeln und valide Messinstrumente zu identifizieren. Die vorliegende Studie behandelt dabei die folgenden sechs Verhaltensbereiche: Glücks- und Geldspiel, Videospiele, Sexualität, Kaufen, soziale Medien und Internet.

Einführung

Bisher ist in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) eine suchtartige Störung lediglich im Zusammenhang mit zwei Verhaltensweisen anerkannt. Dabei handelt es sich um das Glücks- und Geldspiel und um Videospiele (Gambling und Gaming). Darüber hinaus erkennt die internationale Wissenschaftsgemeinschaft aktuell zwei weitere Verhaltensweisen (Sexualität und Kaufen) als Störung der Impulskontrolle an. Diese kommt der suchtartigen Störung nahe, muss jedoch davon unterschieden werden. Was die anderen Verhaltensbereiche (soziale Medien / Internet) betrifft, so wird ihre Klassifikation als suchtartige Störung zwar untersucht, jedoch ist ihre Anerkennung aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Evidenz sehr unsicher.

Methode

In der ersten Projektphase wurde für jeden der sechs Verhaltensbereiche eine wissenschaftliche Literaturrecherche durchgeführt, um die verfügbaren Messinstrumente zu identifizieren. Danach wurde für jeden der Verhaltensbereiche eine Vorauswahl der besten Instrumente vorgeschlagen. Im Austausch mit Expertinnen und Experten wurden die relevantesten Messinstrumente ausgewählt. In der nächsten Phase hat eine Arbeitsgruppe bestehend aus den wichtigsten Fachorganisationen des Fachbereichs (SSAM, FVS, GREA und Ticino Addiction) sowie einer Organisation von Userinnen und Usern (Gaming Federation) eine zu verwendende Definition und Terminologie für jeden Verhaltensbereich entwickelt. Im Rahmen eines abschliessenden Workshops wurden die Resultate dieser beiden Phasen validiert.

Elemente, die im Rahmen des abschliessenden Workshops durch die Expertinnen und Experten validiert wurden

1) Glücks- und Geldspiel

Terminologie: (suchtartige) Glücks- und Geldspielnutzungsstörung

Definition: Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Glücks- und Geldspielen, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.

Ausgewähltes Instrument: PGSI (Problem Gambling Severity Index) (Ferris & Wynne, 2001)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können⁸: suchtartige Verhaltensweise ohne Substanzkonsum, Verhaltenssucht, Sucht

⁸Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts vor.

2) Videospiele

Terminologie: (suchtartige) Videospiealnutzungsstörung

Definition: Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Videospielen, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.

Ausgewähltes Instrument: IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test-10 items) (Király et al., 2017)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können⁹: suchtartige Verhaltensweise ohne Substanzkonsum, Verhaltenssucht, Sucht

Der Meinung der Autorinnen und Autoren dieses Berichts nach ist der Einsatz der Begriffe «suchtartige substanzungebundene Verhaltensweise», «Verhaltenssucht» oder einfach «Sucht» nur dann akzeptabel, wenn es sich um Glücks- und Geldspiele oder Videospiele (und nur diese beiden) handelt. Für die anderen vier Verhaltensweisen müssen andere Begriffe verwendet werden.

3) Sexualität

Während des abschliessenden Workshops wurde entschieden, den Fokus auf die **problematische Pornografienutzung** anstatt die “*compulsive sexual behaviour disorder*” (CIM-11) zu legen.

Terminologie: Problematische Pornografienutzung

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch die Nutzung von Pornografie entstehen

Ausgewähltes Instrument¹⁰: -

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können¹¹: Problematisches Verhalten

4) Kaufen

Terminologie: Zwanghafte Kauf-/Shoppingstörung

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch ihr Kaufverhalten verursacht werden.

Ausgewähltes Instrument: PBS (Pathological buying screener) (Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski, et al., 2020)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können¹²: zwanghaftes Verhalten

⁹ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts vor.

¹⁰ Infolge der Hinweise der Expertinnen und Experten, die am abschliessenden Workshop teilgenommen haben, schlagen die Autorinnen und Autoren dieses Berichts vor, das folgende Messinstrument auszuwählen: PPUS (Problematic Pornography Use Scale) (Kor et al., 2014)

¹¹ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts vor.

¹² Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts vor.

5) Soziale Medien

Terminologie: Problematische Nutzung sozialer Medien

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch die Nutzung sozialer Medien bzw. sozialer Netzwerke entstehen.

Ausgewähltes Instrument: SMDS (Social Media Disorder Scale) (van den Eijnden et al. 2016)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können¹³: Problematisches Verhalten

6) Internet

Der Meinung der Expertinnen und Experten nach stellt das Internet ein « Medium » dar, welches Verhaltensweisen, die dafür anfällig sind, problematisch zu werden, erleichtern kann. Trotzdem kann es interessant sein, weiterhin die problematische Internetnutzung im Rahmen von epidemiologischen Studien zu untersuchen.

Terminologie: Problematische Internetnutzung

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die gemeinsam haben, dass sie im Internet oder über eine verbindende App stattfinden.

Ausgewähltes Instrument: CIUS-14 ou CIUS-8 (Compulsive Internet Use Scale) (Meerkerk et al., 2009 ; Gmel et al., 2019)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können¹⁴: Problematisches Verhalten

Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Perspektiven

Die Identifizierung der Verhaltensweisen, welche als suchtartige substanzungebundene Verhaltensweisen betrachtet werden können, ist zentral, wenn man in der Lage sein möchte, adäquat und effizient auf die Bedürfnisse der in diesem Fachbereich arbeitenden Menschen und der öffentlichen Gesundheit einzugehen. Dazu muss eine gewisse Anzahl an Bedingungen erfüllt sein: a) der Wissenschaft muss Zeit gelassen werden, die notwendigen Beweise zu erbringen, um auf die neuen Fragen, die ihr gestellt werden, antworten zu können; b) die Wissenschaft muss sich selbst Zeit geben und sich von der Bestätigungslogik lösen, der sie in den letzten Jahren überwiegend gefolgt ist; c) es ist notwendig, zwischen Umgangssprache und Fachsprache zu unterscheiden und somit zwischen problematischem Verhalten und suchtartigen Verhaltensweisen unterscheiden zu können; d) die öffentliche Gesundheit braucht Zugang zu Studien und vertrauenswürdigen Daten zu suchtartigen Verhaltensweisen und problematischem Verhalten, um Bedürfnisse erkennen und Handlungen priorisieren zu können.

Die grosse Verwirrung, die aktuell mit dem Begriff «Verhaltenssucht» einhergeht, zeigt die Notwendigkeit, eine andere Terminologie für Verhaltensweisen anzunehmen, die durch die internationale medizinische Wissenschaftsgemeinschaft als «suchtartige substanzungebundene Verhaltensweisen» anerkannt ist. Folglich können nur Glücks- und Geldspiel und Videospiele als solche bezeichnet werden.

Obwohl eine Sucht nach digitalen Medien nicht anerkannt ist, stellt sie heute eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar. Eine suchtartige Störung im Zusammenhang mit Glücks- und Geldspielen beziehungsweise im Zusammenhang mit Videospiele entwickelt sich einfacher im Internet.

¹³ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts vor.

¹⁴ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts vor.

Das Internet kann ebenfalls stark zum zwanghaften Sexualverhalten oder zum zwanghaften Kaufen beitragen. Deshalb ist es nötig, neue Forschungsperspektiven einzunehmen, um adäquat auf die beobachteten Probleme im Zusammenhang mit den digitalen Medien reagieren zu können.

1 Introduction

1.1 Ancrage et objectifs du projet

Les conduites addictives sans substance ont récemment pris une importance croissante dans le champ de la santé publique. Dans ce contexte, l'OFSP a besoin d'une vision aussi claire que possible de l'état des connaissances à leur sujet et de leurs évolutions épidémiologiques sur le long terme en Suisse. Dès lors, l'OFSP doit pouvoir disposer d'instruments de mesure et d'une terminologie dont la sélection resp. le développement a été validé par des expert·e·s. Les résultats de ces travaux doivent être utilisés dans le cadre d'études populationnelles répétées et, en finalité, venir alimenter le Système de monitoring des addictions et des maladies non transmissibles (MonAM) (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2021).

Le mandat porte sur les **six domaines d'activités** suivants : jeu de hasard et d'argent, jeux vidéo, sexualité, achats, réseaux sociaux et Internet. Plus précisément, pour chaque domaine susmentionné a) son statut dans les classifications officielles des maladies est mentionné, b) les instruments de mesure pertinents pour évaluer les problèmes associés doivent être identifiés (*items*, catégories de réponse et seuils d'analyse), c) une terminologie harmonisée quadrilingue (F, ALL, IT, AN) doit être développée, d) les prévalences (si possible pour la Suisse et pour autant qu'elles aient été publiées) doivent être répertoriées, e) toute lacune dans les travaux de la recherche scientifique dans ce domaine doit être identifiée et f) le tout a été soumis à une validation par des expert·e·s. Une recommandation sur les instruments de mesure (un par domaine) et la terminologie à utiliser à l'avenir doivent être fournis comme résultat final de ce processus.

1.2 La structure du rapport

Le chapitre 2 présentera un historique des développements passés et récents dans le domaine des addictions comportementales et introduira les bases nécessaires à la compréhension du chapitre suivant. La méthodologie adoptée pour atteindre les objectifs du mandat sera présentée dans ce chapitre.

Dans le chapitre 3, les résultats du processus d'identification et de sélection des instruments de mesure, le travail sur la terminologie et la validation du groupe d'expert·e·s seront présentés. Le chapitre présente le résultat des deux grandes étapes du projet : a) une recherche orientée de la littérature scientifique pour identifier et répertorier les instruments de mesure existants (outils de *screening*), les prévalences disponibles et les terminologies utilisées et b) une série de consultations avec des expert·e·s, ainsi qu'un *workshop* de validation final, dont l'objectif est de trouver un consensus sur le choix d'une échelle de mesure pour chacun des six domaines **d'activités** ainsi que la terminologie quadrilingue à adopter.

Dans le dernier chapitre, des recommandations seront émises à l'intention de l'OFSP concernant les travaux de recherche futurs, le choix des instruments de mesure à privilégier dans les enquêtes populationnelles répétées et l'utilisation de la terminologie.

Encadré 1 - Terminologie utilisée dans ce rapport

Dans le langage populaire courant, les termes « addiction » et « addiction comportementale » sont utilisés de façon très large, c'est-à-dire pour désigner aussi bien un trouble de type addictif reconnu, un comportement qui évoque des similitudes avec un trouble de type addictif mais qui n'a pas été reconnu comme tel, ou encore certains troubles relevant d'une autre catégorie diagnostique (par exemple les troubles de type compulsif).

Dans le langage spécialisé courant, on utilise fréquemment les termes « addiction », « addiction comportementale » ou « conduite addictive sans substance » pour désigner un trouble de type addictif reconnu par la communauté scientifique et médicale internationale et qui est donc inclus dans la CIM-11 et le DSM-5. Ces termes ne sont en revanche pas utilisés pour désigner d'autres troubles ou comportements.

Les auteur·e·s du présent rapport ont choisi d'utiliser les termes « conduite addictive sans substance » afin de désigner le petit groupe de troubles de type addictif (sans substance) reconnus par la communauté scientifique et médicale internationale de par leur inclusion à la CIM-11 et au DSM-5. Une tout autre terminologie a en revanche été appliquée aux comportements non reconnus comme des troubles de type addictif (sans substance).

2 Considérations préliminaires et méthode

2.1 Considérations préliminaires

2.1.1 Un peu d'histoire

À l'origine, le terme « addiction », qui remonte au XVII^e siècle, définissait la reddition ou le dévouement d'une personne à un maître. Au XVIII^e siècle le terme « addiction » a commencé à se référer à l'assujettissement d'un individu à une substance, et au besoin, ou compulsion, le poussant à poursuivre la consommation (Shaffer et Shaffer, 2016). Mais ce n'est qu'en 1990 qu'Aviel Goodman a proposé une première définition du concept d' « addiction¹⁵ aux substances psychoactives ».

En 2001, sur la base des premiers résultats d'études reposant sur l'imagerie cérébrale, Holden a décrit le changement en cours dans le monde scientifique, avec le passage d'un trouble qui avait besoin d'une substance psychoactive à un trouble qui avait besoin d'une expérience psychoactive (Holden, 2001).

En 2013, lors de la publication du DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, 2013) le 'trouble lié au jeu de hasard et d'argent' (*gambling disorder*) s'est imposé comme premier comportement accepté par la communauté scientifique comme un trouble de type addictif au même titre que les troubles de type addictifs liés aux substances psychoactives.

Cette validation par le DSM-5 en premier, puis par la CIM-11 (Classification internationale des maladies ; WHO, 2019), ont représenté une validation du caractère addictogène de certains comportements, ce qui n'implique toutefois pas que tout comportement ou toute difficulté à contrôler un comportement puissent automatiquement être définies comme une *conduite addictive (avec ou sans substance)*.

2.1.2 La situation actuelle au niveau des classifications officielles des maladies

À ce jour, le DSM-5 et la CIM-11 reconnaissent deux **comportements addictifs**, c'est-à-dire pouvant évoluer vers un **trouble de type addictif**. Il s'agit de la **pratique des jeux de hasard et d'argent** et de la **pratique des jeux vidéo** (voir tableau 1 et schéma 1). Dans les deux classifications officielles, le terme « trouble » a ainsi remplacé celui de « addiction », jugé trop polysémique et connoté négativement¹⁶.

¹⁵ "A process whereby a behavior, that can function both to produce pleasure and to provide escape from internal discomfort, is employed in a pattern characterized by (1) recurrent failure to control the behavior (powerlessness) and (2) continuation of the behavior despite significant negative consequences (unmanageability)" (Goodman, 1990).

¹⁶ Note that the word addiction is not applied as a diagnostic term in this classification, although it is in common usage in many countries to describe severe problems related to compulsive and habitual use of substances. The more neutral term substance use disorder is used to describe the wide range of the disorder, from a mild form to a severe state of chronically relapsing, compulsive drug taking. Some clinicians will choose to use the word addiction to describe more extreme presentations, but the word is omitted from the official DSM-5 substance use disorder diagnostic terminology because of its uncertain definition and its potentially negative connotation (APA, 2013, p.485).

Tableau 1 - Définitions et critères des troubles selon DSM-5 et CIM-11

Comportement	DSM-5	CIM-11
Jeux de hasard et d'argent	<p>Gambling Disorder Diagnostic Criteria 312.31 (F63.0)</p> <p>Persistent and recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress, as indicated by the individual exhibiting four (or more) of the following in a 12-month period:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement. 2. Is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling. 3. Has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling. 4. Is often preoccupied with gambling (e.g., having persistent thoughts of reliving past gambling experiences, handicapping or planning the next venture, thinking of ways to get money with which to gamble). 5. Often gambles when feeling distressed (e.g., helpless, guilty, anxious, depressed). 6. After losing money gambling, often returns another day to get even ("chasing" one's losses). 7. Lies to conceal the extent of involvement with gambling. 8. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling. 9. Relies on others to provide money to relieve desperate financial situations caused by gambling. 	<p>Gambling disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gambling behaviour, which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1. impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gambling to the extent that gambling takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gambling behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gambling behaviour results in significant distress or in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The gambling behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.</p>
Jeux vidéo	<p>Pas de diagnostic reconnu, mais intégré dans la section III - troubles émergents nécessitant davantage de recherches avant de pouvoir être officiellement reconnus.</p> <p>Internet Gaming Disorder Proposed Criteria</p> <p>Persistent and recurrent use of the Internet to engage in games, often with other players, leading to clinically significant impairment or distress as indicated by five (or more) of the following in a 12-month period:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preoccupation with Internet games. (The individual thinks about previous gaming activity or anticipates playing the next game; Internet gaming becomes the dominant activity in daily life). <p>Note: This disorder is distinct from Internet gambling, which is included under gambling disorder.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Withdrawal symptoms when Internet gaming is taken away. (These symptoms are typically described as irritability, anxiety, or sadness, but there are no physical signs of pharmacological withdrawal.) 3. Tolerance—the need to spend increasing amounts of time engaged in Internet games. 4. Unsuccessful attempts to control the participation in Internet games. 5. Loss of interests in previous hobbies and entertainment as a result of, and with the exception of, Internet games. 6. Continued excessive use of Internet games despite knowledge of psychosocial problems. 7. Has deceived family members, therapists, or others regarding the amount of Internet gaming. 8. Use of Internet games to escape or relieve a negative mood (e.g., feelings of helplessness, guilt, anxiety). 9. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of participation in Internet games. <p>Note: Only nongambling Internet games are included in this disorder. Use of the Internet for required activities in a business or profession is not included; nor is the disorder intended to include other recreational or social Internet use. Similarly, sexual Internet sites are excluded.</p>	<p>Gaming disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming'), which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1. impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gaming behaviour results in marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.</p>

Sexualité	Pas reconnu	Compulsive sexual behaviour disorder is characterised by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges resulting in repetitive sexual behaviour. Symptoms may include repetitive sexual activities becoming a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities; numerous unsuccessful efforts to significantly reduce repetitive sexual behaviour; and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behaviour is manifested over an extended period of time (e.g., 6 months or more), and causes marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviours is not sufficient to meet this requirement.
Achats	Pas reconnu	Pas de définition (Other specified impulse control disorders)
Internet	Pas reconnu	Pas reconnu
Médias sociaux	Pas reconnu	Pas reconnu

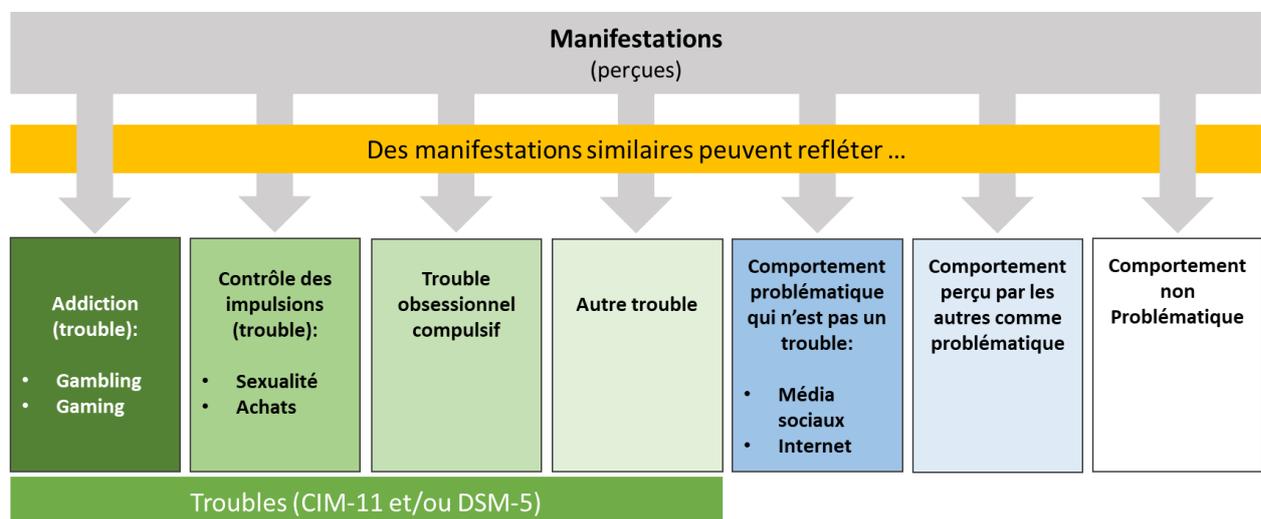
Cette reconnaissance a, d'une part, eu l'effet positif d'accroître l'attention portée aux « addictions comportementales » et à l'existence possible d'autres comportements addictifs. D'autre part, elle a entraîné une grande confusion sur le plan terminologique, car le terme « addiction » est de plus en plus souvent utilisé par le grand public et les médias pour parler de **comportements qui évoquent des similitudes avec une « addiction » (avec ou sans substance)**, mais qui n'ont pas été reconnus comme des troubles de type addictif par la communauté scientifique et médicale internationale.

Pour ce qui concerne les autres comportements abordés par le présent rapport (sexualité / achats / réseaux sociaux / Internet), on relèvera que leur classification en tant que troubles de type addictif est certes à l'étude, mais que leur reconnaissance est encore très incertaine en raison de l'insuffisance de preuves scientifiques.

On relèvera également que deux des six comportements (**sexualité et achats**) sont actuellement reconnus par la communauté scientifique et médicale internationale comme des comportements pouvant entraîner un **trouble du contrôle des impulsions**, dont les manifestations sont proches de celles des troubles de type addictif, mais qui doivent être distinguées de la catégorie des conduites addictives sans substance (voir tableau 1 et schéma 1).

Quoi qu'il en soit, les six comportements dont traite le présent rapport ont tous en commun de pouvoir engendrer des problèmes significatifs (de santé ou d'un autre ordre) pour les personnes directement concernées voire leurs proches. C'est pourquoi ces comportements méritent de retenir toute l'attention des acteurs de santé publique.

Schéma 1 : Trouble reconnu par le DSM-5 et/ou la CIM-11 vs comportement problématique – statut actuel des six domaines d'activité (état en 2021)



2.1.3 Importance des classifications officielles des maladies pour la présente étude et implications pour la sélection des instruments de mesure

Le DSM-5 et la CIM-11 sont régulièrement révisés afin de tenir compte des développements scientifiques les plus récents. Ces classifications officielles des maladies sont le résultat d'un vaste travail d'expertise qui permet d'indiquer des critères consensuels pour le diagnostic des différentes pathologies. Cet apport

spécifique constitue le fondement de la présente étude, car il permet de disposer de diagnostics validés et d'éviter les risques inhérents à une désignation des addictions par similitude (voir point 2.1.4).

Au vu de ce qui a été présenté dans les chapitres précédents, la CIM-11 et le DSM-5 constituent la référence pour la sélection des instruments de mesure. Les deux classifications officielles constituent ainsi la base du présent rapport, et c'est entre autres en fonction de celles-ci que seront argumentés les choix des instruments de mesure et des terminologies.

Autrement dit, priorité est donnée aux instruments de mesure qui couvrent le mieux les critères (symptômes) retenus dans ces deux classifications officielles. Ce choix se justifie par le fait que la seule observation de **manifestations et problèmes évoquant** un trouble de type addictif sans substance ne permet pas de conclure qu'il s'agit des **symptômes** (officiellement reconnus) d'un tel trouble. En effet, des manifestations perçues similaires peuvent en réalité refléter des troubles différents (voir schéma 1). Cela vaut pour les troubles de type addictifs, les autres troubles impliquant des comportements (par exemple le trouble du contrôle des impulsions) et pour les maladies en général (par exemple, la toux n'est pas forcément liée à une infection par le Covid-19).

Pour les quatre domaines d'activités pour lesquels un trouble est inclus (du moins partiellement) dans la **CIM-11 (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, sexualité et achats)**, cette classification officielle est la principale référence pour les sélections opérées dans le cadre de ce rapport. Récemment adoptée, elle constitue la référence pour le système de santé suisse et présente une approche proche des besoins de santé publique. Cela étant, le **DSM-5** représente une alternative pertinente pour le choix des instruments de mesure si des instruments conformes à la CIM-11 n'ont pas encore été publiés et/ou validés.

Pour les deux autres domaines d'activités (**Internet et réseaux sociaux**), les instruments de mesure sont choisis par défaut selon des critères opportunistes qui sont discutés dans les sections qui leur sont dédiées.

2.1.4 Les risques d'une approche de désignation des addictions par similitude (qui ne repose pas sur un consensus scientifique et médical international)

Comme le soulignent West et Brown (2013), pour certaines substances ou comportements il y a consensus clair sur leur désignation en tant que troubles de type addictif et pour d'autres pas. De plus, dans certains cas, il y a désaccord légitime sur la question de savoir s'il s'agit d'un trouble de type addictif ou de quelque chose qui présente des caractéristiques assimilables. Ce désaccord s'est accentué au cours de la dernière décennie, au fil des travaux de révision du DSM et de la CIM.

De manière générale, on distingue deux approches dans la littérature scientifique. D'une part, il y a les auteur·e·s qui considèrent comme des conduites addictives sans substance uniquement les comportements reconnus cliniquement comme des maladies présentant une évolution et un tableau de symptômes qui leur sont propres. Dans ce cas, la désignation d'un comportement comme une conduite addictive sans substance est **conditionnée à des évidences scientifiques** jugées suffisantes et qui répondent aux standards de qualité appliqués aux autres troubles reconnus sur les plans scientifique et clinique (comme c'est le cas dans le DSM-5 et la CIM-11). D'autre part, il y a les auteur·e·s pour qui la désignation d'une conduite addictive sans substance se base sur la perception de manifestations que l'on observe « classiquement » pour les conduites addictives avec substances, tels que la perte de contrôle sur le comportement, le besoin impérieux, la tolérance et les conséquences négatives du comportement au quotidien. Ainsi, selon ce procédé de **désignation par similitude**, sont considérées comme des conduites addictives sans substance les comportements dont les manifestations et les problèmes consécutifs perçus évoquent ceux des conduites addictives reconnues sur les plans scientifique et clinique.

Le risque de la désignation par similitude est que le nombre de substances et de comportements pouvant être définis comme des conduites addictives se multiplie de manière incontrôlée. Ces dernières années, ce type de désignation a permis de documenter un nombre croissant de possibles conduites addictives sans substance, sans que celles-ci soient reconnues par l'OMS et l'APA. Si, d'un point de vue purement scientifique, poser des questions et investiguer la possible existence d'autres conduites addictives sans substance est un processus constructif, la pathologisation de tout comportement jugé problématique du fait de sa simple ressemblance avec une conduite addictive sans substance reconnue peut avoir des effets négatifs. Cette approche montre des limites évidentes lorsqu'il s'agit – dans le cadre d'une étude populationnelle et sans repères cliniques – d'évaluer le degré de sévérité des problèmes enregistrés et les besoins d'intervention (préventive ou thérapeutique) correspondants.

De manière générale, en matière de comportements le risque de pathologiser à tort des individus existe toujours, mais l'approche qui consiste à désigner un comportement comme une conduite addictive sans substance uniquement sur la base de ses manifestations et problèmes consécutifs perçus est bien davantage exposée à ce risque. Certaines de ces limites sont brièvement exposées ci-dessous.

2.1.4.1 Conduites addictives sans substance ou autre problème ?

Comme le soulignent Kardefelt-Winther et collègues (2017), le risque de pathologisation de comportements « normaux » est élevé, et des critères d'exclusion s'avèrent par conséquent nécessaires. Un comportement qui a) s'explique par un trouble sous-jacent, b) est dicté par un choix rationnel lié à une prise de risque, c) ne produit pas de trouble fonctionnel ou de détresse pour l'individu, ceci même si le comportement prolongé et intensif détourne l'attention et le temps d'autres aspects de la vie et d) est le résultat d'une stratégie d'ajustement (*coping*), ne doit pas être considéré comme un conduite addictive sans substance.

2.1.4.2 Conduites addictives sans substance ou passion ?

Certains auteur.e-s ont souligné et donné des exemples concrets du risque de pathologisation des passions (Billieux et al., 2015 ; Billieux et al., 2019). Ces auteur.e-s rendent attentifs au fait que ces symptômes (p.ex. tolérance, préoccupation) sont susceptibles de se manifester pour la plupart des activités que les personnes trouvent intéressantes ou engageantes, sans pour autant engendrer un problème cliniquement significatif, une détresse pour l'individu ou une charge pour la santé publique (Kardefelt-Winther et al., 2017).

Cet aspect a peu d'implications lorsqu'il s'agit de constater un problème dans un cadre clinique, mais il représente un enjeu crucial lorsqu'il s'agit d'identification dans le cadre d'enquêtes populationnelles, dont les questionnaires doivent pouvoir différencier les cas pathologiques de ceux qui ne le sont pas.

2.1.4.3 Conduites addictives sans substance ou nouvelle norme ?

Au cours des 100 dernières années plusieurs comportements ont été assimilés à une conduite addictive sans substance, mais se sont finalement avérés être des comportements « normaux » – c'est-à-dire éventuellement problématiques à une époque donnée, mais non pathologiques. On en trouve les meilleurs exemples parmi les nouvelles technologies et leurs usages.

Dans les années 1940 la radio avait été remise en question pour son potentiel addictif (Rowland, 1944). Dans les années 1970 c'est la télévision qui a été identifiée comme pouvant évoluer vers une « addiction comportementale » (Winn, 1977). L'attention portée à l'« addiction » aux technologies s'est ensuite accrue avec l'observation de jeunes « développant des pratiques habituelles de consommation des médias, interprétées alors comme une dépendance aux programmes radio et aux films » (Tokunaga, 2015, p.133).

Puis cela a été le tour des SMS, des téléphones portables, des ordinateurs, d'Internet, des jeux vidéo, des réseaux sociaux et des smartphones. Comme mentionné plus haut, dans cette liste seule le 'trouble lié à l'usage des jeux vidéo' a été reconnu comme une conduite addictive sans substance.

2.2 Méthode

2.2.1 Première étape : recherche des instruments en vue des travaux avec les expert·e·s

Pour chacun des six domaines d'activités étudiés (utilisation d'Internet en général, réseaux sociaux, jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, achats et sexualité) une **recherche orientée de la littérature scientifique anglophone** a tout d'abord été effectuée dans le but de repérer les instruments de mesure disponibles. En raison des grands développements observés dans le domaine des conduites addictives sans substance au cours de la dernière décennie, qui a produit une multitude d'études en vue de l'élaboration du DSM-5 et de la CIM-11, nous nous sommes limités à des revues systématiques et méta-analyses publiées depuis 2010, ainsi qu'à des études de validation de nouveaux instruments depuis 2013 (année de publication du DSM-5). Des recherches supplémentaires dans la littérature ont été effectuées pour chaque comportement afin d'identifier les instruments de mesure validés depuis la publication de la dernière revue systématique consacrée à la mesure du trouble/problème¹⁷.

Les instruments de mesure repérés à l'occasion de la recherche de littérature ont été documentés selon des critères permettant d'identifier les plus pertinents et valides. Sur la base de ces critères une première sélection a permis de réduire le nombre d'instruments pour la deuxième étape.

En complément, une **recherche de la littérature grise nationale** (rapports de recherche notamment) a été effectuée afin de vérifier l'existence, au niveau national, d'instruments qui n'ont pas été repérés lors de la recherche de la littérature scientifique anglophone. Cette seconde recherche nous a permis d'identifier les instruments de mesure utilisés au niveau national dans les principales enquêtes populationnelles représentatives¹⁸.

2.2.1.1 Quelques enjeux liés aux instruments de mesure destinés à être inclus dans les enquêtes populationnelles

S'agissant de la prise en compte des addictions comportementales dans les enquêtes populationnelles, l'enjeu principal réside dans la capacité de ces enquêtes à recourir à des instruments de mesure qui permettent de fournir aux autorités de santé publique des estimations valides de la prévalence du problème au sein de la population et d'en suivre l'évolution au fil du temps (monitorage).

Il existe une différence notable entre comportements avec troubles reconnus (dans le cadre de la présente étude : *gambling* et *gaming*) et comportements sans trouble reconnu. En effet, la **prévalence** – c'est-à-dire la proportion de personnes concernées au sein d'une population à un moment donné – des comportements sans trouble reconnu ne peut pas être estimée au moyen de batteries de questions (*screenings*) validées vu qu'il n'existe pas de critères reconnus pour identifier les personnes ayant des problèmes significatifs liés à ce comportement.

¹⁷ Les recherches documentaires ont été effectuées sur les moteurs de recherche "Google Scholar" et "Pubmed". En général, en plus des termes identifiant le comportement (*gambling* ; *gaming* ; *sexuality/pornography* ; *shopping/buying* ; *Social media/social networking* ; *Internet*) ont été utilisés les termes *addiction*, *disorder*, *screening*, *questionnaire*, *measure*, *test*.

¹⁸ En sont exemples le screening pour les jeux de hasard et d'argent développé par Haug et Meyer (2015) pour l'Enquête Suisse sur la Santé (ESS), ou la version courte du Compulsive internet use scale (CIUS) également développé pour l'ESS (Gmel et al., 2019).

En outre, en raison de la différence entre **trouble de type addictif** et **trouble du contrôle des impulsions**, des échelles de mesure distinctes – reprenant les critères spécifiques de ces deux catégories de troubles – s'avèrent nécessaires pour chacune de ces deux catégories de troubles.

Il est aussi primordial de pouvoir sélectionner un instrument de mesure qui permette de faire le mieux possible la distinction entre un usage très intense (*'high involvement'*) et un usage pathologique (*'pathological involvement'*) (Billieux et al., 2019). Autrement dit, il s'agit de réduire au maximum les cas 'faux-positifs' (éviter de pathologiser à tort) et d'éviter ainsi une surestimation du problème étudié dans la population.

2.2.2 Deuxième étape : consultation des expert·e·s et workshop de validation final

2.2.2.1 Groupe de travail 'terminologie' (GTT): Élaboration d'une terminologie consolidée quadrilingue

Un groupe de travail (voir annexe 6) réunissant les principales associations professionnelles du domaine (SSAM, FVS, GREA et Ticino Addiction) ainsi qu'une organisation d'usagers (Gaming Federation) a été formé avec l'objectif de rédiger un document terminologique de synthèse qui puisse être discuté dans le cadre d'un workshop ultérieur. Le résultat du GTT (principes et définition de base) sont consultables dans l'annexe 1.

2.2.2.2 Consultation sur les instruments de mesure (groupe d'expert·e·s 'instruments'): Choix d'un instrument de mesure par comportement

À la suite d'un premier rapport intermédiaire, une vingtaine d'expert·e·s ont été sollicité·e·s afin de désigner – pour chacun des six domaines d'activités retenus par l'OFSP – l'échelle de mesure qui leur semblait la plus adéquate pour la mise en œuvre d'un suivi épidémiologique (pour les détails, voir annexe 2 ; pour la liste des experts voir annexe 6).

Cette consultation a permis de valider la pertinence des choix effectués sur la base de la recherche de littérature et de sélectionner, lorsque cela était possible, l'instrument de mesure le plus pertinent pour chacun des six domaines d'activités. Les résultats de cette consultation ont été intégrés dans les documents utilisés pour l'atelier final.

2.2.2.3 Workshop de validation final : Terminologie, définitions et limites des instruments de mesure

Sur la base des travaux menés par le groupe de travail 'terminologie' (GTT) et des choix du 'groupe d'expert·e·s 'instruments' un document de travail a été fourni aux participant·e·s d'un workshop (voir annexe 6) de trois heures (à demander aux auteur·e·s du rapport). Il réunissait, pour chacun des six domaines retenus par l'OFSP :

1. Une terminologie (quadrilingue)
2. Une définition (quadrilingue)
3. Une explication du choix terminologique
4. Une présentation des limites des instruments de mesure présélectionnés

L'objectif du workshop étant de produire un consensus pour chacun des éléments mentionnés. Les résultats de ce workshop sont intégrés dans les chapitres consacrés aux six domaines sélectionnés.

3 Les six domaines d'activités : description, terminologies et instruments de mesure

Ce chapitre présente le résultat final obtenu à l'issue des deux étapes du projet (recherche de littérature, travail de définition avec des expert-e-s et workshop de validation final).

- Pour les instruments de mesure, seuls ceux qui ont été considérés à la fin du processus sont détaillés dans ce chapitre. Les autres outils, qui ont été retenus après une première sélection et ont été présentés au cours des étapes intermédiaires du projet, se trouvent en annexe de ce rapport (voir annexe 4).
- Pour la terminologie et les définitions, les recommandations et les principes définis par le groupe de travail sur la terminologie ont été appliqués. Les résultats détaillés de ce processus se trouvent en annexe (voir annexe 1). Les tableaux quadrilingues de synthèse des terminologies adoptées se trouvent dans le chapitre conclusif.

Les six domaines d'activités sont présentés par ordre de leur inclusion dans la CIM-11 et dans le DSM-5 ou leur non inclusion.

3.1 Jeux de hasard et d'argent

3.1.1 Introduction

Les jeux de hasard et d'argent désignent toute activité impliquant une mise d'argent ou d'un bien de valeur sur un événement dont l'issue dépend en partie ou exclusivement du hasard. En cas de gain, une somme d'argent ou des biens sont payés.

Les jeux de hasard et d'argent, sous une forme ou une autre, ont imprégné les différentes cultures tout au long de notre histoire (Bernstein et Bernstein, 1996). Les activités de jeu sont aujourd'hui très présentes dans notre société, de manière informelle (par exemple des paris sportifs entre ami-e-s) ou plus encadrées telles que les casinos ou les plateformes en ligne de paris.

Les problèmes qui leur sont liés sont connus et étudiés depuis plusieurs décennies. Cette accumulation de connaissances scientifiques a permis au '*gambling disorder*' d'être la première conduite addictive sans substance à être reconnue par une classification officielle des maladies (APA, 2013).

3.1.2 Classification

Si le DSM-5 et la CIM-11 reconnaissent le trouble en lien aux jeux de hasard et d'argent, ce dernier a pendant longtemps été au centre du débat entre ceux et celles qui le voient comme un trouble du spectre obsessionnel-compulsif, et ceux et celles qui le considèrent comme un trouble de type addictif. Le trouble en lien aux jeux de hasard et d'argent a été inclus dans le DSM-III en 1980. Classifié sous le chapeau des 'troubles du contrôle des impulsions non classifiés ailleurs', il était cependant déjà diagnostiqué avec des critères très similaires à ceux des troubles de type addictif liés aux substances. La littérature scientifique portant sur cette question a confirmé par la suite les éléments communs avec les troubles de type addictif

liés aux substances (Reilly et Smith, 2013). C'est donc en 2013 que le 'trouble lié au jeu de hasard et d'argent' a été considéré comme un trouble de type addictif par le DSM-5¹⁹ (APA, 2013).

Ensuite, en 2019, la CIM-11 a elle aussi reconnu le '*gambling disorder*' (diagnostic 6C50²⁰) comme trouble de la catégorie '*Disorders due to substance use or addictive behaviours*' > '*Disorders due to addictive behaviours*' (WHO, 2019)²¹.

Il est important de noter que, contrairement à l'approche du DSM-5, le groupe de travail de la CIM-11 a proposé de ne pas inclure les comportements (p.ex. jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo) dans la catégorie des troubles addictifs liés aux substances, mais plutôt d'élargir et redéfinir la catégorie des troubles du contrôle des impulsions, en y incluant le 'trouble de la pratique des jeux de hasard et d'argent' (Grant et Chamberlain, 2016). Cela montre que la catégorisation des comportements en tant que conduites addictives sans substance reste encore débattue et que la validation n'est pas unanime, même dans le cas d'un comportement aussi étudié que les jeux de hasard et d'argent.

3.1.3 Définition et terminologie

Dans le contexte anglophone, le terme 'pathologique' a été considéré comme daté et péjoratif. C'est pourquoi le DSM-5 a choisi d'utiliser le terme 'trouble'. Lors des travaux relatifs au DSM-5 d'autres options ont été proposées. Le terme 'jeu problématique', souvent utilisé pour définir des problèmes moins sévères, et 'jeu compulsif', un terme qui renvoie au trouble obsessionnel-compulsif, n'ont pas été retenus (Petry et al., 2014). La CIM-11 a ensuite également adopté le terme 'trouble'.

19 Gambling disorder involves repeated problematic gambling behavior that causes significant problems or distress. It is also called gambling addiction or compulsive gambling. For some people gambling becomes an addiction – the effects they get from gambling are similar to effects someone with alcoholism gets from alcohol. They can crave gambling the way someone craves alcohol or other substances. Compulsive gambling can lead to problems with finances, relationships and work, not to mention potential legal issues. People with gambling disorder often hide their behavior. They may lie to family members and others to cover up their behavior and may turn to others for help with financial problems. Some gamblers are seeking excitement or action in gambling, others are looking more for escape or numbing.

20 Gambling disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gambling behaviour, which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1. impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gambling to the extent that gambling takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gambling behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gambling behaviour results in significant distress or in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The gambling behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

21 La CIM-11 inclut également le 'Hazardous gambling or betting' (diagnostic QE21).

3.1.3.1 Terminologie adoptée à la suite du workshop final

	fr	all	it	an
Comportement (à faible risque)	Usage des jeux de hasard et d'argent	Glücks- und Geldspielnutzung	Uso di giochi di denaro e d'azzardo	Use of gambling
Comportement à risque	Usage à risque des jeux de hasard et d'argent	Risikoreiche Glücks- und Geldspielnutzung	Uso a rischio di giochi di denaro e d'azzardo	At-risk use of gambling
« Addiction »	Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent	(suchtartige) Glücks- und Geldspielnutzungsstörung	Disturbo legato all'uso (<i>addictive</i>) di giochi di denaro e d'azzardo	Gambling (<i>addictive</i>) disorder

3.1.3.2 Définition du « trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent » adoptée à la suite du workshop final

fr	Perte de maîtrise prolongée/durable de l'usage des jeux de hasard et d'argent ne permettant plus à la personne d'être fonctionnelle face à son projet de vie et à ses relations sociales et s'accompagnant de la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde
all	Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Glücks- und Geldspielen, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.
it	Perdita a lungo termine di controllo sull'uso del gioco d'azzardo che non consente più alla persona di essere funzionale in relazione al suo progetto di vita e alle sue relazioni sociali e accompagnata da la sofferenza della persona e cambiamenti nel suo rapporto con il mondo
an	Long-term loss of control over the use of gambling, not allowing the person to be functional in their life project and social relationships, which is accompanied by the suffering of the person and changes in their relationship to the world

Remarques et explications complémentaires : le « trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent » renvoie à un diagnostic médical et ne doit pas être confondu avec la pratique – même intensive – des jeux de hasard et d'argent.

3.1.4 Instruments

3.1.4.1 Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)

La classification du trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent parmi les troubles de type addictif n'a pas particulièrement modifié la conception de ce trouble et les instruments de mesure disponibles. Ce trouble était traité cliniquement depuis plusieurs années et les critères du DSM étaient déjà similaires à ceux des troubles addictifs liés aux substances ; par conséquent, les instruments de mesure restent cliniquement valides malgré les changements de catégorisation de ce trouble.

L'enjeu était plutôt celui de trouver un consensus sur un instrument de mesure valide à utiliser suffisamment longtemps dans les études épidémiologiques répétées (monitorage) pour assurer une vraie comparabilité (et donc un suivi) dans le temps et de manière uniforme entre les différentes études

3.1.4.2 Instruments de mesure existants

De nombreux instruments de mesure ont été créés et validés. Trois revues systématiques plus ou moins récentes se sont intéressées respectivement à la précision des instruments dans l'identification des joueurs et joueuses souffrant du trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent au sein d'une population donnée (Williams et Volberg, 2014), à la précision des instruments courts (Dowling et al., 2019) ainsi qu'à la validité des instruments pour l'identification à large échelle des joueurs et joueuses souffrant d'un trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent au sein d'une population (Otto et al., 2020).

Dans leur étude, Williams et Volberg (2014) ont analysé les performances de quatre instruments de mesure : PGSI, SOGS, NODS et PPGM. Les résultats montrent qu'en termes de sensibilité, spécificité et prévalence estimée correctement, le PPGM est le meilleur, suivi par le PGSI (cut-off 5+) et le SOGS (cut-off 4+). Le NODS performe moyennement sur tous ces critères.

Dowling et collègues (2019) ont identifié 20 instruments de mesure courts, dont cinq ont été jugés satisfaisants : BPGS (2-items), NODS-CLiP, PGSI-Short Form, NODS-PERC, et NODS-CLiP2.

L'étude d'Otto et collègues (2020) a permis de recenser 31 instruments de mesure différents, dont seulement trois ont été validés par une interview semi structurée (SOGS, PGSI, MAGS-DSM-IV). Les auteur·e·s se montrent très critiques envers la possibilité d'utiliser ces instruments à large échelle pour identifier les joueurs et joueuses souffrant d'un trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent, ceci en raison du grand nombre de faux-positifs ou faux-négatifs.

3.1.4.3 Prévalences dans le monde et en Suisse

Dans leur revue systématique sur les études conduites entre 2000 et 2015 à l'échelon international, Calado et Griffiths (2016) ont trouvé des taux de '*jeu problématique*'* allant de 0.12% à 5.8% à niveau mondial et plus précisément entre 0.12% et 3.4% en Europe. À noter que pour l'Europe les deux prévalences les plus extrêmes ont été observées en Suisse (la plus basse : 0.12% NODS - Brodbeck et al., 2009 ; la plus haute : 3.4% SOGS - Zangerl et al., 2007).

Des études plus récentes réalisées en Suisse ont montré des prévalences de 3.0% de '*jeu problématique*'* (plus précisément : 2.8% '*à risque*'* et 0.2% '*pathologique*'* ; combinaison du Lie/Bet et NODS-CLiP) (Dey et Haug, 2019). L'étude *Cohort Study on substances use risk factors - C-Surf*, portant sur les jeunes conscrits (donc jeunes hommes de nationalité suisse), a observé une prévalence de 1.0% de '*jeu pathologique*'* (selon les critères du DSM-5) (Studer et al., 2016). Enfin dans une étude portant sur des joueurs et joueuses de jeux de hasard en ligne, une prévalence de '*jeu problématique*'* de 2.3% a été estimée (PGSI 8+ ; Al Kurdi et al., 2020).

*termes utilisés par les auteur·e·s de ces différentes études

3.1.4.4 Sélection d'instruments de mesure en vue des consultations d'expert-e-s et du workshop de validation final

Plusieurs instruments de mesure étaient éligibles, mais deux semblaient particulièrement intéressants pour le contexte suisse. Il s'agit du NODS (Gerstein et al., 1999 ; y compris le NODS-CLiP) et le PGSI (Ferris & Wynne, 2001 ; y compris le short-PGSI). Le choix de ces deux outils résulte de la pondération de plusieurs facteurs psychométriques et pratiques.

3.1.4.5 Instrument adopté à la suite du workshop de validation final

PGSI (Problem Gambling Severity Index)

Tous les expert-e-s consulté-e-s ont indiqué que le PGSI était l'outil à privilégier pour la recherche (voir annexe 2).

Cet instrument a été construit comme alternative aux instruments basés sur le DSM. Il est composé par 9 questions portant sur les 12 derniers mois. Il est le deuxième instrument le plus utilisé, et souvent comme référence dans les études de validation. Une version courte existe, qui est composée de 3 questions. La version longue a été utilisée dans l'étude 'eGames Suisse' (Al Kurdi et al., 2020).

Les cut-offs varient en fonction de l'utilisation de cet instrument.

Critères de sélection – PGSI

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non, construit comme alternative au DSM-IV
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Uniquement trois critères de la DSM-5, et pas de critères correspondant vraiment à la CIM-11
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (9)
Version courte (validée) disponible	Oui (3 questions)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, trois catégories de risque pour la version longue et deux pour la version courte
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand, français et italien
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Joueurs en ligne (étude eGames) : 'jeu problématique' 2.3%
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne, France et Italie (étude eGames)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Deux questions sur des effets (problèmes financiers, de santé). Une question porte sur les critiques reçues (celle-ci aussi dans la version courte). Une question générique porte sur le sentiment d'avoir un problème.
Remarques	Très largement utilisé au niveau international. Identifié par les experts du rapport 'Monitoring' (Notari et al., 2019) comme instrument à privilégier. Rapport entre faux positifs/faux négatifs très bon avec un cut-off de 5+

Des **limites** associées à cet instrument de mesure ont toutefois été discutées durant le workshop de validation et doivent être prises en compte. La principale limite concerne la couverture des critères définis dans la CIM-11 : le PGSI ne les couvre que partiellement. Cependant, sa large utilisation et ses validations en font un outil qui ne risque pas d'être remplacé dans les années à venir.

Remarques complémentaires issues du workshop

- Selon les expert·e·s l'OMS prévoit de proposer un outil de screening basé sur la CIM-11 dès 2022. À moyen terme, une réévaluation des instruments de mesure pour ce trouble pourrait donc s'avérer nécessaire.

- Plusieurs comportements problématiques peuvent se chevaucher (p.ex. jeux de hasard et d'argent et jeux vidéo). À l'avenir, il faudra donc accorder une attention particulière aux comportements à cheval sur plusieurs comportements problématiques, en évitant le risque de les mesurer deux fois ou de ne pas évaluer correctement l'intensité du problème.

- Le groupe a soulevé l'importance de ne pas se limiter aux jeux de hasard et d'argent qui sont définis par la loi, mais de prendre en compte tous les jeux qui dans les faits sont des JHA (p.ex. les paris sur les marchés financiers).

- Les expert·e·s ont également souligné qu'en Suisse peu d'outils standardisés sont utilisés dans le cadre psychiatrique. Il y a une différence d'usage des instruments entre les cliniciens et la recherche. Il faut être conscient que le choix d'un instrument pour la recherche n'aura probablement aucun impact sur l'utilisation des instruments dans la pratique clinique.

3.2 Jeux vidéo

3.2.1 Introduction

Les jeux vidéo sont devenus une activité de loisirs très populaire. Toutefois, durant les 30 dernières années, une accumulation d'évidences scientifiques et cliniques a permis de reconnaître l'existence d'un trouble lié à la pratique de jeux vidéo.

3.2.2 Classification

La première mention d'un trouble en lien aux jeux vidéo dans une classification officielle des maladies remonte à 2013, lors de son inclusion sous l'appellation '*Internet Gaming Disorder*' (IGD²²) dans la cinquième édition du DSM (DSM-5), plus précisément dans sa section 3 dédiée à des troubles émergents nécessitant davantage de recherches avant de pouvoir être officiellement reconnus (APA, 2013). Depuis, de nombreux travaux de recherche ont été consacrés à la validation (clinique et diagnostique) de ses neuf critères.

En mai 2019, la onzième Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS a reconnu le '*Gaming disorder*' offline ou online (GD; diagnostic 6C51²³) en l'incluant dans les '*Disorders due to substance use or addictive behaviours*' > '*Disorders due to addictive behaviours*' (WHO, 2019)²⁴.

Dès la publication de la version 'beta draft' de la CIM-11 en 2017, qui proposait l'inclusion du GD, et alors que certains expert-e-s ont accueilli favorablement cet ajout (par exemple Billieux et al., 2017 ; Kiraly & Demetrovics, 2017 ; Van den Brink, 2017; Rumpf et al., 2018), d'autres ont critiqué cette inclusion (par exemple Aarseth et al., 2017 ; van Rooij et al, 2018), arguant notamment que les évidences scientifiques étaient encore insuffisantes, que la plupart des études avaient emprunté une approche confirmatoire et non exploratoire²⁵, qu'il pouvait s'agir d'un trouble secondaire et non primaire et que cela risquait de stigmatiser des joueurs et joueuses « normaux ».

22 Gaming must cause "significant impairment or distress" in several aspects of a person's life. The proposed symptoms of IGD include: Preoccupation with gaming, Withdrawal symptoms when gaming is taken away or not possible (sadness, anxiety, irritability), Tolerance, the need to spend more time gaming to satisfy the urge, Inability to reduce playing, unsuccessful attempts to quit gaming, Giving up other activities, loss of interest in previously enjoyed activities due to gaming, Continuing to game despite problems, Deceiving family members or others about the amount of time spent on gaming, The use of gaming to relieve negative moods, such as guilt or hopelessness Risk, having jeopardized or lost a job or relationship due to gaming. Under the proposed criteria, a diagnosis of IGD would require experiencing five or more of these symptoms within a year. The condition can include gaming on the internet, or on any electronic device, although most people who develop clinically significant gaming problems play primarily on the internet.

23 GD, predominantly online, is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming') that is primarily conducted over the internet and is manifested by: impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The behaviour pattern is of sufficient severity to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

24 La CIM-11 inclut également le 'Hazardous gaming' (diagnostic QE22).

25 Certains comportements excessifs seraient a priori considérés comme des addictions comportementales en recourant aux critères de l'addiction aux substances (approche confirmatoire) au lieu de développer une toute nouvelle conceptualisation ou des conceptualisations empruntant d'autres pistes (trouble obsessionnel compulsif, trouble du contrôle de l'impulsion, coping inadapté) (approche exploratoire).

Le débat entre les expert·e·s s'est poursuivi au-delà de mai 2019 à propos des critères diagnostiques retenus par les deux classifications officielles. Selon une récente revue d'expert·e·s, les critères de la CIM-11 permettent probablement de diagnostiquer un GD de manière adéquate et d'éviter la sur-pathologisation, tandis que certains critères du DSM-5 ne seraient pas pertinents sur le plan clinique et augmenteraient le risque de sur-pathologisation (Castro-Calvo et al, 2021).

3.2.3 Définition et terminologie

Avant l'inclusion du trouble lié à l'usage des jeux vidéo dans les deux classifications officielles, la nomenclature utilisée au niveau international par les chercheurs et chercheuses était très variée. En anglais on trouvait par exemple les termes '*problematic (online) gaming*', '*video game addiction*', '*video game dependency*' ou '*(online) gaming addiction*'. En français, on trouvait notamment 'addiction aux jeux vidéo', 'dépendance aux jeux vidéo' et 'jeux vidéo excessifs'.

Logiquement, depuis 2013 resp. 2015 les termes *Internet Gaming Disorder* ('trouble de l'usage des jeux vidéo en ligne' ; APA 2013) resp. *Gaming Disorder* ('trouble de l'usage des jeux vidéo' ; WHO, 2019) sont préférentiellement utilisés et le seront probablement toujours plus dans le futur.

3.2.3.1 Terminologie adoptée à la suite du workshop final

	fr	all	it	an
Comportement (à faible risque)	Usage des jeux vidéo	Videospielnutzung	Uso di videogiochi	Use of gaming
Comportement à risque	Usage à risque des jeux vidéo	Risikoreiche Videospielnutzung	Uso a rischio di videogiochi	At-risk use of gaming
« Addiction »	Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux vidéo	(suchtartige) Videospielnutzungsstörung	Disturbo (<i>addictive</i>) legato all'uso di videogiochi	Gaming (<i>addictive</i>) disorder

3.2.3.2 Définition du « trouble lié à l'usage des jeux vidéo » adoptée à la suite du workshop final

fr	Perte de maîtrise prolongée/durable de l'usage des jeux vidéo ne permettant plus à la personne d'être fonctionnelle face à son projet de vie et à ses relations sociales et s'accompagnant de la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde.
all	Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Videospiele, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.
it	Perdita a lungo termine di controllo sull'uso dei videogiochi non permettendo più alla persona di essere funzionale in relazione al suo progetto di vita e alle sue relazioni sociali che si accompagna alla sofferenza della persona e cambiamenti nella sua rapporto con il mondo
an	Long-term loss of control over the use of video games, not allowing the person to be functional in their life project and social relationships, which is accompanied by the suffering of the person and changes in their relationship to the world

Remarques et explications complémentaires : le « trouble lié à l'usage des jeux vidéo » renvoie à un diagnostic médical et ne doit pas être confondu avec la pratique – même intensive – des jeux vidéo.

3.2.4 Instruments

3.2.4.1 Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)

La mesure du trouble lié à l'usage des jeux vidéo (IGD/GD) est aujourd'hui encore sujette à des débats contradictoires et de nombreuses incertitudes subsistent sur la façon de mesurer et valider ce trouble de façon optimale. À cela s'ajoute la complication que les usages et la nomenclature liée aux activités en ligne, notamment les jeux vidéo, évoluent en fonction des rapides développements technologiques et que, par conséquent, la façon dont les instruments de mesure sont concrètement formulés peut s'avérer obsolète quelques années déjà après leur création.

3.2.4.2 Instruments de mesure existants

Depuis la parution du DSM-5, de nombreux instruments de mesure ont été développés dans l'intention de mesurer l'IGD selon ses neuf critères. Et depuis l'inclusion du GD dans la CIM-11, de nouveaux instruments commencent à voir le jour pour étudier la validité de ses quatre critères.

Dans leur récente revue systématique de littérature consacrée aux instruments de mesure existants, King et collègues (2020) en ont recensés 25 consacrés spécifiquement à l'usage problématique ou au trouble de la pratique des jeux vidéo (littérature recensée jusqu'au 4 avril 2019), soit créés avant l'inclusion du GD dans la CIM-11. Selon ces auteur·e·s, aucun de ces instruments n'émerge de leur évaluation comme constituant clairement le choix optimal, tant en termes d'avantages psychométriques que pratiques. Néanmoins, parmi tous ces instruments de mesure, sept incluent les neuf critères du DSM-5 ainsi que les quatre de la CIM-11 (aucun de ces sept ne couvre que les critères de l'une ou l'autre des deux classifications): Petry IGD, IGDS9-SF, PIE-9, IGDT-10, SCI-IGD, CVAT2.0, IGUESS. Parmi ces sept instruments, les deux ayant obtenu le score le plus élevé (en termes d'évidences scientifiques disponibles

et d'utilisation dans le cadre d'enquêtes) sont l'IGDS9-SF (Internet Gaming Disorder Scale-9 Short Form ; Pontes & Griffiths, 2015) et l'IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test-10 items ; Király et al., 2017). En comparaison, les cinq autres instruments sont distancés (en termes d'évidences scientifiques disponibles et d'utilisation dans le cadre d'enquêtes).

Depuis cette revue systématique et l'inclusion du GD dans la CIM-11, de nouveaux instruments ont été créés, tels que le GDT (Gaming Disorder Test ; Pontes et al., 2019) qui reprend tels quels les quatre critères de la CIM-11, sans aucune adaptation et sans déclinaison du quatrième critère (*impairment*). De plus, comme cela s'est produit suite à l'inclusion de l'IGD dans le DSM-5, d'autres instruments de mesure basés sur la CIM-11 verront le jour dans les prochains mois et années.

3.2.4.3 Prévalences dans le monde et en Suisse

Dans la littérature scientifique internationale, la prévalence du trouble lié à l'usage des jeux vidéo varie beaucoup en fonction de la définition considérée, de l'instrument de mesure et du cut-off utilisés, du type d'échantillon et de la population étudiée, entre autres, ce qui illustre bien la difficulté de mesurer adéquatement ce phénomène et d'en estimer l'ampleur au sein d'une population donnée. En fonction de ces divers éléments, la prévalence varie généralement entre 0.5% et 5% environ (pour des exemples voir King et al., 2020), soit des prévalences proches de celles du *gambling disorder* (voir chapitre 'Jeux de hasard et d'argent'). Mais certaines études ont obtenu des prévalences supérieures à 15% (pour des exemples voir King et al., 2020) et des résultats aussi élevés soulèvent inmanquablement des doutes quant à la méthodologie utilisée et reflètent très probablement un taux élevé de faux-positifs.

En Suisse, l'étude longitudinale *C-Surf* conduite auprès de jeunes conscrits (jeunes hommes de nationalité suisse) a inclus dans son questionnaire l'échelle de mesure 7-item Game Addiction Scale (GAS7 ; Lemmens et al., 2009). Cette échelle ne couvre toutefois pas l'ensemble des critères du DSM-5 ou de la CIM-11. L'étude obtient pour la période 2010-2011 une prévalence de '*joueurs pathologiques*'* ('*monothetic users*'*) de 2.3 % en Suisse alémanique et également de 2.3% en Suisse romande (Khazaal et al., 2016). Les prévalences de '*joueurs excessifs*'* ('*polythetic users*'*; non pathologiques) étaient, elles, de 8.1% resp. 10.6%. En revanche, l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), toutes deux représentatives au niveau national, n'ont pas inclus d'échelle de mesure du problème en lien aux jeux vidéo dans leur questionnaire.

*termes utilisés par les auteur-e-s de cette étude

3.2.4.4 Sélection d'instruments de mesure en vue des consultations d'expert-e-s et du workshop de validation final

Au vu des éléments ci-dessus, il a été jugé pertinent de renoncer à tous les nouveaux instruments de mesure basés sur la CIM-11 en raison du manque de recul scientifique les concernant, et de retenir les deux instruments suivants : l'IGDT-10 et l'IGDS9-SF.

Il est toutefois important de souligner qu'ils ont été retenus par élimination et non parce qu'ils paraissent clairement optimaux pour mesurer l'IGD/le GD (voir tableaux des avantages et limites). En effet, il est probable que dans les prochains mois ou années d'autres instruments validés voient le jour qui mesurent les critères de la CIM-11 de façon plus complète (c'est-à-dire en incluant les difficultés dans le domaine financier).

3.2.4.5 Instrument adopté à la suite du workshop de validation final

La majorité des expert·e·s consultés a indiqué que l'IGDT-10 était l'outil à privilégier pour la recherche (voir annexe 2).

IGDT-10

L'IGDT-10 s'appuie pour l'essentiel sur le DSM-5 et a été validé (propriétés psychométriques) dans plusieurs pays et langues. Dans le cadre de l'étude initiale menée en Hongrie auprès d'un échantillon opportuniste de joueurs et joueuses recruté·e·s sur Facebook âgé·e·s d'au moins 14 ans, la prévalence de l'IGD est de 2.6%-2.9% en considérant le cut-off de 5 points sur 9 (25/45 points) proposé par le DSM-5 (Király et al., 2017).

Critères de sélection – IGDT-10

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	DSM-5 et CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les 9 critères du DSM-5 et les 4 de la CIM-11 (dont 4 <i>impairments</i> sur 5)
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (10)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Actuellement non validé cliniquement
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Les deux
Online et/ou offline	Online
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Français
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Oui, France (mais pas enquête populationnelle)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Quatre questions (école/travail, relations, général, amitiés+hobbies)
Remarques	-

Des **limites** associées à cet instrument de mesure et au trouble qu'il doit mesurer ont toutefois été discutées lors du workshop de validation et doivent être prises en compte. L'instrument, comme aussi le trouble qu'il doit mesurer, sont très récents et cela entraîne un certain nombre de limitations dont il faut tenir compte.

La limite plus importante concerne la possibilité actuelle de mesurer correctement le « trouble lié à l'usage des jeux vidéo », et par conséquent aussi la catégorie « utilisation à risque ». Les cut-off proposés par les auteur·e·s de l'IGDT-10 n'ont pas été validés auprès d'échantillons cliniques, mais uniquement dans des échantillons opportunistes ('convenience samples'). En outre, l'absence actuelle de critères et de seuils dans la CIM-11 pour définir le « trouble » ne permet pas de déterminer quels sont les individus non problématiques, à risque ou ayant un trouble. Cette limitation devrait être résolue dans les prochains mois avec une définition claire des critères et des seuils. Malheureusement, cela implique qu'à l'heure actuelle, l'instrument ne peut mesurer que l'intensité des symptômes et des problèmes.

D'autres limitations d'ordre plus technique concernent l'absence d'une validation en allemand et italien. L'instrument présente aussi l'absence d'une question mesurant les « problèmes financiers » (King et al., 2020) – alors même que de plus en plus de jeux vidéo incluent des mécaniques de monétisation qui peuvent déboucher sur des problèmes d'ordre financier. De plus, l'absence d'une version courte limiterait son utilisation dans des enquêtes populationnelles comme l'ESS.

Remarques complémentaires issues du workshop

- Selon les expert·e·s l'OMS prévoit de proposer un outil de *screening* basé sur la CIM-11 dès 2022. À moyen terme, une réévaluation des instruments de mesure pour ce trouble pourrait donc s'avérer nécessaire.
- La question de la stigmatisation²⁶ des joueurs et joueuses est un point important. Il est essentiel de veiller à ne pas les pathologiser.

²⁶ Voir par exemple l'article Galanis et al. 2020.

3.3 Sexualité

3.3.1 Introduction

L'activité sexuelle (jugée) 'excessive' a fait longtemps l'objet d'une censure sociale, selon l'époque et le lieu, et a souvent été associée à un dysfonctionnement psychiatrique (Wakefield, 2012). Ainsi, l'histoire de sa classification comme un trouble est très complexe. Aujourd'hui, un effort est fait pour éviter le jugement social et la moralisation du comportement sexuel, mais les réflexions autour de cette problématique courent toujours le risque de tomber dans les pièges du passé.

3.3.2 Classification

En 1978, Orford avait argumenté en faveur d'une théorie de la *Hypersexual Dependence*, mais avait aussi soulevé trois problèmes majeurs, également rapportés par Carnes (1994), et valables encore aujourd'hui (Rosenberg et al., 2014). Pour ces auteur-e-s il est difficile de distinguer un comportement sexuel « normal » d'un comportement « anormal », de déterminer quand se produit la perte de contrôle et d'évaluer le rôle joué par le contexte culturel.

En 2013, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) a rejeté l'inclusion du *Hypersexual Disorder* (HD) en tant que nouveau diagnostic spécifique. Comme l'expliquent Reid et Kafka (Reid & Kafka, 2014 ; Kafka, 2014), au cours du processus d'élaboration du DSM-5 de fortes critiques ont été émises quant au risque d'introduire un diagnostic susceptible de pathologiser à tort le comportement sexuel « normal » (Frances, 2010 ; Wakefield, 2012 ; Winters, 2010), ce qui pouvait fournir une excuse médicalisée pour des conduites jugées immorales (Halpern, 2011), était insuffisamment fondé scientifiquement (Wakefield, 2012) et s'expliquait déjà par d'autres troubles (Halpern, 2011).

Six ans plus tard, le '*compulsive sexual behaviour disorder*' (diagnostic 6C72²⁷) a été inclus en tant que nouveau diagnostic dans la Classification internationale des maladies (CIM-11), dans la catégorie des *Impulse control disorders* (WHO, 2019). Comme ce fût le cas durant le processus de développement du DSM-5, le développement de la CIM-11 a vu une confrontation marquée (Fuss et al., 2019) entre les expert-e-s demandant une inclusion dans la CIM-11 et ceux-celles critiquant ce point de vue. Le diagnostic de '*compulsive sexual behaviour disorder*' repose sur plusieurs critères du diagnostic du '*Hypersexual Disorder*' précédemment proposé pour le DSM-5, mais présente aussi des différences importantes, comme un critère axé sur la diminution de la satisfaction et un autre critère axé sur la prise en compte de l'incongruence morale. En réponse aux critiques de surpathologisation, Kraus et collègues (2018) expliquent que, suivant les critères de la CIM-11, les individus qui ne présentent pas un contrôle altéré de leur comportement sexuel et pas non plus de détresse ou d'altération significative de leur fonctionnement au quotidien ne sont pas diagnostiqués d'un trouble du comportement sexuel compulsif. Le même constat vaut pour les individus qui souffrent d'une détresse psychologique liée uniquement à des jugements moraux ou à une désapprobation des comportements sexuels.

27 Compulsive sexual behaviour disorder is characterised by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges resulting in repetitive sexual behaviour. Symptoms may include repetitive sexual activities becoming a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities; numerous unsuccessful efforts to significantly reduce repetitive sexual behaviour; and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behaviour is manifested over an extended period of time (e.g., 6 months or more), and causes marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviours is not sufficient to meet this requirement.

3.3.3 Nouvelle orientation prise lors du workshop de validation final - utilisation problématique de la pornographie

Lors du workshop de validation finale, le choix a été formulé de se focaliser sur l'«**utilisation problématique de la pornographie**» plutôt que le '*compulsive sexual behaviour disorder*'. Au regard de leurs pratiques professionnelles (p.ex. nombre de personnes concernées, type de prise en charge, développement du trouble, etc.), les membres du groupe de travail ne reconnaissent pas le trouble '*compulsive sexual behaviour disorder*' comme comportement ayant des caractéristiques assimilables à des conduites addictives sans substance. Les membres du groupe de travail admettent toutefois que certaines pratiques, comme la **cyberpornographie**, pourraient relever d'une logique addictive, même s'ils estiment que des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer si sont susceptibles de relever des conduites addictives sans substance. Les résultats de la recherche sur les instruments relatifs aux comportements sexuels compulsifs figurent à l'annexe 5.

3.3.3.1 Terminologie adoptée à la suite du workshop final

	fr	all	it	an
Comportement	Usage de la pornographie	Pornographienutzung	Uso di pornografia	Use of pornography
Comportement problématique	Usage problématique de la pornographie	Problematische Pornografienutzung	Uso problematico di pornografia	Problematic use of pornography

3.3.3.2 Définition de l' « usage problématique de la pornographie » adoptée à la suite du workshop final

Définition

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par l'usage de pornographie
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch die Nutzung von Pornografie entstehen
it	Un concetto che si riferisce a un insieme di difficoltà create - per certi individui - dall'uso della pornografia
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for some individuals - by the use of online pornography

3.3.3.3 Instruments de mesure pour l'utilisation problématique de la pornographie

Deux articles récents ont été utilisés pour identifier l'instrument de mesure à proposer pour mesurer l'utilisation problématique de la pornographie. La première, une revue systématique (Fernandez et Griffiths, 2021) a analysé 22 instruments de mesure. Parmi celles-ci, deux ont été indiqués comme étant les plus intéressants et les plus complets : le Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS ; Böthe et al., 2018) et le Problematic Pornography Use Scale (PPUS ; Kor et al., 2014). Le deuxième article a analysé trois échelles selon des critères quantitatifs et qualitatifs, parmi lesquels le PPUS et le PPCS (Chen et Jiang, 2020).

Le PPCS est une échelle comprenant 18 items qui mesure l'utilisation problématique de la pornographie en ligne et qui se base sur le modèle de l'addiction de Griffiths. Le PPUS est une échelle à 12 items et a été développée sur la base de l'Hypersexual Disorder proposé pour le DSM-5.

Étant donné qu'il n'est actuellement pas défini dans quelle catégorie diagnostique l'utilisation problématique de la pornographie peut être incluse, et que l'objectif d'un instrument de mesure devrait plutôt être d'analyser l'impact négatif du comportement, notre choix s'est orienté vers le PPUS.

Par rapport au PPCS, le PPUS couvre de manière plus complète l'impact négatif du comportement sur les relations sociales ou le travail, et inclut une question sur la poursuite du comportement malgré la mise en danger physique. Ces critères correspondent mieux à ceux qui ont été retenus dans la CIM-11 pour le '*compulsive sexual behaviour disorder*'.

Critères de sélection – PPUS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Construit sur la base de la proposition pour le DSM-5 de l'Hypersexual Disorder
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	7 sur 9 critères de la CIM-11 sont couverts et 8 sur 10 de la proposition faite pour le DSM-5
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (12)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Non
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Pas avant validation clinique
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Une question sur les effets (education/emploi/relations) et une sur la mise en danger (education/emploi/relations)
Remarques	L'instrument mesure un comportement qui s'éloigne du comportement considéré par la CIM-11 et analysé lors de la définition du DSM-5. Plus de développements dans l'utilisation de cet instrument ne sont pas à attendre dans le proche futur.

3.4 Achats

3.4.1 Introduction

Les achats sont un comportement tout à fait normal et naturel dans une économie de marché. Pourtant, un problème en lien avec le comportement d'achat a été rapporté dans la littérature en 1915 déjà. Le psychiatre allemand Emil Kraepelin a été le premier à parler d' « oniomanie » (du grec onios, « à vendre ») en se référant à une manie d'acheter. Plus de 100 ans après, ce comportement problématique n'est pas encore classifié de manière consensuelle et les chercheurs et chercheuses n'ont pas encore été en mesure de clarifier s'il s'agit d'un problème de contrôle des impulsions, d'un trouble obsessionnel-compulsif ou d'une conduite addictive sans substance (Aboujaoude, 2014 ; Andreassen, 2014).

3.4.2 Caractéristiques de ce comportement

Ce comportement se caractérise par des préoccupations excessives en matière d'achat, des impulsions d'achat mal contrôlées et ressenties comme irrésistibles, ainsi que des excès récurrents et inadaptés qui entraînent une détresse et une gêne marquées (McElroy et al., 1994; Lejoyeux et al., 1996). **Les acheteurs et acheteuses compulsifs-ves se concentrent fortement sur le processus d'achat lui-même**, c'est-à-dire qu'ils sont plus intéressés par l'acquisition que par la possession ou l'utilisation de l'article acheté (Lejoyeux et al., 1996). Les patient-e-s atteint-e-s achètent des biens de consommation dont ils n'ont pas besoin ou qui dépassent leur budget, ou achètent des articles en quantités inutiles, et passent régulièrement beaucoup plus de temps que prévu à acheter et à faire du shopping. **La plupart des biens achetés sont rarement ou jamais utilisés**, mais sont plutôt cachés, stockés, donnés en cadeau, oubliés ou jetés (Weinstein et al., 2016). Chez les acheteurs et acheteuses compulsifs-ves les efforts pour mettre fin à ce comportement sont vains, des expériences de culpabilité et de regret après l'achat, et des conséquences négatives à plus long terme sont observées. Ces dernières comprennent l'augmentation ou le développement de comorbidités psychiatriques, des problèmes familiaux, des difficultés professionnelles, des problèmes financiers, des poursuites pénales et une diminution de la qualité de vie. (Christenson et al., 1994 ; Zhang et al., 2017).

3.4.3 Classification : trouble, symptôme ou simple excès ?

Au niveau nosographique, le DSM-5 n'inclut pas de diagnostic relatif aux achats, tandis que dans la CIM-11 ce qui est appelé 'trouble lié au comportement d'achat' ('buying-shopping disorder') est mentionné comme exemple pour la catégorie résiduelle 'autres troubles spécifiés du contrôle des impulsions' (diagnostic 6C7Y).

Dans la littérature scientifique, deux positions peuvent être identifiées concernant la nosologie de ce comportement. D'un côté se trouvent ceux et celles qui considèrent le comportement comme pathologique, c'est-à-dire comme un trouble. De l'autre se trouvent ceux et celles qui rendent attentif au fait que ce comportement pourrait simplement être dysfonctionnel (Billieux et al., 2015).

... un trouble

Plusieurs catégorisations nosologiques ont été proposées : un sous-type des troubles obsessionnels compulsifs, un trouble du contrôle des impulsions ou une conduite addictive sans substance (Hollander & Allen, 2006).

Il existe des points communs entre le trouble lié au comportement d'achat et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), sachant que des études récentes ont révélé davantage de similitudes étroites entre le trouble lié au comportement d'achat et le trouble de l'usage des jeux de hasard et d'argent, qu'entre le trouble lié au comportement d'achat et les TOC (Müller et al., 2019).

Selon la CIM-11, les troubles du contrôle des impulsions se caractérisent par un échec répété à résister à une impulsion, une pulsion ou une envie d'accomplir un acte gratifiant pour la personne, du moins à court terme, malgré des conséquences telles que des dommages à plus long terme pour la personne ou pour des tiers, une détresse marquée au sujet du modèle de comportement ou une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants. Le tableau clinique observé chez les patient·e·s atteint·e·s par le trouble lié au comportement d'achat répond à ces critères (Müller et al., 2019).

Des considérations récentes suggèrent que ce trouble pourrait être considéré de manière plus appropriée comme une conduite addictive sans substance (Mestre-Bach et al., 2017). Les facteurs qui semblent relier ce trouble et les troubles liés à la consommation de substances ou le trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent sont des processus décisionnels inadaptés, une plus grande importance des stimuli spécifiques au trouble et la recherche de récompense (Derbyshire et al., 2014 ; Trotzke et al., 2017 ; Starcke et al., 2018).

...un symptôme

Le problème en lien avec le comportement d'achat peut découler d'autres troubles. Dans la maladie de Parkinson, une des complications des thérapies est l'apparition de comportements impulsifs et compulsifs qui peuvent entraîner différents troubles cognitifs et comportementaux, notamment en matière d'achat (Bhattacharjee, 2018; Callesen et al., 2014). Dans le cas des troubles bipolaires, lors de la phase maniaque la personne peut avoir des comportements impulsifs, comme des achats dérégulés (Filomensky et al., 2012; Lejoyeux & Weinstein, 2010). Dans le cas de la thésaurisation (*hoarding*), un grand nombre de personnes touchées ont des comportements d'achat compulsif, mais il ne s'agit pas d'une addiction, mais plutôt du processus utilisé pour répondre au besoin de posséder (Claes et al., 2016; Möllenkamp et al., 2015).

...un excès

Les achats impulsifs sont un aspect normal dans la vie d'un·e consommateur·trice et sont un des objectifs principaux de la gestion du marketing. Les méthodes de marketing telles que le développement des cartes de crédit, des distributeurs automatiques de billets, du crédit instantané, des réseaux de téléachat et du télémarketing poussent les consommateurs·trices à acheter des articles de façon impulsive avec plus de facilité (Lejoyeux & Weinstein, 2013). Des auteur·e·s ont par exemple montré que les achats impulsifs sont liés aux valeurs matérialistes (Dittmar, 2005), aux croyances et processus de autorégulation (Sohn & Choi, 2012), ou au contrôle des émotions (Fenton-O'Creevy, 2018).

3.4.4 Définition et terminologie

La difficulté de catégoriser cette problématique est mise en évidence par les nombreux termes utilisés dans la littérature pour le décrire. Les termes recensés sont par exemple : 'oniomanie', 'achats compulsifs', 'achats impulsifs', 'addiction au shopping', 'achat pathologique' et 'achat problématique'.

3.4.4.1 Terminologie adoptée à la suite du workshop final

	fr	all	it	an
Comportement	Comportement d'achat	Kaufverhalten	Comportamento di acquisto/shopping	Buying behavior
Trouble	Trouble de l'achat/shopping compulsif	Zwanghafte Kauf-/Shoppingstörung	Disturbo da acquisto/shopping compulsivo	Compulsive buying-shopping disorder

3.4.4.2 Définition du « trouble de l'achat/shopping compulsif » adoptée à la suite du workshop final

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par leur comportement d'achat.
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch ihr Kaufverhalten verursacht werden.
it	Concetto che si riferisce ad un insieme di difficoltà causate - per alcuni individui - dal loro comportamento di acquisto.
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for certain individuals - by their purchasing behavior.

3.4.5 Instruments

3.4.5.1 Enjeux méthodologiques (et potentielles conséquences en matière de santé publique)

Chaque individu vivant dans une société de marché est la cible du marketing à chaque instant de sa vie, et l'impulsion d'achat en est l'objectif primaire. L'acheteur impulsif représente donc l'archétype du consommateur idéal. Notre société encourage les attitudes orientées vers les biens matériels en créant de fausses perceptions de la réalité (O'Guinn et Faber, 1989), en dévalorisant à travers la publicité le consommateur moyen et en offrant des produits qui confèrent un statut à qui les possède (Benson, 2000). L'impulsivité dans les achats, les achats déréglés, les regrets, les problèmes économiques, et d'autres problèmes liés aux achats ne représentent donc pas forcément la présence d'une pathologie en lien avec le comportement d'achat.

Des cas cliniques d'acheteurs et d'acheteuses ayant des réels problèmes avec les achats sont observés, documentés et traités depuis 1915. Pourtant, en absence d'un diagnostic clair, trouver un instrument valide capable de mesurer un problème dont un certain nombre de critères se confond avec le consumérisme est très difficile, voir impossible.

En conclusion, comme l'a souligné le groupe d'expert·e·s pour la CIM-11, à l'heure actuelle il n'existe pas d'évidences scientifiques suffisantes permettant de considérer le problème en lien avec le comportement d'achat comme conduite addictive sans substance, qui devrait plutôt être considéré dans une optique de trouble du contrôle des impulsions. Il est toutefois nécessaire de tenir compte du taux élevé de comorbidités psychiatriques et des achats simplement excessifs (donc non pathologiques), qui, bien que susceptibles de poser problème, sont l'effet d'une perte de contrôle normale dans le contexte économique-libéral des sociétés occidentales.

3.4.5.2 Instruments de mesure existants

Dans la littérature scientifique il existe de nombreux instruments de mesure. Au cours de la revue de la littérature 12 instruments ont été identifiés. Nombre de ces instruments sont construits en empruntant la perspective d'un trouble du contrôle des impulsions, tandis que la perspective de la conduite addictive sans substance a été intégrée aux questionnaires plus récents. En général, peu d'instruments sont adéquats pour mesurer à la fois les achats *offline* et les achats *en ligne* ; alors que les plus anciens présentaient certaines questions qui se référaient uniquement aux achats « physiques », les plus récents incluent des questions qui valent pour les deux moyens d'achat. Parmi ces instruments, trois ont été considérés comme plus adaptés et sont présentés plus en détail ci-dessous.

3.4.5.3 Prévalences dans le monde et en Suisse

Dans une méta-analyse, un taux global de 4,9 % a été identifié parmi les études avec des échantillons représentatifs d'adultes et utilisant divers instruments de mesure (Maraz et al., 2016). Une enquête représentative suisse de 2003 a révélé un taux comparable de 4,8 % (*Deutsche Kaufsuchtindikator* ; Maag, 2010). Une enquête plus récente (Wenger et Schaub, 2020) a observé aussi un taux très similaire (4.2% en utilisant l'instrument de mesure 'BSAS' décrit plus loin dans ce chapitre).

3.4.5.4 Sélection d'instruments de mesure en vue des consultations d'expert·e·s et du workshop de validation final

Trois instruments ont été identifiés comme intéressants et méritant une attention particulière. Il s'agit de : Bergen Shopping Addiction Scale [BSAS] (Andreassen et al., 2015), Pathological buying screener [PBS] (Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski, et al., 2020) et Richmond Compulsive Shopping Scale [RCSS] (Ridgway et al., 2008).

3.4.5.5 Instrument adopté à la suite du workshop de validation final

Plusieurs expert·e·s ont relevé l'importance de disposer d'instruments de mesure permettant de suivre dans la durée les comportements d'achats, mais la consultation d'expert·e·s et le workshop de validation final n'ont **pas permis d'arrêter le choix d'un instrument**. Les deux instruments qui ont été indiqués comme les plus pertinents (BSAS et PBS) présentent en effet des limites importantes.

Actuellement le '*Compulsive buying-shopping disorder*' est reconnu par la CIM-11 dans la catégorie '*other specified impulse control disorders*', cependant, en absence de critères diagnostiques clairement définis, l'utilisation d'un instrument de mesure ne permettra pas de définir des catégories de risque/problème claires et validées.

Les auteur·e·s du présent rapport proposent, **par défaut**, l'utilisation du PBS. Le PBS a été développé dans une perspective de trouble du contrôle des impulsions (catégorie diagnostique actuellement reconnue par la CIM-11) et de conduite addictive sans substance, et une première validation clinique de l'instrument du PBS a été effectuée. Le BSAS utilise en revanche uniquement le modèle des composantes de l'addiction de Griffiths (2005), quand bien même un trouble de type addictif lié au comportement d'achat n'est pas formellement reconnu et l'instrument n'a pas été validé cliniquement.

PBS - The pathological Buying Screener

Cet instrument de mesure a été développé dans une perspective de trouble du contrôle des impulsions et de conduite addictive sans substance. Il a été développé sur la base du questionnaire Compulsive Buying Scale (instrument qui a fait référence pendant un certain temps, mais désormais dépassé) en l'adaptant au contexte actuel. Le questionnaire est composé de 13 items.

La validation du questionnaire a été effectuée lors de trois études, dont une permettant de valider le PBS sur un échantillon de patient·e·s en traitement pour un problème lié au comportement d'achat ((Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski, et al., 2020). L'instrument présente une sensibilité de 98.0% et une spécificité de 94.7% (seuil ≥ 29).

Critères de sélection – PBS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Que partiellement (addiction comportementale et troubles du contrôle des impulsions)
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les critères de la CIM-11 pour ce trouble ne sont pas encore définis [catégorie résiduelle]. Dans tous les cas, les critères ne seront pas ceux d'une addiction.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (13)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Pas clair
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne (4.8%)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Quatre questions (problèmes financiers, détresse, problèmes emploi/études, problèmes avec les autres)
Remarques	

3.5 Réseaux sociaux (sous catégorie des médias sociaux)

Les médias sociaux sont des applications web qui permettent à ses utilisateurs et utilisatrices, identifié·e·s par un profil qui leur est propre, de publier des contenus tout en commentant ou mettant en avant les publications d'autres utilisateurs et utilisatrices. Les interactions autour d'intérêts partagés et la création de vaste réseaux sociaux (communauté) sont au centre du fonctionnement des médias sociaux.

Les médias sociaux font plutôt référence à l'ensemble des sites et d'applications sociales (telles que le monde des jeux virtuels, les blogs, projet collaboratif), dont les réseaux sociaux sont une sous-catégorie (Kuss et Griffiths 2017). Les réseaux sociaux, qui se distinguent par leurs capacités à créer des communautés virtuelles et par les activités qu'ils proposent, est la catégorie de médias sociaux la plus étudiée.

3.5.1 Introduction

Les différents sites et applications de médias sociaux se sont multipliés au cours des dernières années et sont devenus, surtout parmi les jeunes, l'un des principaux moyens de communication et d'interaction avec autrui. Néanmoins, certain·e·s utilisateurs et utilisatrices présentent un problème lié à l'usage de médias sociaux dans le sens où ils·elles leur consacrent un temps (jugé) excessif voire évoquent une perte de contrôle. Les éléments qui permettent un réseautage social (*social networking*) sont reconnus comme particulièrement problématiques, et pour cette raison les recherches scientifiques se sont focalisées particulièrement sur la sous-catégorie des réseaux sociaux.

3.5.2 Classification

Les réseaux sociaux peuvent être définis comme des plateformes numériques permettant aux utilisateurs et utilisatrices de se créer des profils personnels en régulant le degré d'intimité (*'privacy'*) et d'interagir avec d'autres utilisateurs et utilisatrices en partageant et commentant des contenus ou encore en échangeant des messages privés (Boyd et Ellison 2007). Ces pratiques d'usage peuvent non seulement renforcer le lien entre des personnes qui se connaissent déjà, mais aussi créer de nouvelles relations tant au niveau professionnel que privé. Mais tandis que de nombreuses personnes utilisent les réseaux sociaux de manière fonctionnelle, d'autres paraissent présenter un problème lié à l'usage des réseaux sociaux (Boer et al. 2020; Zhang et Rau 2021).

Les comportements d'usage des réseaux sociaux sont très étudiés afin de comprendre l'impact de ce qui serait un problème lié à l'usage des réseaux sociaux sur la vie des individus concernés. Toutefois, le large éventail de terminologies utilisées pour nommer le comportement illustre parfaitement l'absence de consensus sur ses fondements théoriques et étiologiques (Abendroth et al. 2020; Zendle et Bowden-Jones 2019).

Dans la littérature scientifique, le sujet est en outre très controversé. À l'instar des autres comportements qui ne sont pas inclus dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) et la Classification internationale des maladies (CIM-11), le débat scientifique oscille entre ceux et celles qui considèrent que le problème lié à l'usage des réseaux sociaux est une pathologie (p.ex. il pourrait s'agir d'une conduite addictive en lien avec les réseaux sociaux), et ceux et celles qui, au contraire, pensent qu'il s'agit simplement d'une conséquence d'une utilisation excessive liée à des problèmes (primaires) sous-jacents. Parmi les tenant d'une pathologie, certain·e·s auteur·e·s postulent que le problème lié à l'usage des réseaux sociaux s'apparente au trouble de l'usage des jeux vidéo (IGD/GD) et proposent de le définir et de l'étudier comme une conduite addictive sans substance (p.ex. Griffiths et al., 2014 ; Andreassen, 2015). Pour d'autres, on est en présence d'un trouble du contrôle des impulsions ou encore d'un trouble

obsessionnel-compulsif. Par contraste, d'autres auteur-e-s soutiennent la thèse qu'une utilisation (jugée) excessive n'est pas forcément pathologique, mais plutôt la manifestation d'un autre problème (primaire) sous-jacent. Dans ce cas, les réseaux sociaux seraient utilisés comme un moyen de fuir les problèmes du quotidien et permettraient d'améliorer le bien-être. C'est pourquoi Kardefelt-Winther (2014) avance l'hypothèse d'une utilisation compensatoire.

En bref, il existe à ce jour des cadres théoriques concurrents pour le même comportement observé, mais pas assez de preuves scientifiques pour être en mesure de qualifier et classer le problème lié à l'usage des réseaux sociaux, ce qui soulève bien des enjeux méthodologiques et de santé publique.

3.5.3 Définition et terminologie

Des terminologies diverses et variées sont utilisées pour nommer le problème lié à l'usage des réseaux sociaux/médias sociaux : en français on trouve 'utilisation excessive', 'utilisation problématique', 'utilisation pathologique', 'utilisation compulsive', 'utilisation impulsive', 'utilisation addictive' des réseaux sociaux/médias sociaux, 'addiction' aux réseaux sociaux/médias sociaux. Et en anglais les termes suivants sont par exemple utilisés : '*problematic use*', '*impulsive use*', '*compulsive use*', '*addictive use*' of *Social-networks sites (SNS)*, '*SNS over use*', '*SNS addiction*', '*SNS disorder*', '*social media addiction*', '*social media disorder*'.

Qui plus est, comme l'illustre bien la liste susmentionnée, les termes 'réseaux sociaux' et 'médias sociaux' sont utilisés de manière interchangeable dans les études, alors qu'ils désignent en principe deux concepts différents. Il s'agit là d'une confusion très répandue dans les études et les instruments de mesure qui contribuent à l'imprécision nosologique actuelle (Shahnawaz et Rehman 2020).

3.5.3.1 Terminologie adoptée à la suite du workshop final

	fr	all	it	ang
Comportement	Usage des médias sociaux	Nutzung sozialer Medien	Uso di social media	Use of social media
Comportement problématique	Usage problématique des médias sociaux	Problematische Nutzung sozialer Medien	Uso problematico dei social media	Problematic use of social media

3.5.3.2 Définition de l' « usage problématique des médias sociaux » adoptée à la suite du workshop final

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par l'utilisation des médias sociaux ou, respectivement, des réseaux sociaux.
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch die Nutzung sozialer Medien bzw. sozialer Netzwerke entstehen.
it	Concetto che si riferisce ad un insieme di difficoltà causate - per alcuni individui - dall'utilizzo dei social media o, rispettivamente, dai social network.
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for some individuals - by the use of social media or, respectively, social networks

3.5.4 Instruments

3.5.4.1 Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)

Les enjeux sont similaires à ceux relevés pour d'autres comportements abordés dans ce rapport. Premièrement, il faut parvenir à se déterminer (scientifiquement) de façon consensuelle sur le fait qu'il s'agit d'un trouble ou simplement d'un comportement inadapté en tant que manifestation d'un problème (primaire) sous-jacent. Comme mentionné plus haut, s'il n'est guère contesté que certaines personnes présentent un problème lié à l'usage de réseaux sociaux, le manque de consensus et l'absence de recherches menées sur des échantillons cliniques font que cette question reste pour l'heure largement ouverte. Ceci invite donc à la plus grande prudence lorsque l'on thématise ce comportement, notamment pour éviter de pathologiser à tort certain·e·s utilisateurs et utilisatrices des réseaux sociaux. Deuxièmement, la problématique de la surpathologisation concerne à la fois la terminologie utilisée et la méthodologie des études populationnelles menées. Parler de 'trouble', de 'pathologie' ou de 'conduite addictive sans substance' sans évidences scientifiques suffisantes et sans définition partagée est en effet prématuré. En même temps, inclure des instruments de mesure dans des études épidémiologiques alors même que la nature et les critères diagnostiques du comportement ne sont pas reconnus s'avère problématique puisque l'on ne sait comment interpréter les prévalences enregistrées.

3.5.4.2 Instrument de mesure existants

Les instruments de mesure dédiés à l'usage problématique des réseaux sociaux/médias sociaux peuvent être regroupés en quatre catégories distinctes. La première catégorie est constituée d'instruments qui sont l'adaptation d'échelles initialement conçues pour mesurer ce qui était considéré il y a quelques années a priori comme un problème avec Internet en général, point de vue désormais très contesté (voir chapitre 'Internet'): le Generalized problematic Internet Use Scale (GPIUS) modified to measure SNS, ou le Short Internet Addiction Test specified for social networking sites (s-IAT-SNS) modified for SNS use. La seconde catégorie est composée d'instruments qui entendent mesurer les problèmes liés à un réseau social spécifique, tels que Facebook²⁸ ou Twitter. Cette focalisation sur un seul réseau social s'avère également problématique, car sans cesse de nouveaux réseaux sociaux sont créés et les pratiques d'usage varient

28 Voir pour une revue systématique Ryan et al. 2014.

beaucoup dans le temps et entre les générations. Par conséquent, ces réseaux sociaux peuvent rapidement être délaissés par les utilisateurs et utilisatrices au profit d'autres moins obsolètes. La troisième catégorie est constituée de deux instruments qui s'intéressent aux réseaux sociaux en général : le Bergen Social Media addiction Scale (BSMAS) (Andreassen et al. 2016) et le Social Media Disorder Scale (SMDS) (van den Eijnden, Lemmens, et Valkenburg 2016). À noter que les noms donnés à ces deux instruments incluent respectivement le terme 'addiction' et 'trouble' malgré que le débat scientifique à ce sujet reste ouvert. Enfin, la dernière catégorie rassemble les instruments développés récemment dans l'intention de pallier les critiques relatives aux deux précédents, dont le Social Networking Addiction Scale (SNAS), qui postule également sans preuve suffisante l'existence d'un trouble de type addictif (Shahnawaz et Rehman 2020).

3.5.4.3 Prévalences dans le monde et en Suisse

Dans la littérature internationale, selon les résultats de la recherche de littérature effectuée pour l'élaboration de ce rapport, la prévalence de l'usage problématique des réseaux sociaux/médias sociaux varie de 1% à 50% environ²⁹. Cette variation s'explique probablement par l'influence des facteurs culturels mais aussi (et probablement surtout) par les options méthodologiques prises (différence de résultat selon la définition du comportement, le type d'échantillon, l'instrument de mesure, la population étudiée, etc.). La variation considérable et l'ampleur de certaines prévalences ne manque en tout cas pas de soulever des doutes quant à leur validité et illustre bien le risque de surpathologisation évoqué plus haut.

La prévalence varie également beaucoup entre les pays ayant participé à l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) de 2018 (Inchley et al., 2020), selon une méthodologie standardisée (utilisation de la Social Media Disorder Scale ; SMDS ; cut off 6 sur 9 points). Par exemple, à Malte la prévalence du '*problematic media use*'* est de 18% chez filles et de 17% chez les garçons de 15 ans (prévalence la plus haute), alors qu'en Suisse elle est de 4% chez les garçons et les filles du même âge (prévalence la plus basse). Ces variations reflètent en grande partie des facteurs culturels ou socioéconomiques (les normes et les règles sociales des pays concernant l'utilisation de ces réseaux sociaux, l'accès au matériel informatique ou à internet, etc.), mais la prévalence élevée dans certains pays invite à s'interroger sur d'éventuels problèmes de validité selon la langue utilisée.

En Suisse, toujours selon l'étude HBSC (Delgrande Jordan, 2020), 4.4% des élèves de 11 à 15 ans avaient un usage problématique des réseaux sociaux (selon SMDS), avec un taux plus élevé chez les filles (5.2%) que chez les garçons (3.7%). S'agissant des différences entre les groupes d'âge, c'est chez les 13 et/ou 14 ans que l'usage problématique est le plus répandu et aussi que l'écart entre garçons et filles est le plus marqué. Chez les 15 ans, les taux sont assez proches de ceux observés chez les 11 et 12 ans.

*termes utilisés par le réseau international HBSC

3.5.4.4 Sélection d'instruments de mesure en vue des consultations d'expert·e·s et du workshop de validation final

Les instruments de mesure retenus sont les deux qui s'intéressent aux réseaux sociaux au sens large, à savoir le Bergen Social Media addiction Scale (BSMAS) (Andreassen et al. 2016) et le Social Media Disorder Scale (SMDS) (van den Eijnden et al. 2016). Il est toutefois important de souligner qu'ils ont été retenus par élimination et non parce qu'ils paraissent clairement optimaux, car, comme déjà mentionné à

29 A titre d'exemples, selon deux études récentes mené en Allemagne et en Hongrie, la prévalence de ce phénomène varie entre 2.60% (Wartberg, Kriston, et Thomasius 2020) et 4.50% (Bányai et al. 2017). Cette variance peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas utilisé les mêmes outils. Le premier a utilisé le SMDS, avec un cut-off de 5, et le second a utilisé le BSMA avec un cut-off de 19.

diverses reprises dans ce chapitre, il n'existe pas à ce jour de consensus quant à la définition, la terminologie et les éventuels critères diagnostiques de l'usage problématique des réseaux sociaux observé chez certain·e·s utilisateurs et utilisatrices. Il faut donc s'attendre à de nouveaux développements dans le futur.

3.5.4.5 Instrument adopté à la suite du workshop

Les membres du groupe de travail terminologie s'accordent sur les points suivants : 1) les réseaux sociaux/médias sociaux peuvent engendrer des problèmes liés à la santé (p.ex. image du corps chez les jeunes) ou des problèmes d'ordre judiciaire (p.ex. *bullying*, escroquerie) ; 2) l'« usage problématique des médias sociaux » est une conséquence directe de l'« économie de l'attention » qui est à la base du fonctionnement des médias sociaux (les médias sociaux sont en effet un ensemble de services commerciaux qui, par leur mode de financement, favorisent la compulsivité) ; 3) il n'y a pas actuellement de bases scientifiques suffisantes pour parler de trouble de type addictif.

Aucune position n'a été arrêtée lors du workshop sur le choix d'instrument de mesure, tandis que les expert·e·s consulté·e·s (groupe d'expert·e·s 'instruments') ont opté pour le SMDS. Le choix des auteur·e·s du présent rapport a ainsi été de retenir – sous forte réserve – cet instrument.

SMDS – Social Media Disorder Scale

Les auteur·e·s de cet instrument ont adopté les mêmes critères que ceux du Internet Gaming Disorder (IGD) du DSM-5 (voir chapitre 'Jeux vidéo'). Il s'agit d'un instrument composé de 9 items. Le score varie donc de 0 à 9. Le même cut-off que celui proposé par le DSM-5 pour l'IGD est proposé : au moins 5 points sur 9 correspond selon les auteur·e·s à un trouble de l'usage des réseaux sociaux* (*'disordered media use'*). Il existe également une version longue de 27 items.

Il est important de noter que pour les jeunes de 11 à 15 ans, le protocole de recherche international de l'étude HBSC a retenu un cut-off de 6 points sur 9, pour rendre compte d'un comportement qui serait un 'usage problématique des réseaux sociaux'*** (*'problematic media use'*). Le choix de cette terminologie différente de celle voulue par les auteur·e·s de la SMDS a pour but de rappeler qu'à ce jour ni le DSM-5, ni la CIM-11 n'inclut un diagnostic pour un trouble lié à l'usage des réseaux sociaux.

*termes utilisés par les auteur·e·s de cet instrument

**termes utilisés par le réseau international HBSC

Critères de sélection – SMDS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Ne s'applique pas (RS ne sont pas dans CIM-11 et DSM-5, mais le questionnaire mesure les critères DSM-5 du gaming disorder)
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Non (mais critères DSM-5 du gaming disorder du DSM-5)
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (27), mais il y a une version courte
Version courte (validée) disponible	Oui, de 9 questions
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique (cut-offs arbitraires)
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Ne s'applique pas
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Jeunes (adolescents et jeunes adultes)
Online et/ou offline	Ne s'applique pas
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand, français et italien
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Oui, HBSC 2018
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Oui (HBSC) : Allemagne, France, Italie et Autriche.
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Longue : 4 questions (activités, école, famille, et amitiés) ; courte : 2 questions (activités et famille)
Remarques	A également une version destinée aux parents (SMDS-p) Le terme médias sociaux n'as pas été défini

3.6 Internet

3.6.1 Introduction

Si Internet offre de nombreux avantages pour ses usagers et usagères (contacts sociaux, travail, formation de base et continue, divertissements, achats, etc.), il présente aussi des risques pour leur santé physique et psychique dans certaines conditions d'usage (Waller et Meidert, 2020). Parmi ces risques figurent par exemple le cyberharcèlement, mais aussi une apparente perte de contrôle sur certaines activités en ligne.

3.6.2 Classification

Au cours des quelques 30 dernières années, de nombreuses évidences scientifiques se sont accumulées qui permettent aujourd'hui aux expert·e·s du domaine de s'accorder dans leur vaste majorité sur le fait que ce sont les applications (activités) en ligne qui se trouvent à l'origine de la perte de contrôle et difficultés associées observées chez certain·e·s usagers et usagères d'Internet, et pas Internet en soi (Herrmann et al, 2020). Aussi est-il approprié de parler d'une perte de contrôle sur Internet (sous-entendu sur une ou des activités spécifique·s en ligne) et non pas d'une perte de contrôle de l'usage d'Internet en général (sous-entendu d'Internet comme médium).

Par voie de conséquence, il n'existe pas, dans les classifications officielles des maladies que sont le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5 ; APA, 2013) et la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-11 ; WHO, 2019) de critères diagnostiques pour ce qui serait un trouble de l'utilisation d'Internet en général. Et, contrairement à ce que l'on observe pour des activités en ligne spécifiques, il n'y a actuellement guère de débat sur le type de trouble dont il pourrait s'agir.

À ce jour seuls le (*Internet*) *Gaming*³⁰ *Disorder* (en ligne ou hors ligne) et le *Gambling Disorder* (hors ligne ou en ligne) figurent dans le DSM-5³¹ et la CIM-11, et constituent donc des pathologies reconnues (pour plus d'informations à ce sujet, voir les deux chapitres dédiés à ces activités en ligne spécifiques). Parmi les autres activités considérées aujourd'hui comme particulièrement à risque et faisant l'objet d'une attention particulière sur les plans scientifique et clinique, on compte par exemple les réseaux sociaux, les relations virtuelles, les achats et la pornographie en ligne.

3.6.3 Définition et terminologie

Plusieurs terminologies ont été utilisées dans la littérature scientifique pour décrire le phénomène observé. On parle (ou plutôt parlait) par exemple de 'hyperconnectivité', 'cyberaddiction', 'cyberdépendance', 'troubles liés à l'utilisation d'Internet', 'usage compulsif d'Internet' ou 'usage problématique d'Internet'. L'absence de consensus sur les termes à utiliser devrait perdurer du fait que les efforts de la recherche scientifique portent désormais essentiellement sur des activités en ligne spécifiques.

30 En particulier les MMORPG et les jeux qui comportent des lootboxes et d'autres micro-transactions.

31 En ce qui concerne le Internet Gaming Disorder, celui-ci figure dans la section 3 du DSM-5 dédiée à des troubles émergents nécessitant davantage de recherches avant de pouvoir être officiellement reconnus.

3.6.3.1 Terminologie adoptée à la suite du workshop final

	fr	all	it	an
Comportement	Usage d'Internet	Internetnutzung	Uso di internet	Use of the Internet
Comportement problématique	Usage problématique d'Internet	Problematische Internetnutzung	Uso problematico di internet	Problematic use of the Internet

Explications complémentaires à la terminologie retenue : il existe à présent un consensus pour considérer que ce sont les applications qui provoquent une éventuelle conduite addictive sans substance et non le Internet lui-même. Le terme 'hyperconnectivité' est ainsi réservé à une utilisation intensive, mais sans problème, d'Internet.

3.6.3.2 Définition de l' « usage problématique d'Internet » adoptée à la suite du workshop final

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par des comportements qui ont en commun d'avoir lieu sur Internet ou via une App connectée.
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die gemeinsam haben, dass sie im Internet oder über eine verbindende App stattfinden.
it	Concetto che si riferisce a un insieme di difficoltà generate - per determinati individui - che hanno in comune il verificarsi su Internet o tramite un'App connessa.
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for certain individuals - that have in common to take place on the Internet or via a connected App.

3.6.4 Instrument

3.6.4.1 Instruments de mesure existants

Depuis la création d'un premier instrument de mesure dédié à ce qui était alors considéré a priori comme une « addiction à Internet » (Internet Addiction Diagnostic questionnaire, IADQ ; Young, 1996), de nombreuses autres ont été créées (pour des reviews systématiques voir Laconi et al., 2014 ; King et al., 2013).

L'instrument de mesure Compulsive Internet Use Scale (CIUS), dont il existe plusieurs formes validées (Lopez-Fernandez et al., 2019), est l'échelle la plus utilisée en Suisse dans le cadre des grandes études populationnelles. Elle a été incluse dans le questionnaire de l'enquête CoRoIAR du Monoritage suisse des addictions (CIUS-14 ; Meerkerk et al., 2009), de l'Enquête Suisse sur la santé 2017 (CIUS-8 ; Gmel et al., 2019) et de la Cohort Study on substances use risk factors - C-Surf (CIUS-14). Le CIUS a été développé il y a plus de dix ans en s'appuyant sur les critères diagnostics de l'addiction aux substances, du jeu pathologique et des troubles obsessionnels-compulsifs (Lopez-Fernandez et al., 2019).

3.6.4.2 Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)

Les instruments de mesure dédiés à Internet en général, tels que le CIUS, donnent un ordre de grandeur de la proportion des personnes qui, au sein d'une population donnée, auraient un 'usage problématique d'Internet', mais ne renseigne pas sur la ou les activités en ligne concernées. Ce faisant, ces instruments contribuent d'une certaine manière à entretenir l'a priori selon lequel il existerait une « addiction à Internet » en général, se trouvant ainsi en port-à-faux avec la position actuelle de la vaste majorité des expert·e·s. De plus, inclure ce type d'instrument de mesure dans une étude populationnelle implique, pour des raisons évidentes de place et de cohérence thématique, de renoncer en même temps à utiliser des instruments de mesure traitant d'activités spécifiques en ligne telles que les jeux vidéo.

3.6.4.3 Sélection (par défaut) des instruments de mesure en vue des consultations d'expert·e·s et du workshop de validation final

Au vu des éléments susmentionnés, aucune sélection d'instruments de mesure est proposée. Si un instrument devait être utilisé malgré les limitations susmentionnées, le CIUS-8 constituerait l'option à prendre par défaut, mais il serait préférable alors d'ajouter une question complémentaire qui permettrait de se faire une idée du type d'activités en cause chez les personnes ayant un 'usage problématique d'Internet'.

3.6.4.4 Instrument adopté à la suite du workshop de validation final

Le workshop de validation final n'a pas validé la proposition faite par les auteur·e·s du présent rapport et par le groupe d'expert·e·s 'instruments' de renoncer au suivi de l'utilisation problématique d'Internet dans le cadre du monitoring des conduites addictives sans substance en Suisse. Plusieurs participant·e·s ont en effet relevé l'intérêt qu'il y avait à suivre dans la durée l'utilisation problématique d'Internet malgré qu'Internet soit désormais déclassé de « comportement » à « médium ».

Plusieurs expert·e·s ont en outre rappelé le rôle d'amplificateur que pouvait jouer Internet pour les conduites addictives sans substance et que la somme de plusieurs petits problèmes liés à des utilisations particulières (p.ex. pornographie en ligne, jeux de hasard et d'argent en ligne, jeux vidéo en ligne) peuvent être mesurés avec un instrument portant sur Internet en général.

4 Conclusions, recommandations et perspectives

4.1 Conclusions

4.1.1 *État actuel des connaissances scientifiques sur les six domaines de comportement étudiés dans le présent rapport*

Il est observé et communément admis que certaines activités humaines peuvent devenir très problématiques pour les personnes qui les pratiquent, dans la mesure où ces dernières ressentent une perte de maîtrise de leur usage et en subissent les conséquences négatives associées. Se pose alors la question de savoir s'il s'agit ou non de conduites addictives reconnues et quel est l'état des connaissances à leur sujet.

Les six domaines de comportement non liés à la consommation de substances psychoactives examinés dans le présent rapport comptent actuellement parmi ceux dont la désignation en tant que conduites addictives sans substance est la plus largement étudiée et débattue. L'analyse détaillée des évidences scientifiques disponibles nous enseigne toutefois que seule deux d'entre eux sont actuellement reconnus comme tels par la communauté scientifique et médicale internationale. En effet, il est reconnu que la pratique des **jeux de hasard et d'argent** tout comme celle des **jeux vidéo** peuvent évoluer vers un trouble de type addictif. En revanche, un trouble du contrôle des impulsions peut être observé en lien avec le **comportement sexuel** et le **comportement d'achat**. Qui plus est, certains comportements peuvent se révéler très problématiques pour les individus qui les pratiquent, mais les preuves scientifiques sont insuffisantes pour qu'ils puissent être reconnus comme des troubles (ni de type addictif, ni du contrôle des impulsions). Longtemps assimilé (sans évidences scientifiques suffisantes) à un comportement pouvant évoluer vers un trouble de type addictif, l'**usage d'Internet** est à ce jour considéré par les expert·e·s « uniquement » comme un médium pouvant a) favoriser le développement de troubles addictifs sans substance (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo) ou de troubles du contrôle des impulsions (sexualité ou achats) ou b) donner accès à des activités susceptibles d'occasionner des problèmes pour certain·e·s de leurs utilisateurs et utilisatrices, par exemple l'**usage des réseaux sociaux**. Enfin, l'**usage de la pornographie**, pour lequel la CIM-11 ne reconnaît pas de trouble distinct, est à considérer comme faisant partie du trouble du comportement sexuel compulsif (selon les critères décrits par la CIM-11) ou comme un comportement potentiellement problématique (si l'on décide d'appliquer des critères différents), mais pas comme un comportement pouvant engendrer un trouble de type addictif.

4.1.2 *Des besoins à concilier*

4.1.2.1 **Le temps nécessaire à la science**

L'identification des comportements à considérer comme des conduites addictives sans substance est essentielle si l'on veut être en mesure de répondre de façon appropriée et efficace aux besoins des professionnel·le·s du terrain et de la santé publique. Pour ce faire, il convient toutefois de laisser le temps à la science de produire les évidences indispensables pour répondre aux nouvelles questions qui lui sont posées. C'est un principe auquel il ne faut pas déroger, même si la société fait face à des défis nouveaux en lien avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication et qu'elle demande des réponses.

Les jeux de hasard et d'argent ainsi que l'utilisation d'Internet sont deux bons exemples de la nécessité de s'accorder un recul suffisant avant de se prononcer à leur sujet. Il a fallu plusieurs décennies pour que la

pratique des jeux de hasard et d'argent puisse être reconnue comme pouvant engendrer un trouble de type addictif. En revanche, l'usage problématique d'Internet, après plus de vingt années de recherche scientifique, n'a pas été reconnu comme une conduite addictive sans substance. Bien qu'il ait été assimilé à une « addiction comportementale » en 1998 par une petite partie du monde scientifique, ce statut lui est refusé aujourd'hui au profit d'un rôle de « médium » pouvant faciliter l'accès à des activités potentiellement problématiques (ou addictives).

La science doit toutefois aussi se donner du temps à elle-même et sortir de la logique confirmatoire qu'elle a généralement empruntée ces dernières années, notamment s'agissant des activités qu'Internet rend possibles. Autrement dit, il s'agit de ne plus chercher à confirmer la nature addictive d'un comportement en postulant a priori qu'il s'agit d'une conduite addictive et en développant des instruments de mesure visant à confirmer les similitudes avec les conduites addictives déjà reconnues, mais de se concentrer sur une logique exploratoire. Celle-ci implique de conditionner le développement de nouveaux instruments à un travail préalable de conceptualisation théorique et de recherche qualitative auprès des personnes présentant des problèmes liés à certains comportements, afin de permettre une appréhension plus complète des problématiques étudiées (Kardefelt-Winther et al., 2017).

4.1.2.2 Les besoins du terrain

Actuellement, la plupart des comportements problématiques rencontrés dans la pratique des professionnel-le-s du terrain se caractérisent par une absence de consensus quant à leur étiologie, nosologie et diagnostic.

Au cours des différentes étapes de ce projet, les professionnel-le-s actifs-ves sur le terrain ont fait état de besoins clairs pour leur pratique. Bien qu'ils-elles disposent des techniques requises à la prise en charge de leurs patient-e-s, les professionnel-le-s œuvrant dans le domaine des conduites addictives ont exprimé le **besoin de disposer d'une terminologie qui se différencie du langage courant (notamment pour les termes « addiction »/« Sucht »)**. Ce besoin avait déjà été mis en évidence dans la Déclaration d'Ascona (2016), mais est encore plus important aujourd'hui.

De surcroît, il est important pour les professionnel-le-s œuvrant dans le domaine des conduites addictives de pouvoir distinguer plusieurs niveaux de consommation ou usage posant problèmes aux personnes qui les pratiquent, comme cela est par exemple prévu dans le cadre de la 'Stratégie nationale addictions'. Il s'agit en particulier de pouvoir différencier, autant que possible, l'usage simple ou « normal », l'usage problématique ou à risque (donc non pathologique) et le trouble (pathologie reconnue par au moins une classification officielle des maladies).

4.1.2.3 Les besoins de la santé publique

La santé publique doit être en mesure d'identifier les besoins les plus urgents et de hiérarchiser ses actions. Dans ce but, elle doit pouvoir disposer de données exhaustives et de bonne qualité qui doivent permettre d'identifier les domaines dans lesquels une action s'avère nécessaire. Cela implique d'utiliser des instruments permettant de mesurer de façon valide et fiable le problème dont on souhaite observer l'ampleur et l'évolution au sein de la population.

Cela implique également de s'intéresser non seulement aux troubles reconnus par la communauté scientifique et médicale internationale, mais aussi aux comportements pour lesquels aucun trouble n'est reconnu mais qui engendrent de la souffrance pour certains individus.

4.1.3 Une terminologie qui ne se prête pas à des malentendus

Une grande confusion règne aujourd'hui sur le terme « addiction comportementale ». Cette confusion est le résultat de multiples facteurs qui ont conduit à l'adoption d'un concept – l'« addiction comportementale » – qui est devenu un terme polysémique et qui a fait l'objet d'un usage abusif, parfois même parmi les professionnel·le·s du domaine. C'est ce qui a conduit l'APA à abandonner en 2013 le terme « addiction » au profit de celui de « trouble ». Cette même logique a été adoptée en 2019 par l'OMS pour la CIM-11, où le terme « conduite addictive » est préféré au terme « addiction ».

Les différents expert·e·s – scientifiques et de terrain – qui ont été consulté·e·s dans le cadre de ce projet sont arrivé·e·s à la conclusion que ce changement est également nécessaire pour notre pays.

Un premier besoin est de pouvoir distinguer facilement les comportements par leur potentiel addictif. Cela implique l'adoption d'une terminologie différente pour les comportements qui sont reconnus par la communauté scientifique et médicale internationale comme des « conduites addictives sans substance ». Par conséquent, **seuls la pratique des jeux de hasard et d'argent et celle des jeux vidéo peuvent être définis comme des conduites addictives sans substance**. Par ailleurs, un trouble du contrôle des impulsions peut être observé en lien avec deux comportements (sexualité et achat), et donc ces deux comportements peuvent avoir un lien direct avec des maladies non transmissibles reconnues par la communauté scientifique et médicale internationale. Les autres comportements examinés dans ce rapport (usage d'Internet, usage des médias sociaux et usage de la pornographie) n'ont pas de troubles reconnus, si bien que dans leur cas il faut se limiter à utiliser exclusivement les termes « comportements problématiques ».

Un deuxième besoin est de pouvoir définir différents niveaux de problèmes. Cela a conduit les expert·e·s consulté·e·s dans le cadre de ce projet à développer et valider la terminologie suivante pour les six comportements.

Français

Jeux de hasard et d'argent	Jeux vidéo	Pornographie (sexualité voir annexe 5)	Médias sociaux	Achats	Internet	YYY	XXX	
Reconnu par la CIM-11 et le DSM-5	Reconnu par la CIM-11	-	-	(CIM-11) ^a	-	Reconnu par la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non-reconnu par la CIM-11 et/ou le DSM-5	Stratégie nationale addictions
Usage des jeux de hasard et d'argent	Usage des jeux vidéo	Usage de la pornographie	Usage des médias sociaux	Comportement d'achat	Usage d'Internet	Utilisation de YYY	Utilisation de XXX	Comportement (à faible risque)
Usage à risque des jeux de hasard et d'argent ^c	Usage à risque des jeux vidéo ^c	Usage problématique de la pornographie ^{d,e}	Usage problématique des médias sociaux ^{d,e}	^b	Usage problématique d'Internet ^{d,e}	Utilisation à risque de YYY ^c	Usage problématique de XXX ^{d,e}	Comportement à risque
Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent	Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux vidéo			Trouble de l'achat/shopping compulsif				Trouble lié à l'usage de YYY

Deutsch

Glücks- und Geldspielnutzung	Videospiel	Pornografie (Sexualität siehe Anhang 5)	soziale Medien	Kaufverhalten	Internet	YYY	XXX	
Vom ICD-11 und DSM-5 anerkannt	Vom ICD-11 anerkannt	-	-	(ICD-11) ^a	-	Vom ICD-11 und/oder DSM-5 anerkannt	Nicht von ICD-11 und/oder DSM-5 anerkannt	Nationale Strategie Sucht
Glücks- und Geldspielnutzung	Videospielnutzung	Pornographienutzung	Nutzung sozialer Medien	Kaufverhalten	Internetnutzung	YYY-Nutzung / Risikoarmes YYY-verhalten	XXXNutzung / Risikoarmes YYY-verhalten	(Risikoarmes) Verhalten
Risikoreiche Glücks- und Geldspielnutzung ^c	Risikoreiche Videospielnutzung ^c	Problematische Pornografienutzung ^d ^e	Problematische Nutzung sozialer Medien ^{d,e}	^b	Problematische Internetnutzung ^{d,e}	YYY-Nutzung / Risikoreiches YYY-verhalten ^c	Problematische XXX-nutzung ^{d,e}	Risikoverhalten
(suchtartige) Glücks- und Geldspielnutzungsstörung	(suchtartige) Videospielnutzungsstörung			Zwanghafte Kauf-/Shoppingstörung				YYY-Nutzungsstörung

Italiano

Giochi di denaro e d'azzardo	Videogiochi	Pornografia (sessualità vedi annesso 5)	Social Media	Acquisto/shopping	Internet	YYY	XXX	
Riconosciuto da ICD-11 e DSM-5	Riconosciuto da ICD-11	-	-	(ICD-11) ^a	-	Riconosciuto da ICD-11 e/o DSM-5	Non riconosciuto da ICD-11 e/o DSM-5	Strategia nazionale Dipendenze
Uso di giochi di denaro e d'azzardo	Uso di videogiochi	Uso di pornografia	Uso di social media	Comportamento di acquisto/shopping	Uso di Internet	Uso di YYY	Uso di XXX	Comportamento a basso rischio
Uso a rischio di giochi di denaro e d'azzardo ^c	Uso a rischio di videogiochi ^c	Uso problematico di pornografia ^{d,e}	Uso problematico dei social media ^{d,e}	^b	Uso problematico di Internet ^{d,e}	Uso a rischio di YYY ^c	Uso problematico di XXX ^{d,e}	Comportamento a rischio
Disturbo legato all'uso (<i>addictive</i>) di giochi di denaro e d'azzardo	Disturbo (<i>addictive</i>) legato all'uso di videogiochi			Disturbo da acquisto/shopping compulsivo		Disturbo legato all'uso di YYY		Dipendenza

English

Gambling	Gaming	Pornography (Sexuality see appendix 5)	Social Media	Buying/Shopping	Internet	YYY	XXX	
Recognized by ICD-11 & DSM-5	Recognized by ICD-11	-	-	(ICD-11) ^a	-	Recognized by ICD-11 and/or DSM-5	Not recognized by ICD-11 and/or DSM-5	National Strategy on Addiction
Use of gambling	Use of gaming	Use of pornography	Use of social media	Buying behavior	Use of the Internet	Use of YYY / behaviour	Use of XXX / behaviour	Low-risk behaviour
At-risk use of gambling ^c	At-risk use of gaming ^c	Problematic use of pornography ^{d,e}	Problematic use of social media ^{d,e}	^b	Problematic use of the Internet	At-risk use YYY / behaviour ^c	Problematic use of XXX ^{d,e}	Risk behaviour
Gambling (<i>addictive</i>) disorder	Gaming (<i>addictive</i>) disorder			Compulsive buying-shopping disorder		YYY disorder		Addiction

Remarques et explications complémentaires :

^a Pas reconnu en tant que trouble de type addictif, mais comme trouble du contrôle des impulsions ;

^b La CIM-11 ne définit aucun critère pour établir un groupe 'à risque' ;

^c La notion de risque peut s'appliquer ici, car le risque en question est défini par des critères précis au plan scientifique.

^d La notion de risque ne s'applique pas ici, car il n'existe pas de critères scientifiques pour distinguer le comportement problématique du comportement non problématique (pas de cut-off)

^e La décision de ne retenir que deux niveaux tient à l'absence d'un niveau supérieur (le niveau correspondant au trouble), mais permet éventuellement de définir davantage de niveaux de « problématique » (léger, moyen, élevé).

4.1.3.1 Implications pour la communication au grand public

La conclusion du processus de travail des expert-e-s sur la terminologie est que le terme actuel de « addiction comportementale »³² ne devrait être utilisé que pour les comportements (usage des jeux de hasard et d'argent et usage des jeux vidéo) reconnus par la CIM-11 comme des troubles de type addictif. L'utilisation du terme « trouble » ne doit pas nécessairement être d'usage courant, mais devrait être utilisé par les professionnel-le-s pour désigner sans ambiguïté le degré le plus élevé d'un problème (correspondant au niveau de « addiction » utilisé jusqu'à aujourd'hui).

Lorsque le groupe cible est un public large et hétérogène, le recours aux termes « conduite addictive sans substance », « addiction comportementale » et simplement « addiction » reste acceptable lorsqu'il s'agit des jeux de hasard et d'argent et des jeux vidéo (et seulement eux). En effet, pour rendre compte des deux troubles de type addictifs reconnus par la communauté scientifique et médicale internationale et la CIM-11, ces termes peuvent être utilisés à bon escient à des fins de vulgarisation scientifique et de communication au grand public.

En revanche, la désignation de tous les comportements problématiques sous l'appellation « conduites addictives sans substance », « addictions comportementales » ou simplement « addictions » est à éviter absolument. Il convient alors de parler exclusivement de « comportements problématiques ».

De même, les termes « conduites addictives sans substance », « addiction comportementale » ou simplement « addiction » ne conviennent pas pour parler des troubles du contrôle des impulsions reconnus (par exemple achat et sexualité), même dans l'intention de s'adresser au grand public.

Proposition des auteur-e-s du présent rapport relative aux termes à utiliser en fonction du public visé

Type de public	Comportements						
	Jeux de hasard et d'argent	Jeux vidéo	Sexualité	Achats	Pornographie	Médias sociaux	Internet
Public intéressé par le sujet/ vulgarisation scientifique	Trouble	Trouble	Trouble	Trouble	Problème	Problème	Problème
Grand public	Conduite addictive sans substance ; addiction comportementale; addiction	Conduite addictive sans substance ; addiction comportementale; addiction	Comportement compulsif	Comportement compulsif	Comportement problématique	Comportement problématique	Comportement problématique

Note : Cette distinction est une proposition des auteur-e-s de ce rapport. La consultation d'expert-e-s – notamment dans le domaine des sciences de la communication – leur paraît nécessaire avant d'appliquer cette proposition (p. ex. Association suisse du journalisme scientifique).

³² En français le terme « conduite addictive sans substance » a été privilégié par les auteur-e-s de ce rapport.

4.2 Recommandations : priorités de la recherche épidémiologique et instruments à utiliser

À la suite des recherches documentaires effectuées dans le cadre de ce projet, et sur la base de la consultation d'expert·e·s et des résultats du workshop final, les auteur·e·s du présent rapport de recherche formulent les recommandations suivantes :

Jeux de hasard et d'argent : l'instrument *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) doit être privilégié pour l'inclusion dans les études épidémiologiques d'envergure nationale, ceci afin d'estimer au mieux la prévalence du trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent et de permettre une comparaison internationale. Étant la seule conduite addictive sans substance reconnue conjointement par le DSM-5 et la CIM-11, elle devrait être l'un des principaux objets d'étude dans le domaine des troubles addictifs.

Jeux vidéo : la reconnaissance du trouble lié à l'usage des jeux vidéo dans la CIM-11 et le DSM-5 (mais dans ce cas seulement dans sa section III dédiée aux troubles émergents nécessitant davantage de recherches avant de pouvoir être officiellement reconnus) nécessite la prise en compte de ce comportement dans les études épidémiologiques d'envergure nationale. Malheureusement, le fait que cette reconnaissance soit récente et que les seuils cliniques ne soient pas encore clairement définis et validés empêche - à court terme - une distinction entre les catégories « trouble » et « comportement à risque ». À noter que l'IGDT-10 a été sélectionné comme instrument de mesure à adopter, mais qu'un nouvel instrument (adapté à la CIM-11) sera possiblement validé et proposé par l'OMS au cours des prochains mois.

Sexualité/Pornographie : Bien que le workshop final ait souligné l'intérêt de mesurer les problèmes liés à l'usage de la pornographie pour son possible rapprochement avec les conduites addictives, il n'est pas recommandé d'introduire un instrument mesurant ce comportement dans les études épidémiologiques d'envergure nationale. Cette recommandation ne remet pas en cause la conclusion du workshop final sur la pertinence d'étudier les problèmes liés à ce comportement, mais est émise en raison de la définition peu claire de ce comportement problématique. En l'absence d'une base théorique ou de diagnostics validés, il est impossible d'émettre une recommandation quant au recours à un instrument de mesure pour le monitoring de l'usage problématique de la pornographie. Un trouble lié au comportement sexuel compulsif est actuellement reconnu par la CIM-11, ce qui montre qu'il s'agit d'un enjeu important de santé publique dont il convient de suivre l'évolution au plan épidémiologique, mais pas en tant que conduite addictive sans substance.

Achats : Un trouble lié au comportement d'achat est reconnu par la CIM-11 dans la catégorie « troubles du contrôle des impulsions », et pas dans la catégorie des troubles addictifs. Comme pour la sexualité, bien que les problèmes liés à ce comportement constituent un enjeu de santé publique indéniable, ce comportement ne doit pas être considéré et mesuré en tant que trouble de type addictif. Un trouble lié au comportement d'achat compulsif est actuellement reconnu par la CIM-11, ce qui montre qu'il s'agit d'un enjeu important de santé publique et, comme l'ont souligné les expert·e·s, il convient de suivre l'évolution au plan épidémiologique.

Réseaux sociaux/médias sociaux : Au vu des travaux scientifiques publiés et des résultats du workshop final, il est recommandé de ne pas traiter l'usage problématique des réseaux sociaux dans les études épidémiologiques d'envergure nationale selon une optique de conduite addictive sans substance, comme c'est le cas actuellement (voir le point 4.3 pour une recommandation sur la manière dont le sujet devrait

être traité). Il est ainsi recommandé de ne pas introduire un instrument mesurant ce comportement dans les études épidémiologiques d'envergure nationale.

Internet : il est reconnu que les problèmes liés à l'usage d'Internet ne constituent pas un trouble de type addictif. Cependant, Internet reste un « médium » qui peut faciliter des comportements susceptibles de devenir problématiques et peut même représenter un moyen de cumuler plusieurs problèmes en même temps (voir le point 4.3 pour une recommandation sur la manière dont le sujet devrait être traité). Selon l'avis des expert-e-s, il peut malgré tout être intéressant de continuer à mesurer l'usage problématique d'Internet dans le cadre des enquêtes épidémiologiques. Les auteur-e-s du présent rapport recommandent néanmoins les éléments suivants : a) l'inclusion, dans des enquêtes portant sur les conduites addictives ou sur la santé, d'un instrument de mesure dédié à l'usage d'Internet en général ne doit pas exclure la possibilité de mesurer le trouble lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent et le trouble lié à l'usage des jeux vidéo (priorisation) ; b) l'utilisation d'une batterie de questions non spécifique à des comportements précis en ligne (par exemple la pornographie, le shopping, les jeux vidéo, etc.) devrait être accompagnée d'une batterie de questions posant les mêmes questions et s'intéressant aux problèmes "hors ligne".

Pour les comportements qui ne sont pas reconnus comme des conduites addictives ou comme d'autres troubles : nous recommandons que priorité soit donnée plutôt à la compréhension du problème et non à l'analyse de l'amplitude (prévalence) du problème. Cela implique un recours accru aux études qualitatives en appui des données recueillies par des enquêtes quantitatives.

4.3 Perspectives - le monde numérique comme enjeu de santé publique : une nouvelle perspective de recherche

Le fait qu'au fil du temps tous les comportements liés aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) aient tous été un moment donnés considérés comme de possibles conduites addictives sans substance est révélateur des défis voire des risques qu'ils représentent pour les individus et la société. S'il est vrai qu'une part considérable des problèmes observés en lien avec l'utilisation des NTIC est le résultat de la latence entre l'apparition d'un changement technologique et la capacité de la société à s'y adapter, il est également vrai qu'avec l'avènement d'Internet, ces changements sont devenus plus nombreux et bien plus rapides.

La plupart des comportements examinés dans ce rapport de recherche, ainsi que de nombreux comportements que l'on qualifie à tort d'addictions comportementales, demandent à être appréhendés et analysés sous de nouveaux angles.

En effet, la perte de contrôle sur l'usage des médias sociaux, des sites d'information ou autres plateformes numériques, et qui peut se manifester avec des symptômes évoquant ceux d'une addiction, doit être interprétée non seulement du point de vue de l'individu, mais aussi par le contexte dans lequel elle se développe.

L'évolution du monde numérique a permis de combiner différents comportements et de proposer des expériences aussi adaptées que possible aux besoins et aux demandes des utilisateurs et utilisatrices. Cela rend chaque expérience plus attrayante et peut conduire plus facilement à une perte de contrôle sur certains comportements.

Le développement rapide du monde numérique observé ces dernières années a mis en évidence l'impréparation du monde scientifique en général. Par exemple, l'existence d'un trouble addictif lié à Internet (de manière générique) a été discutée pendant des décennies au détriment d'une attention sur l'évolution tentaculaire du monde numérique et la façon dont les frontières entre les différentes conduites addictives ou problématiques n'étaient plus visibles. Actuellement, la recherche scientifique dans le domaine de la santé publique est constamment en retard sur l'évolution du marché numérique. La réduction des frontières entre les jeux de hasard et d'argent et les jeux vidéo, entre les jeux de hasard et d'argent et la finance, entre les jeux vidéo et les médias sociaux ne sont que des exemples de questions qui évoluent, mais dont nous ne sommes pas encore parvenus à cerner les dangers potentiels.

Ces évolutions nécessiteraient la mise en place d'une veille capable de repérer les changements les plus récents survenant dans la société et de développer des réflexions critiques à mettre à disposition de la santé publique nationale et cantonale. Le développement d'un observatoire capable de fournir des informations récentes et actualisées (par exemple par le biais d'une newsletter) permettrait d'anticiper les évolutions qui pourraient devenir problématiques.

Dans ce cadre des études multidisciplinaires seraient nécessaires³³. Plusieurs questions de recherche sont possibles, parmi lesquelles on peut proposer :

- **Une analyse des différences et des similitudes (convergence) entre l'économie de l'attention et la conduite addictive sans substance.** Il est nécessaire de comprendre les techniques utilisées pour capter notre attention et notre intérêt vis-à-vis d'un certain contenu pour comprendre un comportement que l'on qualifie aujourd'hui simplement d' « addiction » ou de « comportement problématique ».

- **Une analyse approfondie de l'usage problématique du numérique en Suisse (analyse quantitative et qualitative).** Les données et les recherches sur l'utilisation problématique du monde numérique sont actuellement très lacunaires en Suisse. On parle souvent d'Internet comme d'une source de perte de contrôle (utilisation problématique d'Internet) bien qu'il soit presque unanimement reconnu qu'Internet n'est qu'un moyen d'accéder à un comportement. Une approche différenciée par comportement est actuellement souvent négligée.

- **L'étude et la description de comment Internet et les nouvelles technologies réduisent les frontières entre différents comportements potentiellement problématiques (par exemple entre les jeux vidéo, les médias sociaux et les jeux de hasard et d'argent).** L'avènement d'Internet et d'autres technologies a permis d'abattre des frontières souvent infranchissables dans un monde physique. Le monde numérique permet de combiner plusieurs comportements en même temps (jeux d'argent, jeux de hasard, réseaux sociaux, achats, etc.). Le développement de plus en plus marqué de la réalité virtuelle ou augmentée ne fera qu'accentuer le phénomène dans les années à venir. Il est donc important de mieux étudier et comprendre la disparition des frontières entre les comportements, entre ce qui est en ligne ou hors ligne, et entre ce qui existe et ce qui est virtuel.

- **L'étude de l'impact du monde numérique sur les activités auparavant possibles uniquement *offline*** (analyse des risques accrus et des difficultés possibles dans le contrôle des comportements problématiques).

³³ Plusieurs disciplines et perspectives devraient participer, par exemple : économie, droit, psychologie, sociologie des médias, sciences cognitives, neurosciences, mathématiques (algorithmes), anthropologie.

5 Références

5.1 Chapitres 1 à 2

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Billieux, J., Flayelle, M., Rumpf, H.-J., & Stein, D. J. (2019). High Involvement Versus Pathological Involvement in Video Games: A Crucial Distinction for Ensuring the Validity and Utility of Gaming Disorder. *Current Addiction Reports*, 6(3), 323–330. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00259-x>

Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>

Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 300–303. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>

Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y. C., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125–127. <https://doi.org/10.1002/wps.20115>

Herrmann, M., Stortz, C., & Perissinotto, C. (2020). Problematische Internetnutzung in der Schweiz. Erkenntnisse und Empfehlungen der Expert*innengruppe “Onlinesucht”, Synthesebericht 2018-2020. Fachverband Sucht / GREAA. https://fachverbandsucht.ch/download/981/201130_Synthesebericht_Problematische_Internetnutzung_ohne_Anhang.pdf

Holden, C. (2001). “Behavioral” addictions: Do they exist? *Science*, 294(5544), 980–982. <https://doi.org/10.1126/science.294.5544.980>

Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction (Abingdon, England)*, 112(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2021). *MonAM – le Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles*. MonAM. <https://www.obsan.admin.ch/fr/MonAM>

Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An Overview of and Rationale for Changes Proposed for Pathological Gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9370-0>

Rowland, H. (1944). Radio Crime Dramas. *Educational Research Bulletin*, 23(8), 210–217. <http://www.jstor.org/stable/1473640>

Shaffer, H. J., & Shaffer, P. M. (2016). Behavioral Addiction. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed., Vol. 1, pp. 135–142). Academic Press.

Tokunaga, R. S. (2015). Perspectives on Internet Addiction, Problematic Internet Use, and Deficient Self-Regulation: Contributions of Communication Research. *Annals of the International Communication Association*, 39(1), 131–161. <https://doi.org/10.1080/23808985.2015.11679174>

West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118484890>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Winn, M. (1977). *The plug-in drug: Television, Children, And The Family* (1st ed.). Viking Press.

5.2 Jeux de hasard et d'argent

Al Kurdi, C., Notari, L., & Kuendig, H. (2020). *Jeux d'argent sur internet en Suisse. Un regard quantitatif, qualitatif et prospectif sur les jeux d'argent en ligne et leur convergence avec les jeux vidéo*. GREA & Addiction Suisse. https://www.grea.ch/sites/default/files/rapport_jhal_20200525-v1.0_0.pdf

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bernstein, P. L. (1996). *Against the gods: The remarkable story of risk*. Wiley.

Brodbeck, J., Duerrenberger, S., & Znoj, H. (2009). Prevalence rates of at risk, problematic and pathological gambling in Switzerland. *The European Journal of Psychiatry*, 23(2), 67–75. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632009000200001>

Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem Gambling Worldwide: An Update and Systematic Review of Empirical Research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>

Dey, M., & Haug, S. (2019). *Glücksspiel: Verhalten und Problematik in der Schweiz im Jahr 2017* (No. 398). ISGF. <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/175280>

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Dias, S., Rodda, S. N., Manning, V., Youssef, G. J., Lubman, D. I., & Volberg, R. A. (2019). The diagnostic accuracy of brief screening instruments for problem gambling: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101784–101784. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101784>

Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report* (pp. 1–59). Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA).

[https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al\(2001\)The_Canadian_Problem_Gambling_Index.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al(2001)The_Canadian_Problem_Gambling_Index.pdf)

Gerstein, D., Volberg, R., Harwood, H., Christiansen, E., Hoffmann, J., Larison, C., Engelman, L., Murphy, S., Palmer, A., Chuchro, L., Toce, M., Johnson, R., Buie, T., Hill, M. A., Tucker, A., Cummings, W., & Sinclair, S. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study. Report to the National Gambling Impact Study Commission*. National Opinion Research Center. <https://www.norc.org/PDFs/publications/GIBSFinalReportApril1999.pdf>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 300–303. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>

Notari, L., Gmel, G., & Kuendig, H. (2019). *Développement d'un modèle de monitoring des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent en Suisse*. *Addiction Suisse*.

Otto, J. L., Smolenski, D. J., Garvey Wilson, A. L., Evatt, D. P., Campbell, M. S., Beech, E. H., Workman, D. E., Morgan, R. L., O'Gallagher, K., & Belsher, B. E. (2020). A systematic review evaluating screening instruments for gambling disorder finds lack of adequate evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 120, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.12.022>

Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An Overview of and Rationale for Changes Proposed for Pathological Gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9370-0>

Reilly, C., & Smith, N. (2013). *The Evolving Definition of Pathological Gambling in the DSM-5* (pp. 1–6). National Center for Responsible Gaming (NCRG).

Studer, J., Baggio, S., Mohler-Kuo, M., Simon, O., Daeppen, J.-B., & Gmel, G. (2016). Latent Class Analysis of Gambling Activities in a Sample of Young Swiss Men: Association with Gambling Problems, Substance Use Outcomes, Personality Traits and Coping Strategies. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 421–440. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9547-9>

Williams, R. J., & Volberg, R. A. (2014). The classification accuracy of four problem gambling assessment instruments in population research. *International Gambling Studies*, 14(1), 15–28. <https://doi.org/10.1080/14459795.2013.839731>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) (11th ed.)*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Zangerl, M., Munsch, S., Meyer, A., Margraf, J., & Müller-Spahn, F. (2007). *Prevalence and Risk of Pathological Gambling in Switzerland after the Legalization of Games of Chance and Casinos in 2000*. 10th Congress of the Swiss Society of Psychology., Zürich, Switzerland. http://www.easg.org/media/file/conferences/novagorica2008/thursday/1400-ses6/zangerl_monica.pdf

5.3 Jeux video

Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deluze, J., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C. J., HAAGSMA, M. C., Helmersson Bergmark, K., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Lundedal Nielsen, R. K., Prause, N., ... Van Rooij, A. J. (2017). Scholars'

open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 267–270. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Billieux, J., Flayelle, M., Rumpf, H.-J., & Stein, D. J. (2019). High Involvement Versus Pathological Involvement in Video Games: A Crucial Distinction for Ensuring the Validity and Utility of Gaming Disorder. *Current Addiction Reports*, 6(3), 323–330. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00259-x>

Billieux, J., King, D. L., Higuchi, S., Achab, S., Bowden-Jones, H., Hao, W., Long, J., Lee, H. K., Potenza, M. N., Saunders, J. B., & Poznyak, V. (2017). Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder: Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 285–289. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.036>

Castro-Calvo, J., King, D. L., Stein, D. J., Brand, M., Carmi, L., Chamberlain, S. R., Demetrovics, Z., Fineberg, N. A., Rumpf, H.-J., Yücel, M., Achab, S., Ambekar, A., Bahar, N., Blaszczyński, A., Bowden-Jones, H., Carbonell, X., Chan, E. M. L., Ko, C.-H., de Timary, P., ... Billieux, J. (2021). Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: An international Delphi study. *Addiction*, 116(9), 2463–2475. <https://doi.org/10.1111/add.15411>

Galanis, C. R., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Stigma-related arguments against gaming disorder: A call for research. *Addiction*, 116(10), 2921–2922. <https://doi.org/10.1111/add.15561>

Khazaal, Y., Chatton, A., Rothen, S., Achab, S., Thorens, G., Zullino, D., & Gmel, G. (2016). Psychometric properties of the 7-item game addiction scale among french and German speaking adults. *BMC Psychiatry*, 16(132), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0836-3>

King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N., Billieux, J., Stein, D., Mueller, K., Potenza, M. N., Rumpf, H. J., Saunders, J., Starcevic, V., Demetrovics, Z., Brand, M., Lee, H. K., Spada, M., Lindenberg, K., Wu, A. M., Lemenager, T., Pallesen, S., Achab, S., ... Delfabbro, P. H. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical Psychology Review*, 77, 101831. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101831>

Király, O., Slezcka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors*, 64, 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.005>

Király, O., & Demetrovics, Z. (2017). Inclusion of Gaming Disorder in ICD has more advantages than disadvantages: Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 280–284. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.046>

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77–95. <https://doi.org/10.1080/15213260802669458>

- Monacis, L., De Palo, V., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2016). Validation of the Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(4), 683–690. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.083>
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior, 45*, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>
- Pontes, H. M., Schivinski, B., Sindermann, C., Li, M., Becker, B., Zhou, M., & Montag, C. (2019). Measurement and Conceptualization of Gaming Disorder According to the World Health Organization Framework: The Development of the Gaming Disorder Test. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(2), 508–528. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00088-z>
- Qin, L., Cheng, L., Hu, M., Liu, Q., Tong, J., Hao, W., Luo, T., & Liao, Y. (2020). Clarification of the Cut-off Score for Nine-Item Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS9-SF) in a Chinese Context. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 470–470. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00470>
- Rumpf, H.-J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., Higuchi, S., King, D. L., Mann, K., Potenza, M., Saunders, J. B., Abbott, M., Ambekar, A., Aricak, O. T., Assanangkornchai, S., Bahar, N., Borges, G., Brand, M., Chan, E. M.-L., ... Poznyak, V. (2018). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(3), 556–561. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.59>
- Severo, R. B., Barbosa, A. P. P. N., Fouchy, D. R. C., Coelho, F. M. da C., Pinheiro, R. T., de Figueiredo, V. L. M., de Siqueira Afonso, V., Pontes, H. M., & Pinheiro, K. A. T. (2020). Development and psychometric validation of Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF) in a Brazilian sample. *Addictive Behaviors, 103*, 106191. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106191>
- Van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E., Bean, A. M., Helmersson Bergmark, K., Bruss, A., Coulson, M., Deleuze, J., Dullur, P., Dunkels, E., Edman, J., Etechells, P. J., Elson, M., Fiskaali, A., Granic, I., Jansz, J., ... Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of Behavioral Addictions, 7*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.19>
- Van den Brink, W. (2017). ICD-11 Gaming Disorder: Needed and just in time or dangerous and much too early? Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 290–292. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.040>
- World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

5.4 Sexualité

- Bóthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 247–258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>

- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). The Development of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *The Journal of Sex Research, 55*(3), 395–406. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798>
- Carnes, P. (1994). *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*. Hazelden Publishing.
- Fernandez, D. P., & Griffiths, M. D. (2021). Psychometric Instruments for Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions, 44*(2), 111–141. <https://doi.org/10.1177/0163278719861688>
- Frances, A. (2010, March 14). DSM5 Sexual Disorders Make No Sense. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/dsm5-in-distress/201003/dsm5-sexual-disorders-make-no-sense>
- Fuss, J., Lemay, K., Stein, D. J., Briken, P., Jakob, R., Reed, G. M., & Kogan, C. S. (2019). Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry, 18*(2), 233–235. <https://doi.org/10.1002/wps.20635>
- Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review, 82*, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Halpern, A. L. (2011). The Proposed Diagnosis of Hypersexual Disorder for Inclusion in DSM-5: Unnecessary and Harmful. *Archives of Sexual Behavior, 40*(3), 487–488. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9727-3>
- Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behavior, 43*(7), 1259–1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual Sensation Seeking: Scale Development and Predicting AIDS-Risk Behavior Among Homosexually Active Men. *Journal of Personality Assessment, 62*(3), 385–397. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6203_1
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of The Literature. *Current Pharmaceutical Design, 20*(25), 4012–4020. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kor, A., Zilcha-Mano, S., Fogel, Y. A., Mikulincer, M., Reid, R. C., & Potenza, M. N. (2014). Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addictive Behaviors, 39*(5), 861–868. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.027>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry, 17*(1), 109–110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
- Montgomery-Graham, S. (2017). Conceptualization and Assessment of Hypersexual Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sexual Medicine Reviews, 5*(2), 146–162. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.11.001>

- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., Cooper, E. B., McKittrick, H., Davtian, M., & Fong, T. (2012). Report of Findings in a DSM-5 Field Trial for Hypersexual Disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 9(11), 2868–2877. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x>
- Reid, R. C., & Kafka, M. P. (2014). Controversies About Hypersexual Disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6(4), 259–264. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0031-9>
- Rosenberg, K. P., O'Connor, S., & Carnes, P. (2014). Sex addiction: An overview. In K. P. Rosenberg & L. Curtiss Feder (Eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment* (pp. 215–236). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00009-4>
- Wakefield, J. C. (2011). The DSM-5's Proposed New Categories of Sexual Disorder: The Problem of False Positives in Sexual Diagnosis. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 213–223. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0353-2>
- Winters, J., Christoff, K., & Gorzalka, B. B. (2010). Dysregulated sexuality and high sexual desire: Distinct constructs? *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1029–1043. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9591-6>
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E., & Penberthy, J. K. (2013). Measuring Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1–2), 65–78. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.768126>

5.5 Achats

- Aboujaoude, E. (2014). Compulsive buying disorder: A review and update. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4021–4025. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990618>
- Andreassen, C. S. (2014). Shopping addiction: An overview. *Journal of Norwegian Psychological Association*, 51, 194–209.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Pallesen, S., Bilder, R. M., Torsheim, T., & Aboujaoude, E. (2015). The Bergen Shopping Addiction Scale: Reliability and validity of a brief screening test. *Frontiers in Psychology*, 6, 1374–1374. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01374>
- Benson, A. L. (Ed.). (2000). *I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self*. Jason Aronson Inc. Publishers.
- Bhattacharjee, S. (2018). Impulse control disorders in Parkinson's disease: Review of pathophysiology, epidemiology, clinical features, management, and future challenges. *Neurology India*, 66(4), 967–975. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.237019>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Callesen, M. B., Weintraub, D., Damholdt, M. F., & Møller, A. (2014). Impulsive and compulsive behaviors among Danish patients with Parkinson's disease: Prevalence, depression, and personality. *Parkinsonism & Related Disorders*, 20(1), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.09.006>

Christenson, G. A., Faber, R. J., de Zwaan, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., Ekern, M. D., Mackenzie, T. B., Crosby, R. D., Crow, S. J., & Eckert, E. D. (1994). Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(1), 5–11.

Claes, L., Müller, A., & Luyckx, K. (2016). Compulsive buying and hoarding as identity substitutes: The role of materialistic value endorsement and depression. *Comprehensive Psychiatry*, *68*, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.005>

Derbyshire, K. L., Chamberlain, S. R., Odaug, B. L., Schreiber, L. R. N., & Grant, J. E. (2014). Neurocognitive functioning in compulsive buying disorder. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *26*(1), 57–63.

Dittmar, H. (2005). Compulsive buying - a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *The British Journal of Psychology*, *96*(4), 467–491. <https://doi.org/10.1348/000712605X53533>

Fenton-O’Creedy, M., Dibb, S., & Furnham, A. (2018). Antecedents and consequences of chronic impulsive buying: Can impulsive buying be understood as dysfunctional self-regulation? *Psychology & Marketing*, *35*(3), 175–188. <https://doi.org/10.1002/mar.21078>

Filomensky, T. Z., Almeida, K. M., Castro Nogueira, M. C., Diniz, J. B., Lafer, B., Borcato, S., & Tavares, H. (2012). Neither bipolar nor obsessive-compulsive disorder: Compulsive buyers are impulsive acquirers. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 554–561. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.005>

Griffiths, M. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>

Hollander, E., & Allen, A. (2006). Is Compulsive Buying a Real Disorder, and Is It Really Compulsive? *The American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1670–1672. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1670>

Lee, S., & Mysyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science & Medicine*, *58*(9), 1709–1718. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00340-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00340-X)

Lejoyeux, M., Adès, J., Tassain, V., & Solomon, J. (1996). Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(12), 1524–1529. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.12.1524>

Lejoyeux, M., & Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*(5), 248–253. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.493590>

Lejoyeux, M., & Weinstein, A. (2013). Shopping Addiction. In M. Miller (Ed.), *Principles of Addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (Vol. 1, pp. 847–853). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-07778-5>

Maag, V. (2010). *Kaufsucht in der Schweiz: Verbreitung, Ursachen und Konsequenzen*. Rüegger.

Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: A meta-analysis. *Addiction*, *111*(3), 408–419. <https://doi.org/10.1111/add.13223>

- McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Smith, J. M. R., & Strakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(6), 242–248.
- Mestre-Bach, G., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2017). Differences and Similarities Between Compulsive Buying and Other Addictive Behaviors. *Current Addiction Reports*, *4*(3), 228–236. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0153-z>
- Möllenkamp, M., de Zwaan, M., & Müller, A. (2015). Hoarding with and without Excessive Buying: Results of a Pilot Study. *Psychopathology*, *48*(1), 56–59. <https://doi.org/10.1159/000363389>
- Müller, A., Brand, M., Claes, L., Demetrovics, Z., de Zwaan, M., Fernández-Aranda, F., Frost, R. O., Jimenez-Murcia, S., Lejoux, M., Steins-Loeber, S., Mitchell, J. E., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Trotzke, P., Weinstein, A., & Kyrios, M. (2019). Buying-shopping disorder—Is there enough evidence to support its inclusion in ICD-11? *CNS Spectrums*, *24*(4), 374–379. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001323>
- Müller, A., Trotzke, P., Laskowski, N. M., Brederbecke, J., Georgiadou, E., Tahmassebi, N., Hillemacher, T., Zwaan, M. de, & Brand, M. (2021). Der Pathological Buying Screener: Validierung in einer klinischen Stichprobe. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *71*(7), 294–300. <https://doi.org/10.1055/a-1303-4743>
- Müller, A., Trotzke, P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., & Brand, M. (2015). The Pathological Buying Screener: Development and Psychometric Properties of a New Screening Instrument for the Assessment of Pathological Buying Symptoms. *PloS One*, *10*(10), e0141094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141094>
- O'Guinn, T. C., & Faber, R. J. (1989). Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. *The Journal of Consumer Research*, *16*(2), 147–157. <https://doi.org/10.1086/209204>
- Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M., & Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *The Journal of Consumer Research*, *35*(4), 622–639. <https://doi.org/10.1086/591108>
- Sohn, S.-H., & Choi, Y.-J. (2012). A Model of Compulsive Buying: Dysfunctional Beliefs and Self-Regulation of Compulsive Buyers. *Social Behavior and Personality*, *40*(10), 1611–1624. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.10.1611>
- Starcke, K., Antons, S., Trotzke, P., & Brand, M. (2018). Cue-reactivity in behavioral addictions: A meta-analysis and methodological considerations. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*(2), 227–238. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.39>
- Trotzke, P., Brand, M., & Starcke, K. (2017). Cue-Reactivity, Craving, and Decision Making in Buying Disorder: A Review of the Current Knowledge and Future Directions. *Current Addiction Reports*, *4*(3), 246–253. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0155-x>
- Weinstein, A., & Griffiths, M. (2016). Compulsive buying—Features and characteristics of addiction. In V. R. Preedy (Ed.), *Neuropathology of drug addictions and substance misuse* (1st ed., Vol. 1, pp. 993–1007). Elsevier Academic Press.

Wenger, A., & Schaub, M. P. (2020). *Kaufsucht im Zeitalter des Internets. Eine repräsentative Befragung der Schweizer Bevölkerung* (Forschungsbericht No. 402). Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF).

Zhang, C., Brook, J. S., Leukefeld, C. G., De La Rosa, M., & Brook, D. W. (2017). Compulsive Buying and Quality of Life: An Estimate of the Monetary Cost of Compulsive Buying among Adults in Early Midlife. *Psychiatry Research*, 252, 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.007>

5.6 Réseaux sociaux

Abendroth, A., Parry, D. A., le Roux, D. B., & Gundlach, J. (2020). An Analysis of Problematic Media Use and Technology Use Addiction Scales – What Are They Actually Assessing? In M. Hattingh, M. Matthee, H. Smuts, I. Pappas, Y. K. Dwivedi, & M. Mäntymäki (Eds.), *Conference on e-Business, e-Services and e-Society: Responsible Design, Implementation and Use of Information and Communication Technology* (pp. 211–222). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-45002-1_18

Andreassen, C. S. (2015). Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The Relationship Between Addictive Use of Social Media and Video Games and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>

Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501–517. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517>

Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M. D., Andreassen, C. S., & Demetrovics, Z. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLoS One*, 12(1), e0169839–e0169839. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839>

Boer, M., Stevens, G., Finkenauer, C., & Eijnden, R. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Symptoms, Social Media Use Intensity, and Social Media Use Problems in Adolescents: Investigating Directionality. *Child Development*, 91(4), e853–e865. <https://doi.org/10.1111/cdev.13334>

Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>

Delgrande Jordan, M. (2020). *Les écrans, Internet et les réseaux sociaux—Résultats de l'enquête « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) 2018* (Rapport de recherche No. 114). Addiction Suisse. https://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_373.pdf

Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Demetrovics, Z. (2014). Social networking addiction: An overview of preliminary findings. In K. P. Rosenberg & L. Curtiss Feder (Eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment* (pp. 119–141). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00006-9>

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Már, Á., Samdal, A., & Samdal, O. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior, 31*, 351–354. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059>

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(3), 311. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>

Ryan, T., Chester, A., Reece, J., & Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions, 3*(3), 133–148. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.016>

Shahnawaz, M. G., & Rehman, U. (2020). Social Networking Addiction Scale. *Cogent Psychology, 7*(1), 1832032. <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1832032>

Van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior, 61*, 478–487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>

Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2020). Internet gaming disorder and problematic social media use in a representative sample of German adolescents: Prevalence estimates, comorbid depressive symptoms and related psychosocial aspects. *Computers in Human Behavior, 103*, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.09.014>

Zendle, D., & Bowden-Jones, H. (2019). Is excessive use of social media an addiction? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 365, l2171. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2171>

Zhang, A., & Rau, P.-L. P. (2021). A Review and Reappraisal of Social Media Misuse: Measurements, Consequences, and Predictors. *International Journal of Human-Computer Interaction, 37*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1807281>

5.7 Internet

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Gmel, G., Khazaal, Y., Studer, J., Baggio, S., & Marmet, S. (2019). Development of a short form of the compulsive internet use scale in Switzerland. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28*(1), e1765. <https://doi.org/10.1002/mpr.1765>

King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.002>

Laconi, S., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2014). The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, *41*, 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.026>

Lopez-Fernandez, O., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Dawes, C., Pontes, H. M., Justice, L., Rumpf, H.-J., Bischof, A., Gässler, A.-K., Suryani, E., Männikkö, N., Kääriäinen, M., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., Rousseau, A., Hormes, J. M., Schimmenti, A., ... Billieux, J. (2019). Cross-Cultural Validation of the Compulsive Internet Use Scale in Four Forms and Eight Languages. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *22*(7), 451–464. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0731>

Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, *12*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0181>

Waller, G., & Meidert, U. (2020). Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. Delgrande Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch, & S. Stronski (Eds.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (pp. 210–243). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/20462>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Young, K. S. (1996). *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. The 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.

6 ANNEXES

6.1 Annexe 1 : résultat du travail du Groupe de travail 'terminologie' (GTT)

IMPORTANT : Veuillez vous référer aux informations présentées dans les chapitres 1 à 4 du présent rapport s'agissant du choix final des instruments de mesure et la terminologie validée à utiliser. Les annexes de ce rapport ont pour seul but de rassembler les informations des différentes étapes de l'étude. Elles ne constituent donc pas le résultat final validé par les expert-e-s.

Le Groupe de Travail sur la Terminologie (GTT) a établi 6 principes de base qui ont été utilisés pour produire une terminologie et une définition quadrilingue adaptée à chacun des six comportements et qui a été validée lors de l'atelier final.

6.1.1 Principes établis par le « Groupe de Travail Terminologie » (GTT) pour l'élaboration de la terminologie

P1. Principe de base : Distinguer les conduites addictives sans substances (troubles liés à un comportement addictif reconnu par CIM et/ou DSM) des comportements s'accompagnant de symptômes rappelant l'addiction

P2. Pour les conduites addictives sans substances (troubles liés à un comportement addictif reconnu par CIM et/ou DSM), utiliser systématiquement la terminologie « Trouble lié à l'utilisation / l'usage de... »

- Il s'agit d'éviter le terme « addiction » qui est entré dans le langage commun et, de ce fait, est devenu trop ambiguë / poly sémantique. Il s'agit également de ne pas reprendre tel quelle une terminologie issue du DSM ou de la CIM (terminologie différentes / troubles reconnu par un organisme pas par l'autre)

P3. Exclure les termes « Trouble » (disorder), « usage pathologique », « Addiction(s) », « Dépendance », etc. en cas de non reconnaissance par la CIM et/ou le DSM

P4. Utiliser l'expression « Usage problématique de » pour les comportements s'accompagnant de symptômes rappelant l'addiction, et non reconnus par CIM / DSM comme troubles liés à des comportements addictifs (c.-à-d. sans critères diagnostiques)

Exemples de terminologie en application des principes 1-4

	<i>Terminologie correcte</i>	<i>Terminologie incorrecte</i>
« Addictions » reconnues par CIM et/ou DSM	Trouble lié à l'utilisation des jeux d'argent	Addiction aux jeux d'argent / dépendance aux jeux d'argent / Jeu excessif / jeu compulsif
	Trouble lié à l'utilisation des jeux vidéo	Addiction aux jeux vidéo / dépendance aux jeux vidéo / Addiction aux écrans
	Geldspielstörung / Störung durch Geldspiel	Geldspielsucht
	Videospiel-Nutzungsstörung	Videospielsucht
	Disturbo legato all'uso di gioco d'azzardo	Dipendenza da gioco d'azzardo
	Disturbo legato all'uso di videogiochi	Dipendenza da videogiochi.
« Addictions » non-reconnues par CIM et/ou DSM	Gambling disorder	Gambling addiction / pathological gambling / Compulsive gambling
	Gaming disorder	Gaming addiction / pathological gaming / compulsive gaming
	Usage problématique d'Internet	Troubles liés à internet (TLI) / Dépendance à Internet / Cyberaddiction / Usage pathologique d'Internet
	Usage problématique des médias sociaux	Addiction aux médias sociaux
	Problematische Internetnutzung	internetbezogene Störungen (IBS) / Internetabhängigkeit / Onlinesucht / Pathologische Internetnutzung
	Problematische Nutzung von sozialen Medien / – sozialer Medien	Soziale Medien-Sucht
	Utilizzo problematico di internet	Uso eccessivo di internet/Dipendenza da internet/Disturbo da internet
	Utilizzo problematico dei social media	Dipendenza dei social media/Uso eccessivo di social media
	Problematic use of the Internet	Internet addiction
	Problematic use of social media	Social media addiction

6.1.2 Principes établis par le GTT pour l'élaboration des définitions

P5. Pour les conduites addictives sans substances (troubles liés à un comportement addictif reconnu par CIM et/ou DSM), reprendre les éléments de définition de la déclaration commune du GREA, Fachverband Sucht et Ticino Addiction du 29 septembre 2015

Déclaration commune : « On entend par addiction l'émergence d'un phénomène issu de multiples facteurs, à la fois médicaux, psychologiques et sociaux, impliquant la perte de maîtrise de l'usage d'un produit ou d'un comportement. L'addiction ne permet plus à la personne d'être autonome face à son projet de vie et à ses relations sociales. Elle demande une réponse de la collectivité dans plusieurs

domaines complémentaires, à savoir le social, la santé, la sécurité, l'éducation et l'environnement. »³⁴
(GREAA / Fachverband Sucht / Ticino Addiction, 2015)

P6. Compléter la définition par des critères essentiels de définition aux yeux des organisations professionnelles

Inclure dans la définition la « Souffrance et changement de son rapport au monde (aliénation) »

6.1.3 Proposition (provisoire) de définition d'une addiction reconnue par la CIM et/ou le DSM :

« Perte de maîtrise de l'usage de » (P5) XXX « ne permettant plus à la personne d'être autonome face à son projet de vie et à ses relations sociales » (P5) et s'accompagnant de « la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde (aliénation) » (P6)

NB : la définition retenue lors du workshop diffère légèrement

6.1.4 Remarques du groupe de travail

Les membres du groupe de travail sont conscients qu'il devient nécessaire d'effectuer un travail terminologique important autour de la notion d'« addiction » qui est devenue trop polysémique. Ils sont d'accord avec la *déclaration d'Ascona*³⁵ qui stipule qu'« une nouvelle terminologie doit être élaborée pour une politique moderne des « addictions » (...) qui puisse intégrer toutes les formes de consommation »

34 «Sucht bezeichnet ein medizinisches, psychisches und soziales Phänomen, das dazu führt, dass der/die Betroffene die Kontrolle über den Einsatz von Suchtmitteln – Substanzen oder Handlungsweisen – verliert und hinsichtlich Lebensführung und sozialer Kontakte nicht mehr selbstbestimmt ist. Sucht verlangt eine gesellschaftliche Reaktion auf verschiedenen Ebenen (Sozialwesen, Gesundheit, Sicherheit, Erziehung/Bildung, Umwelt).» / «La dipendenza significa l'emergere di un fenomeno derivante da molteplici fattori, sia medici, psicologici e sociali, che comportano la perdita di controllo sull'uso di un prodotto o comportamento. La dipendenza non permette più alla persona di essere autonoma di fronte al suo progetto di vita e alle sue relazioni sociali. Essa richiede una risposta da parte della collettività in diversi ambiti complementari, vale a dire del sociale, della salute, della sicurezza, dell'educazione e dell'ambiente»

35 https://fachverbandsucht.ch/download/164/Erklaerung_Ascona_Grundstze_fr_eine_moderne_Suchtpolitik

6.2 Annexe 2 : résultats de la consultation du groupe d'experts instruments

IMPORTANT : Veuillez vous référer aux informations présentées dans les chapitres 1 à 4 du présent rapport s'agissant du choix final des instruments de mesure et la terminologie validée à utiliser. Les annexes de ce rapport ont pour seul but de rassembler les informations des différentes étapes de l'étude. Elles ne constituent donc pas le résultat final validé par les expert·e·s.

6.2.1 Instruments proposés et questions

Jeux d'argent

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- NODS (NORC DSM-IV Screen for gambling problems)
- PGSI (Problem Gambling Severity Index)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Jeux vidéo

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- IGDT-10
- IGDS9-SF
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Sexualité

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- CSBD-19 (Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale)
- HDSI (Hypersexual Disorder Screening Inventory)
- SCS (Sexual Compulsivity Scale)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Achats

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- BSAS (Bergen Shopping Addiction Scale)
- PBS (The pathological Buying Screener)
- RCBS (Richmond Compulsive Shopping Scale)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)

- Nom :
- Raisons pour ce choix :

Médias sociaux

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

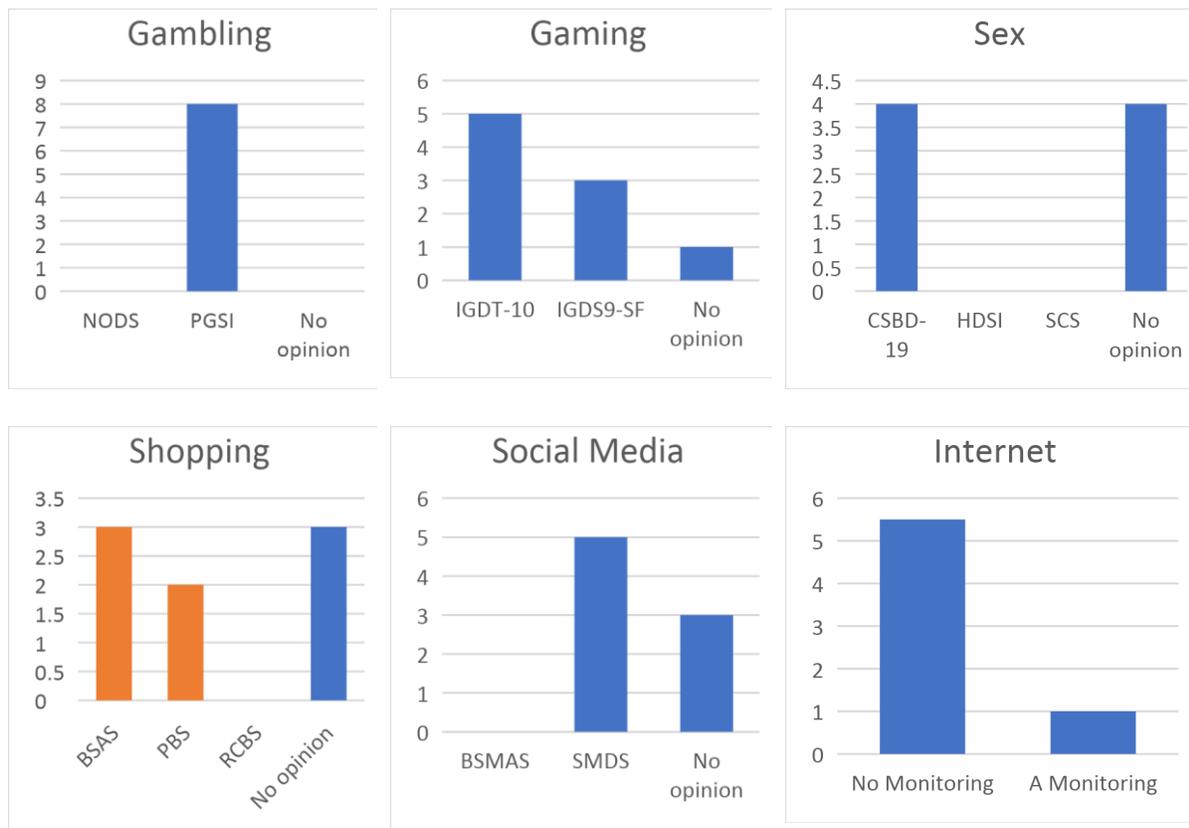
- BSMAS (Bergen Social Media addiction Scale)
- SMDS (Social Media Disorder Scale)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Internet

- Le concept d'addiction à Internet est fortement remis en question. De ce fait, aucun instrument n'a été recommandé par les auteurs de l'étude. Partagez-vous l'avis des auteurs ?

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION

6.2.2 Retour des experts



6.2.2.1 Jeu d'argent

Retour des experts	NODS (NORC DSM-IV Screen for gambling problems)	PGSI (Problem Gambling Severity Index)
Nombre d'experts soutenant cet instrument		8
Sans opinion		
Remarques positives		Sans aucun doute l'instrument le plus pertinent. Je ne compte plus les juridictions / pays ayant menées des enquêtes populationnelles quant à la prévalence des problèmes de JHA à l'aide de cet instrument. Il faut utiliser les nouveaux seuils pour les niveaux de gravité, tels que publiés par Currie et ses collègues. Currie, S. R., Hodgins, D. C., & Casey, D. M. (2013). Validity of the Problem Gambling Severity Index Interpretive Categories. <i>Journal of Gambling Studies</i> , 29. https://doi.org/10.1007/s10899-012-9300-6
Remarques négatives		
Autres	<p>Would be best, but it is really difficult to include it as of its lengths to the Swiss Health Survey as we already discussed.</p> <p>Es gibt ansonsten noch den LieBet-Questionnaire, der hat den sagenhaften Vorteil, nur aus 2 Items zu bestehen und ist dafür aber erschreckend treffsicher (da brechen eingefeischte Diagnostiker immer in Tränen aus).</p>	

6.2.2.2 Jeux vidéo

Retour des experts	IGDT-10	IGDS9-SF
Nombre d'experts soutenant cet instrument	5	3
Sans opinion	1	
Remarques positives	Justification Additionnelle : IGDS9-SF mesure avec un seul item les aspects « relationnel » et « professionnel » pour le dernier critère du DSM-5 (Jeopardization), ce qui est problématique (dans le cas par ex. où il y a des conséquences sociales mais pas professionnelles). Le IGDT-10 utilise 2 items, puis à la cotation, si un des deux items est scoré positif alors le critère est rempli. Pour cette raison, je suggère IGDT-10 en lieu et place de IGDS9-SF. Par ailleurs, le IGDT-10 est validé dans les trois langues nationales, ce qui n'est pas le cas du IGDS9-SF	Les deux tests présentés sont de très bons choix mais j'opterais pour le IGDS9-SF pour son potentiel d'utilité clinique, le fait qu'il y a au moins une étude validant les cut-off clinique (même si c'est la Chine)
Remarques négatives		
Autres	<p>Da empfehle ich dringend die Lektüre des kürzlich erschienenen syst. Reviews von King et al. (hänge ich Dir in separater Mail mal an). Der Artikel ist insofern sehr brauchbar, weil mal überraschend klare Empfehlungen für bestimmte Skalen genannt werden. Ich hab an dem Projekt mitgearbeitet und wir haben uns richtig Mühe gegeben, solide Qualitätskriterien für alle verfügbaren Skalen zu definieren und diese danach zu raten. Empfohlen wurden hiernach:</p> <p>AICA-Sgaming, GAS-7, IGDT-10, IGDS9-SF. (Attribué 1 à chaque instrument)</p>	

6.2.2.3 Sexualité

Retour des experts	Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale - CSBD-19	Hypersexual Disorder Screening Inventory – HDSI	Sexual Compulsivity Scale - SCS
Nombre d'experts soutenant cet instrument	4		
Sans opinion	4		
Remarques positives	Se base sur la nosographie la plus récente et les critères CIM-11		
Remarques négatives			
Autres	<p>There are no suitable instruments. I recommend using for research the CSBD-19 but all scales are still too long. Short versions are missing.</p> <p>Wir nutzen hier den HBI (Hypersexual behavior Inventory) (Attribué 1 à sans opinion)</p> <p>Ne recommanderait aucun instrument, comme pour internet (attribué 1 à sans opinion)</p>		

6.2.2.4 Achats

Retour des experts	BSAS (Bergen Shopping Addiction Scale)	PBS (The pathological Buying Screener)	RCBS (Richmond Compulsive Shopping Scale)
Nombre d'experts soutenant cet instrument	3	2	
Sans opinion	3		
Remarques positives	Reasons for this choice: I have used it in a GBS for the FOPH and it worked well and also separates online vs. offline shopping.		
Remarques négatives	Je suggère fortement de ne pas se basé sur la Bergen Shopping Addiction Scale. Elle n'est composée que de six items et contient des items par forcément pertinent dans le champ des addictions comportementales (e.g., tolérance) et ne mesure pas directement et avec un item convainquant la perte de contrôle.		
Autres			

6.2.2.5 Réseaux sociaux

Retour des experts	BSMAS (Bergen Social Media addiction Scale)	SMDS (Social Media Disorder Scale)
Nombre d'experts soutenant cet instrument		5
Sans opinion	3	
Remarques positives		À la lumière des informations dans le rapport, j'opterais pour le SMDS, pour la présence d'items de conséquences (ce qui permet, en l'absence de cutoff validés pour les deux questionnaires, d'au moins documenter la présence de conséquences objectives auto-rapportées). Mais l'écart entre les deux questionnaires, en termes d'avantages est faible. SOCIAL MEDIA: Hier ist die SMDS in Ordnung und v.a. ordentlich verbreitet.
Remarques négatives	Je suggère fortement de ne pas se basé sur la Bergen Scale. Elle n'est composée que de six items et contient des items par forcément pertinent dans le champ des addictions comportementales (e.g., tolérance) et ne mesure pas directement et avec un item convainquant la perte de contrôle.	La SMDS est plus proche des autres échelles que j'ai retenues ici, sur le plan conceptuel et des critères évalués.
Autres	Ne recommanderait aucun instrument, comme pour internet (attribué 1 à sans opinion)	

6.2.2.6 Internet

Pas d'instrument proposé : Pas d'addiction à Internet mais éventuellement des problèmes engendrés par des activités spécifiques sur Internet (cyberpornographie, jeux d'argent en ligne, série TV sur Netflix, etc.)

Instrument par défaut : **Compulsive Internet Use Scale 8 items (CIUS-8)
+ une question sur le type d'activité**

D'accord pour ne proposer aucun instrument	Pas d'accord
Agreed. There is no good measure for internet addiction.	Sehe ich nicht so, das Konzept lässt sich mit geeigneten Skalen gut erheben, z.B. CIUS, AICA-S.
I agree	Partly, there are also persons with compulsive use of different applications (e.g. mail checking, news checking, social media use....) which might not be detected by the above mentioned specific instruments, therefore I think further research on this is necessary.
Comme Internet implique de très nombreux produitsLe mot Internet peut référer à un usage peu clair (ex: problématique pour le jeu? pour les e-mail? les médias sociaux....?) D'où la multiplication d'échelles qui recourent de manière plus ou moins bonne (en termes de validité de construct) des items assez semblables	
L'Internet est le medium, ce qui est important c'est l'activité spécifique qui est pratiquée en ligne. Je valide donc, bravo !	
Non seulement je le partage, mais j'étendrai ce positionnement aux réseaux sociaux et à la sexualité	

6.2.2.7 Remarques d'ordre général

Thèmes	Remarques des experts consultés
Smartphone Addiction	I am missing Smartphone Addiction here on the list! This is much more conclusive than Internet addiction! See e.g. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26690625/ for a suitable short scale.
Core process	<p>On multiplie les échelles pour capter des processus qui tournent autour du même Core symptoms des addictions</p> <p>On peut en créer de plus en plus autant que de nouveaux produits ou alors essayer de capturer avec quelques questions ce Core process, qui à mon avis est bien illustré par les critères CIM-11 pour le Gaming</p> <p>Ce qui va changer ensuite d'un comportement à un autre" sera ensuite plutôt les motivations qui peuvent nécessiter des échelles spécifiques</p>
Binge Watching	<p>Au cas où cela est pertinent pour vous, des échelles ont été récemment développées pour mesurer le « Binge Watching », voir les deux articles ci-dessous : https://psycnet.apa.org/record/2018-60162-005 (développement de l'échelle)</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563220301631 (validation notamment dans les langues nationales : Français, Allemand, Italien)</p>

6.3 Annexe 3 : les instruments de mesure retenus

6.3.1 Jeux de hasard et d'argent

Problem Gambling Severity Index (PGSI - Ferris and Wynne., 2001)

Thinking about the last 12 months:

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Have you bet more than you could really afford to lose?	<input type="radio"/>				
2. Have you needed to gamble with larger amounts of money to get the same feeling of excitement?	<input type="radio"/>				
3. Have you gone back on another day to try to win back the money you lost?	<input type="radio"/>				
4. Have you borrowed money or sold anything to gamble?	<input type="radio"/>				
5. Have you felt that you might have a problem with gambling?	<input type="radio"/>				
6. Have people criticised your betting or told you that you had a gambling problem, whether or not you thought it was true?	<input type="radio"/>				
7. Have you felt guilty about the way you gamble or what happens when you gamble?	<input type="radio"/>				
8. Has gambling caused you any health problems, including stress or anxiety?	<input type="radio"/>				
9. Has your gambling caused any financial problems for you or your household?	<input type="radio"/>				

Version courte du PGSI : Q1, Q6, Q7

Cotation: pour chaque item le score suivant est donné : Never = 0 ; Rarely = 1 ; Sometimes = 1 ; Often / most of the time = 2 ; Always = 3. Le score total est obtenu en additionnant les point par question.

PSGI :

Les scores peuvent varier de 0 à 27

- **Score de 0 =** Joueur sans problème : ceux qui jouent sans être confronté à des conséquence négative
- **Score de 1 à 2** Joueur à faible risque :
- **Score de 3 à 7** Joueur à risque modéré :
- **Score ≥ 8** Joueur problématique :

PSGI- Short Form (Volberg & Williams, 2012)

Les scores peuvent varier de 0 à 9

- **Score de 0 =** Joueur sans problème
- **Score de 1 à 2 =** groupe à risque
- **Score de ≥ 3 =** joueur problématique ou pathologique

Selon Williams et Volberg (2010), un cut-off de 5+ est à préférer pour mesurer les problèmes de jeu (alignement à une évaluation clinique). Le cut-off de 3+ dans la version courte correspond à ce cut-off de 5+.

6.3.2 Jeux vidéo

Ten- Items Internet Gaming Disorder Test - IGDT-10 (IGDT-10; Király et al., 2017)

Please read the statements below regarding online video gaming. The questionnaire refers to ONLINE GAMES, but the reference to 'game' or 'gaming' is used for the sake of simplicity. Please, indicate on the scale from 0 to 2 (Never, Sometimes, Often) to what extent, and how often, these statements applied to you over the PAST 12 MONTHS!

	Never	Sometimes	Often
1. When you were not playing, how often have you fantasized about gaming, thought of previous gaming sessions, and/or anticipated the next game?	0	0	1
2. How often have you felt restless, irritable, anxious and/or sad when you were unable to play or played less than usual?	0	0	1
3. Have you ever in the past 12 months felt the need to play more often or played for longer periods to feel that you have played enough?	0	0	1
4. Have you ever in the past 12 months unsuccessfully tried to reduce the time spent on gaming?	0	0	1
5. Have you ever in the past 12 months played games rather than meet your friends or participate in hobbies and pastimes that you used to enjoy before?	0	0	1
6. Have you played a lot despite negative consequences (for instance losing sleep, not being able to do well in school or work, having arguments with your family or friends, and/or neglecting important duties)?	0	0	1
7. Have you tried to keep your family, friends or other important people from knowing how much you were gaming or have you lied to them regarding your gaming?	0	0	1
8. Have you played to relieve a negative mood (for instance helplessness, guilt, or anxiety)?	0	0	1
9. Have you risked or lost a significant relationship because of gaming?	0	0	1
10. Have you ever in the past 12 months jeopardized your school or work performance because of gaming?	0	0	1

Cotation : Ces questionnaires à une particularité entre la possibilité de répondre et la notation. Les participants peuvent répondre à ces questions à l'aide d'une échelle de Likert en 3 points. L'objectif étant de faciliter la décision pour y répondre. Mais lors de la notation, les réponses sont recodées de manière dichotomique : Never et sometimes = 0 et Often = 1 Il est important de noter, les questions 9 et 10 appartiennent au même critère, ainsi si la personne répond « often » à la question 9 ou 10 (ou même au deux) le résultat est égal à 1 Le score total du IGDT-10 varie entre 0 à 9, des scores plus élevés indiquant des cas plus graves d'IGD. Un cut-off a été fixé à ≥ 5 (Király et al. 2017).

6.3.3 Pornographie

Problematic Pornography Use Scale (PPUS ; Kor et al., 2014)

0 = "Never True", 1= "Rarely True", 2= "Sometimes True", 3= "Often True", 4= "Very Often True", 5= "Almost Always True"

	1	2	3	4	5
1. Using pornography has created significant problems in my personal relationships with other people, in social situations, at work or in other important aspects of my life	<input type="radio"/>				
2. I risked or put in jeopardy a significant relationship, place of employment, educational or career opportunity because of the use of pornographic materials	<input type="radio"/>				
3. I continued using pornography despite the danger of harming myself physically (for example: difficulty getting an erection due to extensive use, difficulty reaching an orgasm in ways that do not include pornography)	<input type="radio"/>				
4. I often think about pornography	<input type="radio"/>				
5. I spend too much time being involved in thoughts about pornography	<input type="radio"/>				
6. I spend too much time planning to and using pornography	<input type="radio"/>				
7. I feel I cannot stop watching pornography	<input type="radio"/>				
8. I have been unsuccessful in my efforts to reduce or control the frequency I use pornography in my life	<input type="radio"/>				
9. I keep on watching pornographic materials even though I intend to stop	<input type="radio"/>				
10. I use pornographic materials to escape my grief or to free myself from negative feelings	<input type="radio"/>				
11. I watch pornographic materials when am feeling despondent	<input type="radio"/>				
12. I have used pornography while experiencing unpleasant or difficult feelings (for example: depression, sorrow, anxiety, boredom, restlessness, shame or nervousness)	<input type="radio"/>				

Cotation : Les items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 (0 = "Never True", 1= "Rarely True", 2= "Sometimes True", 3= "Often True", 4= "Very Often True", 5= "Almost Always True"). Le score total est obtenu en additionnant les scores de items. Il peut varier de 0 à 60. Plus le score est élevé plus il y a de problèmes en lien avec l'usage de pornographie. Il n'y a pas de cut-off validé.

6.3.4 Achats

PBS - The Pathological Buying Screener (PBS; Müller et al., 2015).

1 –Never to 5-Very frequently

	1	2	3	4	5
How often does it occur...					
1. ...that you can't stop thinking about buying?	<input type="radio"/>				
2. ...that you feel embarrassed when others ask you about your buying behavior?	<input type="radio"/>				
3. ...that you have financial difficulties due to your buying habits?	<input type="radio"/>				
4. ...that you spend more time buying than you intended?	<input type="radio"/>				
5. ...that you suffer distress from your buying habits?	<input type="radio"/>				
6. ...that you have problems at work or school or in other areas due to your buying behavior?	<input type="radio"/>				
7. ...that you buy more things than you need?	<input type="radio"/>				
8. ...that at times you don't feel good and that you feel better when you go buying?	<input type="radio"/>				
9. ...that you hide your buying habits from others?	<input type="radio"/>				
10. ...that you buy more than you had planned?	<input type="radio"/>				
11. ...that you cannot stop buying things despite financial problems?	<input type="radio"/>				
12. ...that you try to limit your buying and can't?	<input type="radio"/>				
13. ...that you have problems with other people due to your buying habits?	<input type="radio"/>				

Cotation : Ces 13 items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points (1 = Jamais, 5= très souvent). Le score total est obtenu en additionnant les points pour chaque réponse. Le score total peut varier de 13 à 65 point.

6.3.5 Réseaux sociaux

SMDS – Social Media Disorder Scale (van den Eijnden, Lemmens, et Valkenburg 2016)

Please answer the question by thinking of your experience with using social media (e.g., WhatsApp, SnapChat, Instagram, Twitter, Facebook, Google+, Pintrist, forums, weblogs) in past year. Answer the questions as honestly as possible.

During the past year have you...	Yes	No
1. ... often found it difficult not to look at messages on social media when you were doing something else (e.g. school work)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... regularly found that you can't think of anything else but the moment that you will be able to use social media again?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... often sat waiting until something happens on social media again?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... felt the need to use social media more and more often?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... felt the need to check messages on social media more and more often?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... regularly felt dissatisfied because you wanted to spend more time on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... often felt tense or restless if you weren't able to look at your messages on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... regularly felt angry or frustrated if you weren't able to use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... often felt bad when you could not use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... tried to reduce your use of social media, but failed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... tried to spend less time on social media, but failed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... been unable to stop using social media, even though others told you that you really should?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... regularly used social media to take your mind off your problems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... often used social media so you didn't have to think about unpleasant things?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... often used social media to escape from negative feelings?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ... often not paid attention at school, while doing homework or at work because you were using social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ... regularly not had enough sleep because you were using social media too late at night?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... regularly had arguments with others because of your social media use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... regularly lied to your parents or friends about the amount of time you spend on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... regularly hidden your social media use from others?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ... often used social media secretly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ... regularly devoted no attention to people around you (e.g. family or friends) because you were using social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ... regularly had no interest in hobbies or other activities because you would rather use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ... regularly neglected other activities (e.g. hobbies, sport) because you wanted to use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ... had serious problems at school or at work because you were spending too much time on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ... had serious conflict with your parent(s) and sibling(s) because of your social media use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ... jeopardised or lost an important friendship or relationship because you were spending too much time on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version courte : Q2, Q6, Q9, Q11, Q15, Q18, Q19, Q24, Q26

Cotation : Ces 27 items sont mesurés à l'aide d'une échelle dichotomique (0 = Non, 1=oui). Le score total est obtenu en additionnant les point par question. Pour la version courte, le score total peut donc varier de 0 à 9, 0 signifie aucun signe et 9 signifie neuf signes pouvant évoquer des troubles de l'utilisation des réseaux sociaux.

6.3.6 Internet

La version courte du Compulsive Internet Use Scale (CIUS-8) (Gmel et al., 2017)

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
	0	1	2	3	4
How often...					
1. do you find it difficult to stop using the Internet when you are online?	<input type="radio"/>				
2. do you prefer to use the Internet instead of spending time with others (e.g., partner, children, parents)?	<input type="radio"/>				
3. are you short of sleep because of the Internet?	<input type="radio"/>				
4. do you look forward to your next Internet session?	<input type="radio"/>				
5. have you unsuccessfully tried to spend less time on the Internet?	<input type="radio"/>				
6. do you neglect your daily obligations (work, school, or family life) because you prefer to go on the Internet?	<input type="radio"/>				
7. do you go on the Internet when you are feeling down?	<input type="radio"/>				
8. do you feel restless, frustrated, or irritated when you cannot use the Internet?	<input type="radio"/>				

Cotation : Ces 8 items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points (0= Never, 1= Rarely, 2=sometimes, 3=Often, 4 = Very often). Le score total est obtenu en additionnant les point par question. Il peut varier de 0 à 32. Les cut-offs sont ≥ 11 pour l'utilisation symptomatique d'Internet et ≥ 15 pour l'utilisation problématique d'Internet (Gmel et al., 2017).

6.4 Annexe 4 : les autres instruments de mesure présentés

IMPORTANT : Veuillez vous référer aux informations présentées dans les chapitres 1 à 4 du présent rapport s'agissant du choix final des instruments de mesure et la terminologie validée à utiliser. Les annexes de ce rapport ont pour seul but de rassembler les informations des différentes étapes de l'étude. Elles ne constituent donc pas le résultat final validé par les expert·e·s.

6.4.1 Jeux de hasard et d'argent

NODS (NORC DSM-IV Screen for gambling problems)

Cet instrument a été construit sur la base des critères DSM-IV. Il est composé de 17 questions portant sur les 12 derniers mois (une version de 17 questions portant sur la vie existe aussi). Il est un des instruments le plus utilisés. Plusieurs versions courtes ont été dérivées de cet instrument. La version CLiP (Control, Lying, and Preoccupation) a été utilisée, en combinaison avec le Lie/Bet, dans l'Enquête Suisse sur la Santé 2017. La version intégrale a été utilisée en Suisse par Brodbeck (2009). Les cut-offs varient en fonction de l'utilisation. Les articles présentés dans la section de ce chapitre sur les instruments traitent de ce sujet.

Critères de sélection - NODS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Il est construit sur la base du DSM-IV, mais il correspond au DSM-5
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Il couvre les critères du DSM-5, mais pas les critères de la CIM-11
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (17 items)
Version courte (validée) disponible	Oui, trois versions (de 3 à 5 items)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, deux catégories de risque (NODS) et dichotomique (CLiP)
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et italien (NODS), allemand, français et italien (NODS-CLiP)
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Oui, Brodbeck (2009, NODS : 0.12%) et ESS 2017 (NODS-CLiP : 2.7%).
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Pas le NODS, mais le NODS-CLiP en Allemagne (% pas disponible)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	NODS : trois questions (proches, emploi/école, emploi/école) ; NODS-CLiP pas de questions.
Remarques	En Suisse le NODS-CLiP a été utilisé en combinaison avec le Lie/Bet. La version CLiP a une bonne sensibilité et spécificité dans un contexte clinique.

Autres instruments non retenus pour la sélection

Les autres instruments de mesures valides, mais qui n'ont pas été retenus pour la sélection finale sont :

SOGS (South Oaks Gambling Screen) : remontant à 1987, il est l'instrument le plus largement utilisé. Il est basé sur le DSM-III et ne couvre que très partiellement les critères du DSM-5 et de la CIM-11. Il compte 16 questions, nombre trop élevé pour une inclusion dans une enquête populationnelle. Il a été utilisé en Suisse en 2007.

PPGM (Problem and Pathological Gambling Measure) : il est un instrument de 14 questions. Les critères du DSM-5 sont partiellement couverts, moins ceux de la CIM-11. Sept questions mesurent différents problèmes qui affectent l'individu (finances, santé mentale, santé, relationnel, travail/école, juridique). Il est un instrument très intéressant, avec une très bonne capacité à identifier correctement les joueurs problématiques. Cet instrument a été très peu utilisé, donc il ne permet pratiquement aucune comparabilité avec la Suisse et d'autres pays.

6.4.2 Jeux vidéo

IGDS9-SF

L'IGDS9-SF a été validé (propriétés psychométriques) dans plusieurs pays et langues (voir <https://www.halleypontes.com/igds9sf>). Le cut-off proposé par ses auteur-e-s est de 36 points sur 45, mais n'a pas été validé (Pontes & Griffiths, 2015), et d'autres cut-off sont proposés, par exemple 21 points sur 45 (Monacis et al, 2016 ; Severo et al., 2020), pas non plus validé, et 32 points sur 45 (Quin et al., 2020), validé dans des échantillons chinois.

Critères de sélection – IGDS9-SF

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	DSM-5 et CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les 9 critères de la DSM-5 et les 4 de la CIM-11 (dont 3 <i>impairments</i> sur 5)
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (9)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui, mais uniquement en Chine
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Probablement oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Les deux
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et italien
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne et Italie, mais pas dans des enquêtes populationnelles
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Oui, deux questions (emploi/études/relations, activités)
Remarques	-

6.4.3 Pornographie

PPCS

Le PPCS est une échelle comprenant 18 items qui mesure l'utilisation problématique de la pornographie en ligne et qui se base sur le modèle de l'addiction de Griffiths (2005).

Critères de sélection – PPCS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	non
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	-
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (18)
Version courte (validée) disponible	Oui (6 items)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Probablement pas
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Les deux
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Oui, une questions (activités)
Remarques	-

6.4.4 Achats

BSAS – Bergen Shopping Addiction Scale

Les auteur-e-s de cette échelle ont emprunté la perspective de l'addiction. L'instrument est composé de 7 items développés selon les critères des addictions. Cette version a été utilisée dans l'étude de Wenger et Schaub (2020).

Critères de sélection – BSAS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non (basé sur un concept de addiction selon le DSM-5)
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les critères de la CIM-11 pour ce trouble ne sont pas encore définis [catégorie résiduelle]. Dans tous les cas, les critères ne seront pas ceux d'une addiction.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (28)
Version courte (validée) disponible	Oui (7)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Cut-offs pas validés de manière claire
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Non
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et français
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Oui (Augsburger et al., 2020)
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Pas dans des enquêtes populationnelles
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Version longue six questions (sommeil, finances, bien-être, obligations, priorité sur d'autres activités, proches) ; version courte deux (obligations et bien-être)
Remarques	-

RCBS - Richmond Compulsive Shopping Scale

Ici la conception de l'instrument de mesure se base sur le spectre obsessionnel-compulsif, soit un trouble considéré comme à la fois impulsif et obsessionnel-compulsif (Nicoli de Mattos et al., 2019). Les questions de l'outil s'intéressent au comportement lui-même plutôt qu'à ses conséquences financières. L'outil compte six questions et les personnes ayant obtenu un score de 25 ou plus sont classées comme ayant un comportement d'achat compulsif.

Critères de sélection – RCBS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Partiellement (contrôle des impulsion et trouble obsessionnel compulsif)
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les critères de la CIM-11 pour ce trouble ne sont pas encore définis [catégorie résiduelle].
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (6)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Pas clair
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Pas dans des enquêtes populationnelles
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Non
Remarques	C'est le seul instrument des trois sélectionnés où l'achat de biens inutiles et non désirés est central.

6.4.5 Réseaux sociaux

BSMAS – Bergen Social Media addiction Scale

Le BSMAS est un instrument dont l'intention est de mesurer le problème lié à l'usage des réseaux sociaux selon l'approche de l'addiction. Il s'agit d'une adaptation du Bergen Facebook addiction Scale (BFAS) (Andreassen et al., 2012), où le terme 'Facebook' du BFAS a été remplacé par 'social média' dans les différents items de l'échelle.

L'instrument est composé de 6 items mesurant saillance, modification de l'humeur, tolérance, retrait, conflit et rechute. Le cut-off est fixé à 19 points (sur un maximum de 30 points) (Bányai et al., 2017).

Critères de sélection – BSMAS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Ne s'applique pas
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Ne s'applique pas
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (6)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Ne s'applique pas
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Ne s'applique pas
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et italien
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Une question (impact sur le travail ou l'école)
Remarques	-

6.5 Annexe 5 : Résultats sur la recherche d'instruments pour mesurer le trouble du comportement sexuel compulsif

Dans cette annexe, sont présentés les résultats de la recherche d'instruments pour mesurer le trouble du comportement sexuel compulsif, ainsi qu'une proposition d'instrument (validée par le groupe d'experts scientifiques).

6.5.1 Terminologie

Si les termes *nymphomania*, *Don Juanism* et *satyriasis* ne sont plus utilisés aujourd'hui (et depuis longtemps), d'autres termes sont plus ou moins courants. Outre la notion de *sex/sexual addiction*, qui est utilisée comme terme générique pour désigner une sexualité excessive et/ou problématique, les autres termes utilisés sont *sexual impulsivity*, *out-of-control sexual behavior*, *hypersexual behavior*, *sexual compulsivity*, *hypersexuality*, *hypersexual disorder*, et *compulsive sexual behaviour disorder*.

6.5.1.1 Définition adoptée à la suite du workshop

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par leur comportement sexuel.
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch ihr Sexualverhalten verursacht werden.
it	Concetto che si riferisce ad un insieme di difficoltà causate - per alcuni individui - dal loro comportamento sessuale.
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for certain individuals - by their sexual behavior.

6.5.1.2 Terminologie adoptée à la suite du workshop

Stratégie nationale addictions	fr	all	it	ang
Comportement (à faible risque)	Comportement sexuel	Sexualverhalten	Comportamento sessuale	Sexual behavior
Comportement à risque				
Addiction				
[pas dans la stratégie nationale addictions]	Trouble du comportement sexuel compulsif	Zwanghafte Sexualverhaltensstörung	Disturbo da comportamento sessuale compulsivo	Compulsive sexual behaviour disorder

6.5.2 *Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)*

Comme mentionné précédemment, la sexualité est un domaine pour lequel, historiquement, les diagnostics ont été influencés par les normes sociales et morales selon l'époque et le lieu. Par exemple, pendant longtemps, les femmes ne pouvaient avoir une sexualité comparable à celle des hommes sans être identifiées comme pathologiques, ou du moins anormales. De même, la sexualité excessive a été longtemps identifiée et étudiée en termes de fréquence, d'autoérotisme ou de pratiques anormales. L'absence d'un diagnostic clair et consensuel a laissé ouverte la possibilité de caractériser le problème en lien au comportement sexuel de façon très variable, rendant difficile le traitement des personnes qui en souffrent.

L'introduction du trouble *compulsive sexual behaviour disorder* dans la CIM-11 en 2019 est la reconnaissance de l'existence du problème et du fait qu'il représente un problème significatif de santé publique. L'exclusion du DSM-5 et les critères diagnostiques de la CIM-11 montrent cependant qu'il faut être particulièrement attentif au risque de pathologiser à tort des personnes qui ne présentent pas de trouble. Par exemple, comme le rapportent Grubbs et collègues (2020), il est clairement établi que certains individus croient avoir une addiction au sexe, une sexualité compulsive ou hors de contrôle, sans pour autant que celle-ci apparaisse objectivement non régulée ou cause de réels problèmes. De même, il peut y avoir un problème d'"incongruité morale" qui pousse des personnes sans problèmes objectifs à demander de l'aide parce que leur comportement ne correspond pas à leurs convictions morales.

Ces aspects représentent clairement des difficultés qu'un-e spécialiste travaillant dans un cadre clinique doit prendre en compte lorsqu'il-elle s'occupe de personnes présentant un problème en lien au comportement sexuel. Mais c'est encore plus complexe lorsqu'il s'agit d'une enquête épidémiologique. S'agissant de la sexualité, comme pour certains des autres comportements présentés dans ce rapport, le manque d'instruments de mesure valides – en l'absence de critères cliniques validés ou en raison du temps nécessaire à la validation d'un nouvel instrument – risque de pousser à utiliser des instruments créés dans l'intention de mesurer le problème en lien au comportement sexuel, sans pour autant être sûr de ce qu'ils mesurent réellement. Sans pouvoir s'assurer que les personnes identifiées comme pathologiques le sont véritablement ou qu'elles ne le sont pas, nous courons le risque de surestimer ou au contraire de sous-estimer la prévalence du problème au sein de la population.

Nous tenons par conséquent à souligner une fois de plus la nécessité d'utiliser et promouvoir, autant que possible, des instruments de mesure qui ont fait leurs preuves sur le plan clinique et qui sont capables de mesurer de façon valide la prévalence réelle du problème. Il ne s'agit pas seulement d'un enjeu scientifique, de non stigmatisation ou d'autres aspects éthiques, mais d'une nécessité pour une prise de décision rationnelle en matière de santé publique.

6.5.3 *Instruments de mesure existants*

Une revue menée par Womack et collègues (2013) a identifié trois types d'instruments : des entretiens cliniques (quatre instruments), des questionnaires qui mesurent les symptômes du problème en lien au comportement sexuel (24 instruments) et des instruments qui se focalisent sur les conséquences associées à ce comportement (quatre instruments). Plusieurs de ces éléments ont été jugés appropriés pour mesurer le *Hypersexual Disorder* comme proposé (mais finalement non retenu) dans le cadre du DSM-5.

La revue de Karila et collègues (2014) a identifié 22 instruments de mesure. Le Sexual Compulsivity Scale - SCS (Kalichman et al., 1994) a été indiqué comme un outil très utilisé et ayant des bonnes qualités psychométriques. Un autre instrument proposé est le Sexual Addiction Screening Test (SAST), mais celui-ci est basé sur des critères diagnostiques de l'addiction.

La revue systématique de Montgomery-Graham (2017) a identifié le Hypersexual Disorder Screening Inventory – HDSI (Reid et al., 2012) comme meilleur instrument pour mesurer le *Hypersexual Disorder*. D'autres instruments comme le SCS, le HBI et le CSBI ont obtenu des très bonnes évaluations également.

À l'heure actuelle un seul instrument a été construit sur la base du diagnostic inclus dans la CIM-11 (le *Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale* – CSBD-19 ; Böthe et al. 2020). D'autres instruments seront sans doute développés au cours des prochains mois et années.

6.5.4 Prévalences dans le monde et en Suisse

Aucune étude populationnelle représentative dédiée au problème en lien au comportement sexuel n'a été menée en Suisse. A niveau international, il n'y a pas eu jusqu'à présent d'études épidémiologiques sur ce problème sur des population (Grubbs et al., 2020). La grande majorité des études conduites sur ce sujet se base sur des échantillons non représentatifs de la population générale, c'est pourquoi il n'est pas pertinent de rapporter leurs résultats ici.

6.5.5 Sélection d'instruments de mesure pour les consultations d'expert-e-s et le workshop final

Le choix de l'instrument à utiliser pour mesurer au problème en lien au comportement sexuel n'est pas simple. Un seul instrument (CSBD-19) a été développé sur la base de la CIM-11, mais il est trop récent pour avoir déjà passé toutes les étapes de validation nécessaires. Les autres instruments éligibles ont été développés sur la base des critères (finalement non retenus) du DSM-5, ou sur d'autres critères. Concernant les instruments de mesure développés en prenant pour référence le DSM-5, Grubbs et ses collègues (2020) avancent que bien que les diagnostics soient assez similaires, il existe des différences importantes dans leur conceptualisation et leurs critères diagnostiques, ce qui suggère que les évaluations conçues pour le *Hypersexual Disorder* (DSM-5) risquent de ne pas être applicables à la mesure des critères diagnostiques du *Compulsive sexual behaviour disorder* (CIM-11).

Compte tenu de la question cruciale de la validité de la mesure et de la nécessité que celle-ci corresponde autant que possible à un diagnostic reconnu, lorsqu'il existe, nous ne sommes pas en mesure de recommander l'adoption, dès maintenant, de l'un ou l'autre instrument de mesure.

Sous réserve de cela, trois instruments peuvent néanmoins être envisagés, mais pour chacun d'eux, il faut tenir compte de ses limites. Ces instruments de mesure sont : **CSBD-19, HDSI, SCS.**

Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale - CSBD-19 (Böthe et al., 2020)

Cet instrument de mesure a été récemment développé sur la base des critères diagnostiques du *Compulsive sexual behaviour disorder* inclus dans la CIM-11. Selon Grubbs et collègues (2020), il s'agit d'un outil prometteur. Il se compose de 19 items à noter de 0 à 4. Un seuil de 50 ou plus indique un risque élevé de présenter un trouble du comportement sexuel compulsif. Compte tenu du type de notation, il est

probable que des seuils intermédiaires seront introduits, mais une validation clinique de l'instrument est d'abord nécessaire.

Critères de sélection – CSBD-19

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	CIM-11
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (19)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Pas avant validation clinique
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne (pas dans une enquête populationnelle)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Trois questions (education/emploi, realtions, taches importantes)
Remarques	L'instrument est très récent. Le développement d'une version courte et une validation gold standard est très probable au cours des prochaines années.

La majorité des expert.e.s consultés a indiqué que l'IGDT-10 était l'outil à privilégier pour la recherche (voir annexe 2).

Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19; Böthe et al., 2020)

Below are a number of statements that describe various thoughts, feelings, and behaviors about sex. Please, think back to the **past six months** and indicate on the following 4-point scale to what extent the statements apply to you. There are no right or wrong answers.

For the purpose of this questionnaire, sex is defined as any activity or behavior that stimulates or arouses a person with the intent to produce an orgasm or sexual pleasure (e.g., self-masturbation or solosex, using pornography, intercourse with a partner, oral sex, anal sex, etc.). Sexual behaviors may or may not involve a partner.

1 –totally disagree / 2 –somewhat disagree / 3 –somewhat agree / 4 –totally agree

	1	2	3	4
1. Even though my sexual behavior was irresponsible or reckless, I found it difficult to stop.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sex has been the most important thing in my life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I was able to resist my sexual urges for only a little while before I surrendered to them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I had sex even when I did not enjoy it anymore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. My sexual urges and impulses changed me in a negative way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I could not control my sexual cravings and desires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I would rather have had sex than to have done anything else.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trying to reduce the amount of sex I had almost never worked.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Although sex was not as satisfying for me as before, I engaged in it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I did not accomplish important tasks because of my sexual behavior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. My sexual desires controlled me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. When I could have sex, everything else became irrelevant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. I was not successful in reducing the amount of sex I had.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Although my sex life was not as satisfying as it had been before, I had sex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. My sexual activities interfered with my work and/or education.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. My sexual behaviors had negative impact on my relationships with others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I have been upset because of my sexual behaviors.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. My sexual activities interfered with my ability to experience healthy sex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. I often found myself in an embarrassing situation because of my sexual behavior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cotation : Les items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points (totally disagree = 1 ; somewhat disagree = 2 ; somewhat agree = 3 ; Totally agree = 4). Le score total est obtenu en additionnant les scores de items. Il peut varier de 19 à 76. Plus le score est élevé plus il y a des risques d'avoir un CSB. Le cut-off est de 50 point ou plus.

6.5.6 Les autres instruments présentés

Hypersexual Disorder Screening Inventory – HDSI (Reid et al., 2012)

L'HDSI a été élaboré sur la base des critères diagnostiques du *Hypersexual Disorder* finalement pas inclus dans le DSM-5. Il se compose de 7 items. Les réponses sont basées sur les 6 mois précédents. Cinq items (groupe A) mesurent les fantasmes, les pulsions et les comportements sexuels récurrents et intenses, et deux items (groupe B) mesurent la détresse et la perturbation résultant de ces fantasmes, pulsions et comportements. Le cut-off est fixé à 20 points (≥ 4 items du groupe A et ≥ 1 items du groupe B).

Critères de sélection – HDSI

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Construit pour le DSM-5, mais il correspond à la classification selon la CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Partiellement. Il était basé sur les critères proposés pour le DSM-5.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (7)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Ne correspond pas à la CIM-11, mais peut-être utilisé dans ce cadre
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Oui, p.ex. USA, mais pas dans des enquêtes populationnelles.
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Une question (plusieurs domaines ensemble)
Remarques	-

Sexual Compulsivity Scale - SCS (Kalichman et al., 1994)

Le SCS a été développé principalement comme outil de recherche pour mesurer le risque de VIH associé au comportement sexuel compulsif. Le SCS définit la compulsivité sexuelle comme un besoin focalisé et intense de satisfaire ses besoins sexuels. Cette brève échelle se compose de 10 items adaptés de l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman (Zuckerman, Kolin, Price, & Zoob, 1964). sexuels. Le cut-off de l'échelle est fixé à 24.

Critères de sélection – SCS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les questions ne couvrent pas exactement les critères avec une question précise, mais dans l'ensemble ils semblent couvrir les critères de la CIM-11.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (10)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Oui, mais pas dans des enquêtes populationnelles
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Trois questions (deux pour l'impact sur la vie en général et une sur les responsabilités)
Remarques	La CIM-11 parle de 'sexual behaviours', alors que le SCS inclut dans les questions souvent aussi les pensées et pas uniquement les actes.

6.6 Annexe 6 : experts ayant participé au projet

6.6.1 Experts scientifiques

<i>Origine</i>	<i>Nom</i>	<i>Institutions</i>
Belgique	Joël Billieux	UCLE / Invité UNIL
LU	Oliver Bilke-Hentsch	Luzerner Psychiatrie
ZH	Severin Haug	ISGF UZH
VD	Yasser Khazaal	CHUV
États-Unis	Shane W. Kraus	University of Nevada
ZH	Michael Schaub	ISGF UZH
VD	Olivier Simon	CJE CHUV
Canada	Joël Tremblay	RISQ Québec

6.6.2 Composition du groupe de travail terminologie (GTT)

<i>Nom</i>	<i>Institutions</i>
Christophe Al Kurdi	GREa (Coordination du groupe)
Marcello Cartolano	Ticino addiction
Jean-Félix Savary	GREa – Groupement Romand d'Étude des Addictions
Olivier Simon	SSAM – Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Cédric Stortz	Fachverband Sucht
Niels Weber	Gaming Federation

6.6.3 *Participants au workshop du 25 juin*

<i>Nom</i>	<i>Institutions</i>
Sophia Achab	Centre collaborateur OMS, UNIGE- ReConnecte, HUG
Christophe Al Kurdi	GRE (Animation)
Oliver Bilke-Hentsch	Luzerner Psychiatrie
Natacha Cattin	Gaming Federation
Franz Eidenbenz	Radix
Annette Fahr	OFSP / BAG
Yasser Khazaal	CHUV
Suzanne Lischer	HSLU
Luca Notari	Addiction Suisse (Animation)
Renanto Poespodihardjo	UPK Basel
JF Savary	GRE (Animation)
Olivier Simon	SSAM /SAPP
Cédric Stortz	Fachverband Sucht
Angelina Vangopoulou	OFSP / BAG
Niels Weber	GRE
