

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

ÉTUDE DU LIEN ENTRE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DU SMARTPHONE, LE VISIONNAGE DE CONTENU COURT ET LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE TABAC EN POPULATION ÉTUDIANTE

MÉSENGE Hugo

Né le 06 août 1996 à Montivilliers (76)

Sous la direction du Docteur **MADIETA Lou**

Membres du jury

M. le Professeur KAZOUR François | Président

M. le Docteur MADIETA Lou | Directeur

Mme le Professeur GOHIER Bénédicte | Membre

Mme le Docteur BRIERE Marie | Membre

Soutenue publiquement le :
10 octobre 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Hugo MESENCE déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le **02/07/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

À Monsieur le Professeur François Kazour,

Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Ton humanité et ta sérénité sont des exemples et une source d'inspiration pour le psychiatre que j'aimerais devenir. Je me sens honoré de pouvoir bénéficier de ton regard et de ton expérience pour ce moment si important de mon parcours. Sois assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Lou Madieta,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour ton temps, ta réactivité et tes précieux conseils tout au long de ce travail. Merci pour tes encouragements et ta réassurance quand je voyais avec inquiétude la date de soutenance approcher. Je ne pouvais espérer meilleur accompagnement.

À Madame le Professeur Bénédicte Gohier,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance tout au long de mon internat. Merci pour l'attention que vous portez aux internes et à leur formation. Votre engagement dans votre métier et votre enthousiasme pour la psychiatrie et toutes les possibilités qu'elle offre sont un exemple pour moi et me guident dans ma pratique. Vous avez toute ma gratitude et mon profond respect.

À Madame le Docteur Marie Brière,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Travailler avec toi pendant ces 6 mois à l'HDJ et lors de nos gardes partagées a été une chance et un grand plaisir. Merci pour tout ce que tu m'as appris en addictologie et merci d'avoir su créer une ambiance de travail aussi joyeuse et sereine. Tu fais partie des psychiatres qui m'ont fait aimer mon métier.

Merci aux médecins et soignants qui ont guidé et continuent de guider mon parcours (par ordre d'apparition et de manière non exhaustive) :

Merci au Docteur Braïk, au Docteur Cottier et aux équipes du service de psychiatrie de Saumur pour avoir accompagné avec tranquillité mes premiers pas hésitants dans cet internat, je vous dois beaucoup.

Merci à l'ensemble des médecins du service de Psychiatrie-Addictologie du CHU d'Angers, j'ai tant appris de chacun d'entre vous. Merci pour votre accueil à mes différents passages en stage et votre accompagnement tout au long de mon parcours.

Merci au Professeur Wojciech Trzepizur, aux médecins et aux équipes du service de médecine du sommeil du CHU d'Angers, vous m'avez énormément appris. Merci de m'avoir accueilli dans votre service et d'avoir enrichi ma pratique de la médecine.

Au Docteur Gabriel Laviole, merci pour tout ce que tu m'as enseigné sur la médecine du sommeil et le lien avec le patient. J'admire ton humanité, ta curiosité sur tant de sujets et ta capacité à faire autant de choses de ta vie. Merci pour ton amitié.

Au Docteur Pierre Abdel Ahad, merci pour ta gentillesse, ta passion pour ton métier et ta volonté de transmettre tes connaissances. Je te dois beaucoup de ce que j'ai appris en pharmacologie.

Au Docteur Pascale Delafond et aux équipes médicales et paramédicales de pédopsychiatrie du CH de Laval. Merci à tous pour ce que vous m'avez apporté.

Aux équipes médicales et paramédicales du service d'Addictologie de Prémartine au Mans, merci pour votre accueil et ce que vous m'avez apporté.

À l'équipe d'HDJ du CHU d'Angers. Merci au Dr Marine Rozet, pour ta disponibilité, ton écoute et tout ce que tu m'as enseigné. À Nadine, Pauline, Aurélie, Hélène, Lucie, Marine, merci pour tous les moments joyeux et les rires, travailler avec vous et apprendre à vos côtés a été une chance. Merci pour tout.

À l'équipe médicale et paramédicale de Maine A, merci pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse. Merci au Docteur Camille Cairon. Au Docteur Efflam Bregeon, merci pour tout ce que tu m'as appris au cours de ce semestre et pour avoir enrichi ma pratique de la psychiatrie.

REMERCIEMENTS

À l'équipe médicale et paramédicale de l'UPAO, travailler avec vous est un plaisir. Merci de m'avoir accueilli pour ce stage. Merci de l'attention que vous portez aux patients et à leur prise en charge, merci pour votre bienveillance et votre humour. Merci au Docteur Jean-Baptiste Tillard et au Docteur Adèle Julienne.

À tous les patients, pour votre courage, la confiance que vous m'avez accordée et pour m'avoir tant appris. Merci.

À mes amis :

À Grégory, pour notre amitié qui, depuis la primaire, est une source de joie dans ma vie. Pour tous nos fous rires et pour m'avoir permis de m'intéresser à tant de sujets. Pour ta vie d'aventures, ta créativité et ta manière d'épuiser le champ des possibles. Pour ta capacité à créer des discussions qui n'appartiennent qu'à nous. Merci mon ami.

À Gautier le bro, tu es une personne que j'admire. À toutes tes qualités qui font de toi une si belle personne. Les moments partagés avec toi sont toujours joyeux et doux. Merci pour toutes les discussions et les moments de vie. Je suis heureux que tu fasses parti de mon existence.

À Maxime, depuis la 5^{ème} 7 (les Ptérodactyles) tu as toujours fait partie de ma vie. Pour la simplicité de notre amitié, tes valeurs et tes réflexions qui m'inspirent. Parce que je sais que les moments partagés avec toi sont toujours sources d'échanges riches. Merci à toi.

À Julien bien suuur, le meilleur des coloc' et musicien. Pour toutes les valeurs que nous partageons, pour tous les moments joyeux depuis le lycée. Pour ton écoute bienveillante et ta tolérance (voir tes encouragements) pour mes jeux de mots et mes délires. Tu comptes beaucoup pour moi.

À Danaé, la meilleure des marraines de médecine. J'admire ta gentillesse, ton courage et ta sensibilité. Merci pour ce beau voyage sur l'île de Jace et des paille-en-queues. Pour les voyages à venir.

À mes amis de l'externat, Thomas, Manon, Pauline, Abdel, Camille, Andréa, Perrine, Florian, Callew, Valentin, Hortense, Florentin, Chef Guilherm, Jérémie, Marie C. Merci à tous pour votre présence durant ses années si denses, pour nos soirées improbables, pour tous ces souvenirs et tous nos moments de joie partagée.

À Vincent le khey (et ton talent pour cultiver les amitiés), Clément, Méryl aka MD, Camille, Aurélie, Leïla, Sarah, Corentin, Léna, Cyprien. Merci à vous tous pour tous ces moments et pour ceux à venir, pour les soirées mémorables, les vacances heureuses et pour les belles personnes que vous êtes.

À mes amis de l'internat :

Vous êtes géniaux, vous rencontrer a été une chance et je suis heureux de vous connaître. À Christophe (dont l'amitié a été évidente depuis « merci Titeuf »), Pauline (et petit Bernie, bien entendu). Merci pour votre générosité, votre soutien, votre disponibilité. À Céline, pour ton rire si joyeux et toutes nos passions communes. À Léa et Alexis, pour votre courage, votre humanité et votre sérénité. À Alex, Manon, Hélène.

À mes amis et mes co-internes, merci d'avoir rendu l'internat si chouette :

À Etienne, pour ton amitié (malgré nos chronotypes visiblement si différents), pour toutes nos soirées repas et jeux à l'appartement. J'admire ton inventivité et ton imagination sur tant de sujets, ta vivacité d'esprit et la manière dont tu m'embarques dans des conversations inédites.

À Maelys, tu es une personne géniale. Merci pour tous nos échanges, tes conseils de lecture, de podcasts et nos points communs. J'admire le regard que tu portes sur le monde, ta joie de vivre et ta manière d'être présente pour l'autre. Je suis heureux de t'avoir rencontré.

À Anne, merci pour ton amitié et toutes tes qualités. Pour tout ce que tu m'as apporté de joyeux, pour le cinéclub (et pour m'avoir fait voir des films que je qualifierais de frissonnant), les bons moments, les échanges et ton écoute.

REMERCIEMENTS

À Micha dit « le Man » (et pour avoir partagé la moitié des stages de l'internat avec moi), à Geoffrey. Merci à vous pour votre présence, les discussions, votre écoute, les rires et les bons moments. Merci à Manon, Mathou, André, Garance, Kim, Clément B. A Sarah P. et Nina, pour votre bonne humeur, votre bienveillance et pour m'avoir beaucoup appris lors de mon premier stage au CHU. À mes colocos de la Maison 10, Clément et Anaïs, merci d'avoir égayé mon semestre d'hiver dans des contrées lointaines.

À Lucien, le meilleur professeur de Batterie, pour m'avoir appris à aimer, ressentir la musique et à lui donner une place si importante dans ma vie.

À mes proches et à ma famille :

À ma belle-famille, Candida, Stéphane, Anaëlle, Sylviane, merci de m'avoir accueilli avec tant de bienveillance et de simplicité au sein de votre famille. Merci pour votre gentillesse.

À Sandrine et Georges, respectivement meilleure marraine et meilleur parrain au monde. Merci de m'avoir accompagné depuis le début et d'avoir été présent jusqu'à aujourd'hui. Vous comptez beaucoup pour moi.

À mes beaux-frères, Bertrand et Maxime, vous êtes des êtres humains tellement géniaux. Votre humanité, votre curiosité et votre culture m'inspirent. Je suis heureux de vous avoir dans ma vie.

À Mamie Jeanne, Papi Gérard et Mamie Cricri, pour tous ces joyeux souvenirs d'enfance auxquels je repense avec émotions, merci pour votre force, votre générosité et votre courage. À mon petit papi Roger, à Titi, René, Simone, je pense fort à vous.

À Elana, Andréa et Lysias, vous voir grandir et vous épanouir entouré par autant d'amour est un bonheur. Vous me donnez confiance en la vie et en l'avenir. À Roxane, ma filleule d'amour, tu es merveilleuse et je suis si fier d'être ton parrain.

À mes sœurs, Adélaïde et Léa, ma fratrie de piafs. Être votre petit frère et avoir pu grandir à vos côtés est une chance immense. Pour notre complicité. Vos valeurs, votre sensibilité et vos qualités sont une source d'inspiration pour moi. Merci pour tout, je vous aime.

À mes parents, Agnès et Vincent, merci pour tout ce que vous m'avez apporté dans la vie. Merci pour votre amour, merci de m'avoir transmis vos valeurs et de m'avoir ouvert au monde, à sa poésie et à sa beauté, merci de m'avoir permis de penser librement et de m'avoir toujours soutenu dans mes projets. Je suis chanceux de vous avoir dans ma vie, je vous aime.

À ma petite Marie, au plaisir de nos moments partagés, pour nos danses d'accueil après les journées de travail, pour la simplicité d'être bien avec toi et de tout pouvoir partager, pour ta sensibilité et ton humanité. Merci pour ton amour et ton soutien, merci pour tout ce que tu as rendu plus beau et lumineux, je t'aime.

Bref, un grand merci à vous tous sans qui la vie serait franchement moins belle.

« Il y a des êtres qui justifient le monde, qui aident à vivre par leur seule présence »
Albert Camus

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Population et procédures**
- 2. Mesures**
 - 2.1. Caractéristiques socio-démographiques
 - 2.2. Usage du smartphone
 - 2.2.1. Modalités d'utilisation du smartphone
 - 2.2.2. Usage problématique du smartphone
 - 2.3. Alcool
 - 2.4. Tabac
- 3. Analyse statistique**
- 4. Aspects éthiques et consentement**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population**
- 2. Statistiques descriptives**
 - 2.1. Caractéristiques socio-démographiques
 - 2.2. Usage du smartphone
 - 2.3. Usage problématique du smartphone et consommation d'alcool et de tabac
- 3. Statistiques analytiques**
 - 3.1. Association entre UPS, contenu court et réseaux sociaux
 - 3.2. Association entre l'UPS et les consommations d'alcool et de tabac

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE

ÉTUDE DU LIEN ENTRE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DU SMARTPHONE, LE VISIONNAGE DE CONTENU COURT ET LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE TABAC EN POPULATION ÉTUDIANTE

Hugo Mésenge¹, Pr Bénédicte Gohier^{1,2}, Dr Marie Brière¹, Pr François Kazour^{1,2}, Dr Lou Madieta¹

¹ Service de Psychiatrie-Addictologie, CHU d'Angers, Angers, France

² Université d'Angers, Université de Nantes, LPPL, SFR CONFLUENCES, F-49000 Angers, France

RÉSUMÉ

Contexte : l'usage problématique du smartphone (UPS) constitue un enjeu croissant de santé publique, notamment chez les étudiants. L'exploration de l'association entre l'UPS et la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac) reste actuellement limitée.

Objectif : l'objectif principal de cette étude était d'explorer l'association entre l'UPS et les consommations d'alcool et de tabac en population étudiante. Les objectifs secondaires étaient : (1) l'évaluation de la prévalence de l'UPS, des consommations d'alcool et de tabac dans une population étudiante ; (2) l'évaluation de l'association entre l'UPS et le visionnage de contenu court sur le smartphone.

Méthodes : 1133 étudiants ont répondu à un questionnaire en ligne. Nous avons évalué l'UPS via l'IAT version smartphone, le temps d'écran quotidien, les différents types d'activités réalisées sur le smartphone, le caractère problématique du visionnage de contenu court, les consommations d'alcool (AUDIT-C) et de tabac (test de Fagerström). Nous avons évalué le critère de jugement principal via le test d'indépendance du χ^2 .

Résultats : les fumeurs présentaient significativement plus fréquemment un UPS que les non-fumeurs (OR = 1,67). Il n'y avait pas d'association significative entre l'UPS et le degré de dépendance à la nicotine ni entre l'UPS et les catégories d'usage de l'alcool. Une association était retrouvée entre l'usage important des réseaux sociaux et l'UPS (OR = 2,71), ainsi que le visionnage fréquent de contenu court et l'UPS (OR = 2,77).

Conclusion : il existe une association entre l'UPS et le statut tabagique chez les étudiants. Il existe également une association entre l'UPS et le visionnage fréquent de contenu court ainsi que l'usage important des réseaux sociaux. L'association entre l'UPS et la consommation de substances psychoactives et le lien entre smartphone et addiction doivent continuer à être explorés. Ces résultats appellent à des travaux futurs examinant plus finement les types d'usages du smartphone, notamment les réseaux sociaux et le visionnage de contenu court.

INTRODUCTION

L'addiction peut être définie comme « un processus par lequel un comportement, pouvant à la fois procurer du plaisir et permettre d'échapper à un malaise interne, est utilisé sous un mode caractérisé par : l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives » (1).

Dans le champ des addictions, l'alcool et le tabac, du fait de leur statut légal et de leur accessibilité, concentrent la part principale de la charge sanitaire mondiale : ils constituent une cause majeure de morbidité et de mortalité et engendrent un coût sociétal considérable (2)(3). En effet, l'alcool était impliqué dans 4,7% des décès mondiaux en 2019, principalement chez les hommes, tandis que le tabac est à l'origine de plus de 7 millions de décès par an. En France, l'alcool et le tabac sont respectivement responsables de plus de 41 000 et 75 000 décès par an, pour un coût estimé en 2019 à 102 et 156 milliards d'euros (4)(5)(6).

Depuis le DSM-5, les addictions sans substance, telles que le jeu d'argent et de hasard, sont désormais reconnues aux côtés des addictions avec substance. Cette reconnaissance a été confirmée par la CIM-11, qui intègre également le *gaming disorder*. Ces évolutions ont contribué à un intérêt croissant pour les addictions comportementales, notamment celles liées à l'usage des écrans et du smartphone, pour laquelle l'expression *d'usage problématique du smartphone* (UPS) est actuellement couramment utilisée dans la recherche.

Depuis l'essor des smartphones connectés à internet en 2007, ces outils se sont imposés dans le quotidien. Leurs améliorations continues ont entraîné une adoption croissante, notamment chez les jeunes : en France en 2021, 94% des 15-29 ans possédaient un smartphone (7). Si leurs usages offrent des bénéfices évidents (communication, partage de l'information), leur intensification interroge quant à leurs impacts individuels et sociétaux. Plusieurs études ont mis en avant des conséquences sur la santé physique (troubles musculosquelettiques, troubles du sommeil, sédentarité, accidents de la voie publique) (8) ainsi que sur la santé

mentale et le bien-être (9)(10). Dans ce contexte, des outils de repérage et d'évaluation des usages problématiques du smartphone ont été développés (11)(12)(13).

Parmi ces usages, le visionnage sur les réseaux sociaux de contenu court (dont la durée ne dépasse pas une minute ; *Short* ou *Reels*) – un format apparu en 2014 – semble un puissant renforçateur et pourrait favoriser des comportements qualifiés d'addictifs par certains auteurs (14) ; ses mécanismes font actuellement l'objet de travaux de modélisation, notamment chez les adolescents (15).

Néanmoins, l'addiction s'inscrit dans un modèle dit bio-psycho-social, avec une interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans le développement et le maintien des comportements addictifs (16). Sur le plan biologique, l'activation répétée du système de récompense et les altérations des fonctions exécutives (prise de décision, contrôle inhibiteur) constituent des mécanismes communs aux addictions, avec et sans substance, et peuvent favoriser l'émergence de comorbidités addictives (17)(18). Sur le plan psychologique, des vulnérabilités individuelles telles que l'impulsivité, les apprentissages comportementaux (renforcement positif et négatif) ou les stratégies d'adaptation au stress interviennent dans le développement des conduites addictives. Enfin, sur le plan social, l'environnement, l'influence des pairs, les facteurs culturels et le contexte socio-économique jouent un rôle majeur dans l'initiation, l'entretien ou l'aggravation des comportements addictifs, notamment à travers l'accessibilité des produits ou des objets de dépendance et la normalisation de certains usages. Ces différents éléments interagissent de manière complexe et, dans ce contexte, la qualification d'« addiction » au smartphone reste encore débattue dans la littérature scientifique (19).

Au sein de ce domaine d'étude, les étudiants universitaires représentent un groupe d'intérêt : d'une part, ils maîtrisent largement l'outil numérique. D'autre part, l'immaturité du cortex préfrontal avant l'âge de 25 ans (17) peut altérer les mécanismes de prise de décision et

d'auto-régulation, favorisant l'installation et le maintien de conduites addictives et majorant la vulnérabilité face à leurs conséquences (20)(21). Malgré cette vulnérabilité accrue, les recherches concernant les conduites addictives chez les étudiants de l'enseignement supérieur sont rares, en raison de l'absence de base de sondage nationale et d'occasions d'interrogations plus limitées par rapport au collège ou au lycée (22). Bien que certaines études suggèrent une association entre l'UPS et la consommation de substances psychoactives (23)(24), ce lien demeure encore peu exploré dans la littérature, en particulier chez les étudiants universitaires. Enfin, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur le sujet en population étudiante française.

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer l'association entre l'usage problématique du smartphone et les consommations d'alcool et de tabac en population étudiante. Les objectifs secondaires étaient : (1) l'évaluation de la prévalence de l'usage problématique du smartphone, des consommations d'alcool et de tabac dans une population étudiante ; (2) l'évaluation de l'association entre l'usage problématique du smartphone et le visionnage de contenu court sur le smartphone.

MÉTHODES

1. Population et procédures

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale. La population observée était celle des étudiants de l'Université d'Angers, âgés de 18 ans ou plus. Le recueil des informations a été obtenu via un questionnaire en ligne utilisant le logiciel Microsoft 365. Les participants étaient recrutés via l'envoi d'un mail adressé à l'ensemble des étudiants inscrits à l'Université d'Angers, expliquant les objectifs de l'étude et les modalités de participations. Les critères d'inclusion étaient une compréhension du français suffisante pour répondre au questionnaire et un consentement à la recherche matérialisé via la réponse volontaire au questionnaire. Les critères d'exclusion étaient un âge de moins de 18 ans et une ou plusieurs réponses incohérentes au questionnaire (tel qu'un temps d'écran moyen quotidien déclaré supérieur à 24 heures). Un envoi initial a été effectué le 08 avril 2025, avec une relance effectuée le 24 avril 2025. Les données ont été récoltées jusqu'au 15 mai 2025.

2. Mesures

Le questionnaire comprenait 4 sections et est disponible en Annexe I. La première section recueillait les données socio-démographiques des répondants, la seconde section évaluait l'usage du smartphone, la troisième section évaluait les consommations d'alcool et la quatrième section évaluait les consommations de tabac.

2.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les données recueillies comprenaient le sexe (homme, femme, non binaire), l'âge en année et le domaine d'étude des participants.

2.2. Usage du smartphone

Les questions concernant l'usage du smartphone étaient : les modalités d'utilisation du smartphone et l'évaluation de la présence d'un UPS.

2.2.1. Modalités d'utilisation du smartphone

Les modalités d'utilisation du smartphone étaient mesurées par le temps d'utilisation quotidien du smartphone (en nombre d'heures par jour), les proportions des différentes activités réalisées sur le smartphone selon une échelle de Likert (très rarement (0-20%), rarement (20-40%), parfois (40-60%), souvent (60-80%), très souvent (80-100%)) et l'estimation par les répondants du caractère problématique ou non du visionnage de contenu court (*Short ; Reels*) sur le smartphone.

Un usage rapporté comme supérieur à 60 % (« souvent » ou « très souvent ») du temps d'écran était défini comme « usage principal ». Lorsque les réseaux sociaux ou les contenus courts étaient utilisés selon cet usage, les participants étaient classifiés dans les groupes « usage principal » des réseaux sociaux et des contenus courts (respectivement RS+ et CC+).

2.2.2. Usage problématique du smartphone

L'UPS était évalué par l'Internet Addiction Test – version smartphone (IAT-smartphone). Cet auto-questionnaire est créé à partir de la version anglaise de l'Internet Addiction Test (25) (en remplaçant le mot « internet » par « smartphone ») et est validé en français (12). L'IAT-smartphone est composée de 20 questions mesurées par une échelle de Likert comprise entre 0 (non concerné) et 5 (toujours). Le score final est compris entre 0 et 100. Un score inférieur ou égal à 49 indique que le répondant peut passer parfois plus de temps sur son smartphone que prévu mais que celui-ci garde le contrôle de son utilisation du smartphone (usage normal). Un score de 50 à 79 indique un UPS avec de possibles conséquences sur la vie du répondant (UPS modéré). Un score supérieur ou égal à 80 indique un UPS avec de sévères répercussions

sur la vie du répondant (UPS sévère). Dans notre échantillon, la cohérence interne était excellente (α de Cronbach = 0,88).

Les résultats obtenus permettaient la création d'un groupe « IAT - » lorsque le score à l'IAT-smartphone était inférieur ou égal à 49 et un groupe « IAT + » lorsque ce score était supérieur ou égal à 50.

2.3. Alcool

Le dépistage d'un usage problématique de l'alcool a été réalisé via la version courte de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C). L'AUDIT est un test de dépistage du trouble lié à l'usage de l'alcool, créé par l'OMS (26). L'OMS a également créé et validé en langue anglaise une version courte en 3 questions de l'AUDIT : l'AUDIT-C (27). L'AUDIT a été validé en français (28) et l'AUDIT-C, bien que non validé dans sa version française, est utilisé couramment dans des populations similaires (29)(30).

Chaque item possède 4 propositions de réponses cotées de 0 à 4. Le score total est compris entre 0 et 12. Un score supérieur à 4 pour l'homme et 3 pour la femme indique un usage à risque de l'alcool. Un score supérieur ou égal à 10 chez l'homme et chez la femme indique une dépendance à l'alcool. Dans notre échantillon, la cohérence interne était faible (α de Cronbach = 0,61). Dans notre étude, les participants avec un score supérieur à 4 pour les hommes et 3 pour les femmes ont été inclus dans le groupe « AUDIT + », pour les personnes présentant un usage à risque ou une dépendance à l'alcool.

2.4. Tabac

L'usage et la dépendance au tabac ont été évalués par la déclaration du statut tabagique par les répondants, suivie par le test de Fagerström pour les personnes ayant déclaré fumer. Le test de Fagerström est composé de 6 questions. Les réponses aux questions 1 et 4 du test sont cotées de 0 à 3. Les réponses aux questions 2, 3, 5 et 6 du test sont comprises entre 0

et 1. Le score total est compris entre 0 et 10 et définit la probabilité de dépendance à la nicotine (31). Un score de 0 à 2 indique une probabilité très faible de dépendance. Un score de 3 à 4 indique une probabilité faible de dépendance. Un score de 5 à 6 indique une probabilité moyenne de dépendance. Enfin, un score de 7 à 10 indique une probabilité forte ou très forte de dépendance. Dans notre échantillon, la cohérence interne était satisfaisante (α de Cronbach = 0,71). Dans notre étude, les participants avec un score supérieur à 4 ont été inclus dans le groupe « Fagerström + », pour les personnes présentant une probabilité au minimum moyenne de dépendance à la nicotine.

3. Analyse statistique

Les statistiques descriptives de l'échantillon ont été réalisées à l'aide du logiciel tableur Microsoft Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel JASP (version 0.19.3 et ultérieures). Les données nominales ont été décrites par les effectifs et pourcentages. Les données continues concernant l'âge, les scores à l'IAT-smartphone, l'AUDIT-C et au test de Fagerström ont été décrites par la moyenne et l'écart-type, ainsi que les valeurs minimales et maximales. Pour les questionnaires IAT-smartphone, AUDIT-C et test de Fagerström, la consistance interne a été testée à l'aide du coefficient α de Cronbach. La normalité de la distribution des différentes variables étudiées a été vérifiée par un diagramme de type Q-Q plot et un test de normalité de Shapiro-Wilk. Le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaires ont été mesurés via le test d'indépendance du χ^2 . Les résultats ont été exprimés avec l'odds ratio (OR) et l'intervalle de confiance à 95% (IC95%). Pour la comparaison de moyenne entre 2 groupes, si la distribution des variables était normale, un test t de Student était utilisé. Lorsque les variables présentaient des distributions non normales, un test non paramétrique (test U de Mann-Whitney) a été utilisé. Du fait de la nature exploratoire de cette étude, le recrutement a été réalisé sans effectif minimal préalable.

4. Aspects éthiques et consentement

Cette étude a été soumise au Comité d'Éthique du CHU d'Angers (numéro 2025-040).
Concernant le recueil des données, cette étude a été enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous le numéro ar25-0048v0.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Sur la période de recueil des données, 1133 des 27 071 étudiants de l'Université d'Angers ont répondu au questionnaire. Au total, 1089 réponses au questionnaire ont pu être incluses dans l'analyse finale des résultats. Le diagramme de flux est disponible en figure 1.

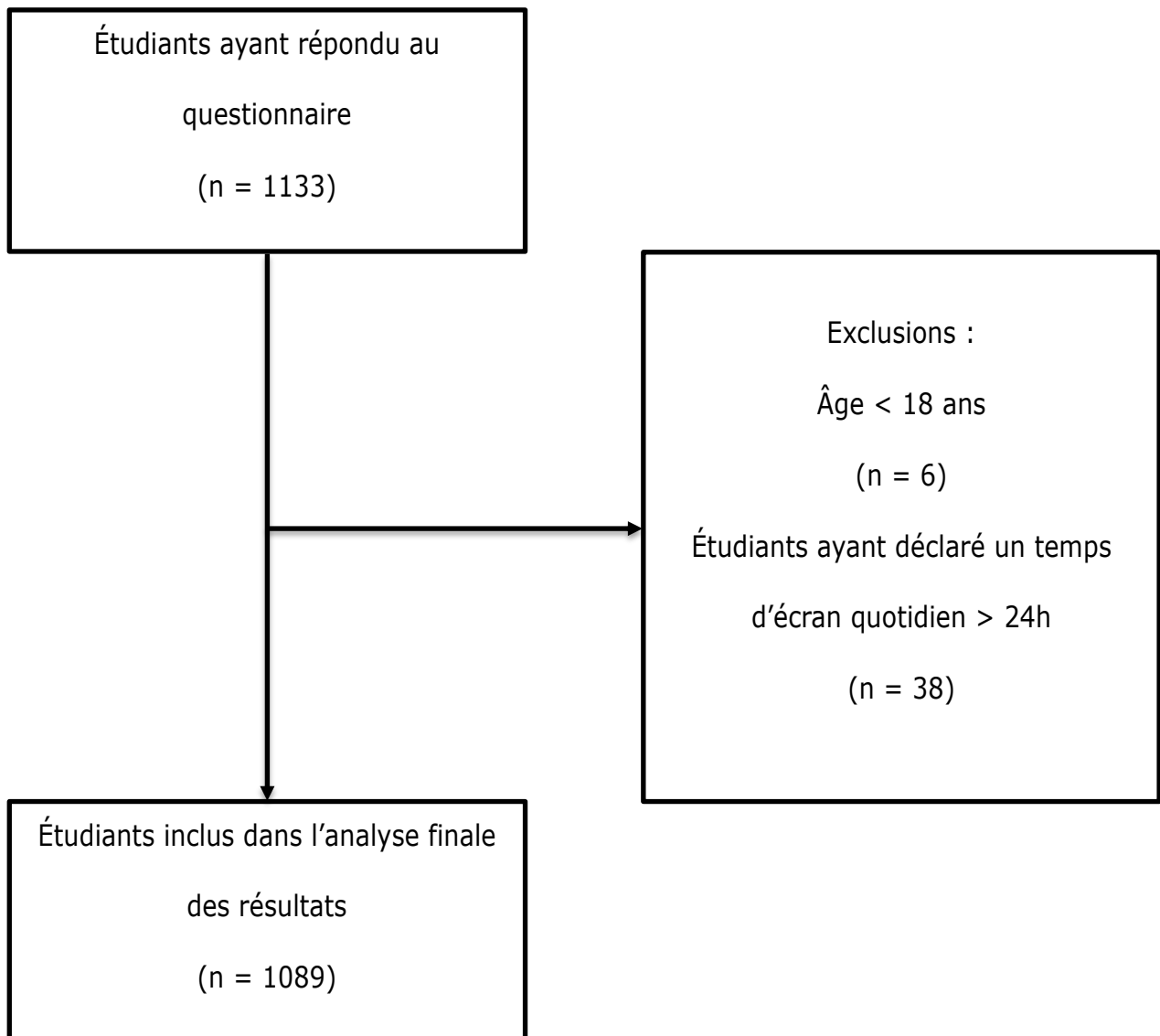


Figure 1. Diagramme de flux des répondants au questionnaire

2. Statistiques descriptives

2.1. Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des participants était de 21 ans, et les femmes représentaient 68,5% (n = 746) de l'échantillon. Les données descriptives de l'échantillon sont disponibles dans le tableau I.

Tableau I. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

	μ ou % (σ ou n)	Échantillon IAT +	Échantillon IAT -
Âge	21 (3,1)	20,9 (2,5)	21,1 (3,2)
Genre			
Femme	68,5 (746)	76,9 (110)	67,2 (636)
Homme	30,2 (329)	23,1 (33)	31,3 (296)
Non binaire	0,65 (7)	0	0,75 (7)
Préfère ne pas répondre	0,65 (7)	0	0,75 (7)
Domaine d'étude			
Sciences, Technologies, Ingénierie et Mathématiques	26,5 (289)		
Santé et sciences médicales	10,2 (111)		
Sciences humaines et sociales	5,4 (59)		
Droit et Sciences politiques	21,8 (237)		
Économie et Gestion	15,4 (168)		
Lettres, langues et Arts	0,9 (10)		
Enseignement et Pédagogie	0,4 (4)		
Sciences de l'Environnement et de la Terre	7,3 (79)		
Technologies et Métiers du Numérique	1,3 (14)		
Autres	10,8 (118)		

Notes : les données entre parenthèses correspondent à l'écart-type pour l'âge et à l'effectif pour les autres données du tableau. μ : moyenne. % : pourcentage. σ : écart-type. n : effectif. IAT : Internet Addiction Test - version smartphone.

2.2. Usage du smartphone

Le nombre d'heures moyen d'utilisation du smartphone était de 5,0 heures par jour (6,2 heures dans le groupe IAT + et 4,8 heures dans le groupe IAT -), avec un écart-type de 2,3 heures, un minimum de 1 heure et un maximum de 20 heures d'utilisation par jour. La répartition des différentes activités réalisées sur le smartphone est disponible en figure 2.

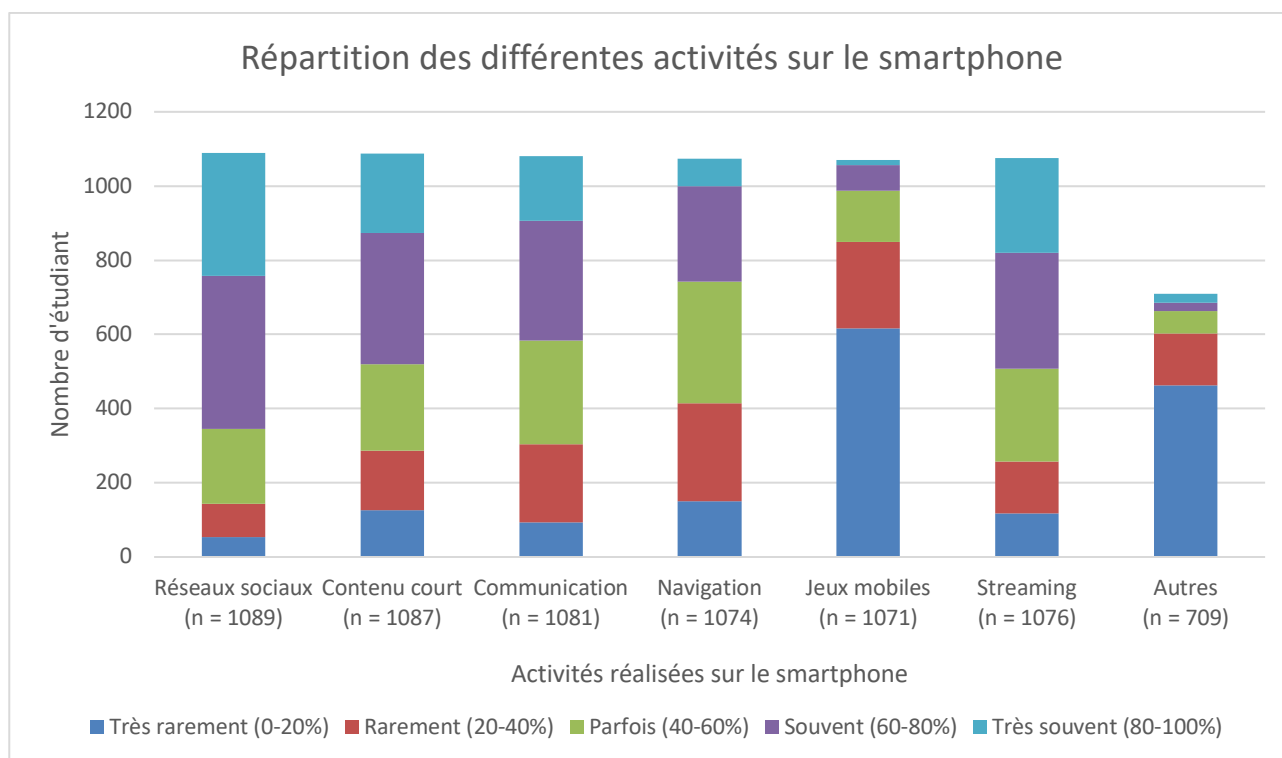


Figure 2. Répartition des différentes activités réalisées sur le smartphone

L'usage principal le plus fréquent concernait les réseaux sociaux, utilisés « souvent » (60-80%) ou « très souvent » (80-100%) par 68,2% des répondants. Le Streaming était également fréquemment déclaré comme un usage principal (52,9% des répondants), de même que le visionnage de contenu court sur le smartphone (avec 32,5% des répondants déclarant réaliser cette activité « souvent » et 19,7% « très souvent »). De plus, 79,1% (n = 861) des répondants au questionnaire considéraient leur visionnage de contenu court comme problématique (trop de temps consacré à l'activité, difficulté à s'en passer). L'ensemble des résultats concernant l'usage du smartphone est détaillé dans le tableau II.

Tableau II. Évaluation de l'usage du smartphone

	μ ou % (σ ou n)	Échantillon IAT +	Échantillon IAT -
Temps d'écran quotidien (heures/jour)	5,0 (2,3)	6,2 (1,8)	4,8 (2,3)
Score IAT-smartphone	35,4 (12,1)	55,4 (5,0)	32,4 (9,8)
<i>Usage normal</i>	86,9 (946)		
<i>UPS modéré</i>	13,1 (143)		
<i>UPS sévère</i>	0 (0)		

Notes : les données entre parenthèses correspondent à l'écart-type pour le temps d'écran quotidien ainsi que le score IAT-smartphone et à l'effectif pour les autres données du tableau. μ : moyenne. % : pourcentage.

σ : écart-type. n : effectif. IAT : Internet Addiction Test - version smartphone.

2.3. Usage problématique du smartphone et consommation d'alcool et de tabac

L'UPS, évalué via le questionnaire IAT-smartphone retrouvait un score moyen de 35,4 points avec un écart-type de 12,1 points. La prévalence du tabagisme était de 11,6% ($n = 126$). Concernant les réponses à l'AUDIT-C, 21,7% ($n = 236$) des étudiants déclaraient ne jamais consommer d'alcool, tandis que 25,1% ($n = 273$) et 38,8% ($n = 422$) déclaraient consommer respectivement 1 fois par mois ou moins et 2 à 4 fois par mois. Chez les répondants ayant déclaré consommer de l'alcool, le score AUDIT-C moyen était de 3,6 points, avec un écart-type de 1,9 points. Les données concernant le statut tabagique ainsi que l'évaluation des consommations d'alcool et de tabac obtenues via les réponses à l'AUDIT-C et au test de Fagerström sont visibles dans le tableau III.

Tableau III. Association entre l'usage problématique du smartphone et les consommations d'alcool et de tabac

	<i>μ ou % (σ ou n)</i>	<i>Échantillon IAT +</i>	<i>Échantillon IAT -</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>
AUDIT-C	3,6 (1,9)			1,19	[0,84-1,69]
AUDIT -	51,3 (559)	47,6 (68)	51,9 (491)		
AUDIT +	48,7 (530)	52,4 (75)	48,1 (455)		
Statut tabagique				1,67*	[1,03-2,71]
Non-fumeur	88,4 (963)	83,2 (119)	89,2 (844)		
Fumeur	11,6 (126)	16,8 (24)	10,8 (102)		
Fagerström	1,97 (2,2)			0,57	[0,12-2,70]
Fagerström -	87,3 (110)	91,7 (22)	86,3 (88)		
Fagerström +	12,7 (16)	8,3 (2)	13,7 (14)		

Notes : les données entre parenthèses correspondent à l'écart-type pour les scores AUDIT-C total et Fagerström total et à l'effectif pour les autres données du tableau. μ : moyenne. % : pourcentage. σ : écart-type. n : effectif. IAT : Internet Addiction Test - version smartphone. OR : Odds Ratio. IC95% : intervalle de confiance à 95%. * Résultat significatif ($p < 0,05$).

3. Statistiques analytiques

3.1. Association entre UPS, contenu court et réseaux sociaux

L'analyse de l'association entre l'UPS et le visionnage de contenu court sur le smartphone, a retrouvé un UPS significativement plus fréquent chez les étudiants présentant un usage principal de contenu court (OR = 2,77 (IC95% [1,88-4,09])).

De même, l'analyse de l'association entre l'UPS et l'utilisation des réseaux sociaux sur le smartphone, retrouvait un UPS significativement plus fréquent chez les étudiants présentant un usage principal des réseaux sociaux (OR = 2,71 (IC95% [1,70 – 4,31])). Ces résultats sont détaillés dans le tableau IV.

Tableau IV. Association entre l'usage problématique du smartphone, le visionnage de contenu court et les réseaux sociaux

	% (n)	IAT +	IAT -	OR	IC95%
CC +	52,2 (568)	72,7 (104)	49,0 (464)	2,77***	[1,88-4,09]
CC problématique	79,1 (861)	95,1 (136)	76,6 (725)	5,92***	[2,73-12,85]
RS +	68,2 (743)	83,9 (120)	65,9 (623)	2,71***	[1,70-4,31]

Notes : Les groupes ont été comparé via un test d'indépendance du χ^2 , suivi par le calcul de l'odds ratio et de l'intervalle de confiance à 95%. % : pourcentage. n : effectif. CC+ : groupe usage principal de contenu court. RS+ : groupe usage principal des réseaux sociaux. CC problématique : visionnage de contenu court considéré comme problématique. IAT : Internet Addiction Test - version smartphone. OR : Odds Ratio. *** Résultat significatif ($p < 0,001$).

3.2. Association entre l'UPS et les consommations d'alcool et de tabac

L'analyse du critère de jugement principal a retrouvé que les fumeurs présentaient significativement plus fréquemment un UPS que les non-fumeurs (OR = 1,67 (IC95% [1,03 – 2,71])). Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre l'UPS et le degré de dépendance à la nicotine (OR = 0,57 (IC95% [0,12 – 2,70])) ni entre l'UPS et les catégories d'usage de l'alcool (OR = 1,19 (IC95% [0,84 – 1,69])). Les données concernant l'association entre l'UPS et les consommations d'alcool et de tabac sont également visibles dans le tableau III.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Notre travail avait pour objectif principal d'étudier l'association entre l'UPS et la consommation d'alcool et de tabac en population étudiante. Nos résultats retrouvent une association de faible intensité bien que statistiquement significative entre le statut tabagique et l'UPS. En revanche, il n'a pas été retrouvé d'association significative entre le degré de dépendance à la nicotine (Fagerström) et l'UPS ni entre les consommations d'alcool (AUDIT-C) et l'UPS. De plus, nos résultats retrouvent une association importante et statistiquement significative entre l'UPS et certains types d'usages : l'usage des réseaux sociaux et le visionnage de contenu court.

Le choix de la population étudiante permettait d'évaluer une population à risque d'UPS et de conduites addictives. Le nombre de répondants au questionnaire représentait une part significative des étudiants de l'université d'Angers permettant d'obtenir un effectif élevé et par conséquent une puissance statistique correcte. La proportion de femmes inscrites en 2024 (65,4%) est proche de celle de notre échantillon (68,5%). Il est à noter cependant la présence d'une limite de représentativité du fait d'une surreprésentation des étudiants de la filière « Sciences, Technologies, Ingénierie et Mathématiques » (26,5%) ainsi qu'en « Droit et Sciences Politiques » (21,8%), bien que ces domaines ne représentent respectivement que 12,5% et 12,4% des étudiants inscrits en 2024 à l'Université d'Angers (32).

Concernant les consommations de tabac et d'alcool, on note que la population étudiée au sein de notre échantillon présentait une proportion de fumeurs proche de celle retrouvée au niveau national en population étudiante (11,6% dans notre échantillon contre 15,2% des étudiants déclarant fumer tous les jours (33)). Les consommations d'alcool sont plus difficilement comparables du fait de mesures de fréquence des consommations différentes, bien que 38,8% des répondants de notre échantillon déclaraient consommer entre 2 et 4 fois par mois tandis que 33,4% des étudiants déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine au niveau national (33).

Plusieurs études ont exploré les liens entre l'UPS et la consommation de substances psychoactives, avec des résultats parfois discordants. Dans une étude Coréenne (34) menée auprès de 54 948 adolescents durant la pandémie du COVID-19, il a été retrouvé que la consommation d'alcool et de tabac était associée à un risque majoré de présenter un UPS (de 1,098 pour l'alcool et 1,295 pour le tabac). Bien que statistiquement significative, il faut néanmoins noter que cette association demeure de faible intensité. De plus, elle se basait uniquement sur la déclaration des consommations d'alcool et de tabac dans les 30 jours précédant l'enquête, dans un contexte très spécifique de pandémie et des mesures sanitaires associées. Dans une étude de 2019 (24), menée auprès de 31 425 étudiants des États-Unis, seul le mésusage d'alcool était associé à l'UPS. Cette étude retrouvait également que l'UPS était associé au trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH), au trouble de stress post traumatique (TSPT) ainsi qu'à des symptômes d'anxiété et de dépression, ce qui laisse suggérer que des éléments individuels et des comorbidités psychiatriques viennent médier cette association. C'est également ce que souligne une étude de 2025 (23), dans laquelle l'UPS était corrélé aux troubles liés à l'usage de substance et à la détresse émotionnelle, notamment en ce qui concernait la consommation d'alcool. Ainsi, bien que certaines études mettent en évidence une association entre l'UPS et la consommation de substances psychoactives, la nature de ce lien demeure à préciser ; il pourrait traduire une vulnérabilité commune et l'influence de facteurs individuels (psychologiques et comportementaux), ainsi que de déterminants culturels et sociétaux, plutôt qu'une relation causale directe. Enfin, si ces travaux abordaient la question de l'UPS, ils n'examinaient pas les différentes activités réalisées sur le smartphone, pourtant susceptibles de jouer un rôle important dans cette problématique.

En effet, dans notre étude, l'usage important des réseaux sociaux et du visionnage de contenu court semblaient corrélés à l'UPS. Ainsi, plus que le temps d'écran total, l'UPS semble

davantage associé au type d'usage qui est fait du smartphone et aux activités réalisées sur ce dernier. Cette difficulté peut venir du fait que le smartphone peut être considéré comme un support à de nombreux usages différents, dont les conséquences ne seront pas les mêmes. C'est également ce que montre une étude brésilienne parue en 2023 (35) dans laquelle chaque heure de temps d'écran supplémentaire (tout support confondu) consacrée à étudier était associée à une baisse de la probabilité de fumer ou de consommer de l'alcool sur les 30 derniers jours. A l'inverse, chaque heure supplémentaire passée sur les réseaux sociaux était associée à une hausse du risque d'avoir consommé ces deux substances sur les 30 derniers jours. Ainsi, la mise en évidence du lien entre l'UPS et le type d'utilisation qui est faite du smartphone encourage à développer de futures études explorant plus en précision les différentes activités réalisées sur cet outil et leurs impacts potentiels. En effet, la construction des études actuelles est centrée sur la recherche de facteurs individuels contribuant à l'UPS et aux éléments qui lui sont associés, et ce, sans évaluer l'usage fait du smartphone, ce qui occulte le fait que les smartphones occupent une place centrale dans nos sociétés contemporaines notamment en termes professionnel et social. Cette question des limites du concept d'addiction au smartphone est également évoquée dans l'ouvrage *Neuromania* d'Albert Moukheiber (36). Le neuroscientifique cite notamment une recherche, parue en 2024 (37), dans laquelle les auteurs développent le concept de « *product market traps* ». Cette expression met en avant le fait que de nombreux étudiants qui utilisent activement des réseaux sociaux comme TikTok ou Instagram (des plateformes axées sur la proposition personnalisée de contenu court associé à des fonctions d'interaction sociale) préféreraient en réalité que ces plateformes n'existent pas. En effet, ces derniers disent se sentir piégés, par pression sociale et par crainte de manquer quelque chose (en anglais *Fear Of Missing Out – FOMO*) et ont ainsi le sentiment d'être obligés d'utiliser la plateforme pour ne pas être exclus. Ces considérations sont cohérentes avec les modes d'usages semblant associés à un usage intense et problématique dans notre étude.

Enfin, la question de l'UPS et de son association à la consommation de substances psychoactives comme l'alcool et le tabac interroge également le concept « d'addiction » au smartphone et les limites du concept d'addiction comportementale lui-même. Si l'UPS semble associé à la consommation de substances psychoactives, ainsi qu'à d'autres caractéristiques (anxiété, gestion du stress, détresse émotionnelle), ces éléments ne suffisent pas à établir de conclusion quant aux mécanismes sous-jacents. Il semble par conséquent important de rappeler qu'il n'a pas encore été documenté d'éléments neurobiologiques en faveur d'un fonctionnement similaire à celui retrouvé dans les troubles liés à l'usage de substances (modifications de la neuroplasticité dans le système dopaminergique mésolimbique ou encore dysrégulation dans le cortex préfrontal, le gyrus cingulaire et l'amygdale étendue (38)). Il est donc nécessaire de poursuivre les explorations sur le potentiel addictif d'une exposition répétée, notamment selon les types de contenus consultés et les activités réalisées.

Enfin, nos résultats ainsi que les disparités observées dans la littérature et selon les pays soulignent que l'analyse de l'UPS sous l'angle de l'addiction doit prendre en compte la dimension socio-culturelle de l'usage des smartphones. En effet, comme souligné dans cette étude parue en 2018 (19), si les caractéristiques du smartphone favorisent un usage problématique et que les récompenses associées rendent cet usage plus fréquent, la définition de l'addiction ne se limite pas une problématique d'usage quantitativement élevé, mais associe également les notions de signes de sevrage et de retentissement fonctionnel. Ces éléments seraient également à documenter afin d'éviter le risque de « sur-pathologisation » proposé par certains auteurs dans le champ des addictions comportementales, notamment par un raisonnement circulaire, établissant *a priori* le caractère addictif d'un comportement et développant des outils pour l'évaluer en conséquence (39).

Cependant, nos résultats sont à considérer à la lumière des limites que présentait notre étude. Tout d'abord, du fait de son caractère exploratoire et du recueil transversal des données, elle

ne prétend pas évaluer un éventuel lien de causalité entre l'UPS et la consommation d'alcool et de tabac en population étudiante. De plus, le choix d'utiliser un recueil par auto-questionnaire centré sur les consommations permettait d'évaluer le lien statistique entre l'UPS et les consommations d'alcool et de tabac mais ne permettait pas de mettre en évidence des éléments physiopathologiques pouvant être des facteurs de médiation ou de confusion. De plus, il est important de rappeler que l'usage d'éléments d'auto-évaluation, bien que permettant un recrutement plus large en améliorant l'acceptabilité de la participation expose nos données à d'éventuels biais de mémoire motivant l'usage d'outil évaluant la situation récente. Par ailleurs, ce type d'outil expose à un éventuel biais de désirabilité sociale, dont nous avons cherché à minimiser l'impact via une anonymisation complète des résultats.

Du fait du nombre limité de fumeurs au sein de l'échantillon, les analyses de ce sous-groupe avaient une puissance statistique plus faible. Enfin, il est important de noter que la question de la cigarette électronique n'était pas évaluée par le questionnaire utilisé.

En conclusion, notre étude met en évidence une association entre l'UPS et le statut tabagique chez les étudiants. Ces résultats s'inscrivent dans une littérature aux conclusions hétérogènes concernant les associations entre l'UPS et la consommation de substances psychoactives, ainsi que le lien entre smartphone et addiction. Ils appellent à des travaux futurs examinant plus finement les types d'usages du smartphone (notamment réseaux sociaux et visionnage de contenu court) et ce, en prenant en compte les spécificités du contexte socioculturel dans lequel s'inscrit le travail de recherche. De telles approches devraient améliorer la compréhension de l'UPS et éclairer sa possible appartenance aux addictions comportementales, tout en permettant de guider les stratégies de santé publique sur la question addictive au sein de cette population prioritaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. nov 1990;85(11):1403-8.
2. World Health Organization [Internet]. 2024. Plus de 3 millions de décès annuels dus à la consommation d'alcool et de drogues, majoritairement chez les hommes. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-to-alcohol-and-drug-use-majority-among-men>
3. World Health Organization [Internet]. 2025. Tabac. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
4. Kopp P. OFDT - Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. 2023.
5. Santé Publique France [Internet]. 2024. Alcool. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/le-scan/#tabs>
6. Santé Publique France [Internet]. 2024. Tabac. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac>
7. Legleye Stéphane NA, Viard-Guillot Louise. INSEE focus n°259. 2022.
8. Ratan Z, Parrish AM, Zaman S, Alotaibi M, Hosseinzadeh H. Smartphone Addiction and Associated Health Outcomes in Adult Populations: A Systematic Review. *IJERPH*. 22 nov 2021;18(22):12257.
9. Horwood S, Anglim J. Problematic smartphone usage and subjective and psychological well-being. *Computers in Human Behavior*. août 2019;97:44-50.
10. Kim HJ, Min JY, Kim HJ, Min KB. Association between psychological and self-assessed health status and smartphone overuse among Korean college students. *Journal of Mental Health*. 2 janv 2019;28(1):11-6.
11. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). Laks J, éditeur. *PLoS ONE*. 27 févr 2013;8(2):e56936.
12. Barrault S, Durousseau F, Ballon N, Réveillère C, Brunault P. L'addiction aux smartphones : validation française de l'échelle Internet Addiction Test-version smartphone (IAT-smartphone) et caractéristiques psychopathologiques associées. *L'Encéphale*. févr 2019;45(1):53-9.
13. Harris B, Regan T, Schueler J, Fields SA. Problematic Mobile Phone and Smartphone Use Scales: A Systematic Review. *Front Psychol*. 5 mai 2020;11:672.
14. Lu L, Liu M, Ge B, Bai Z, Liu Z. Adolescent Addiction to Short Video Applications in the Mobile Internet Era. *Front Psychol*. 10 mai 2022;13:893599.
15. Qin Y, Omar B, Musetti A. The addiction behavior of short-form video app TikTok: The information quality and system quality perspective. *Front Psychol*. 6 sept 2022;13:932805.
16. Volkow ND, Michaelides M, Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiological Reviews*. 1 oct 2019;99(4):2115-40.
17. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. Longo DL, éditeur. *N Engl J Med*. 28 janv 2016;374(4):363-71.
18. Grant JE, Brewer JA, Potenza MN. The Neurobiology of Substance and Behavioral Addictions. *CNS spectr*. déc 2006;11(12):924-30.
19. Panova T, Carbonell X. Is smartphone addiction really an addiction? *J Behav Addict*. 12 juin 2018;7(2):252-9.
20. Prisse N. Dossier MILDECA : Jeunes, addictions & prévention. 2018.
21. Volkow ND, Morales M. The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*. août 2015;162(4):712-25.
22. Stéphane Legleye FB, Patrick Peretti-Wate NC. Usages de drogues des étudiants,

chômeurs et actifs de 18-25 ans. 2008.

23. Vitta ASL, Oliveira WAD, Oliveira LGD, Silva LSD, Freires ÉM, Semolini FF, et al. Examining the Link Between Problematic Smartphone Use and Substance Use Disorders Among College Students: Association Patterns Using Network Analysis. *IJERPH*. 20 juin 2025;22(7):973.
24. Grant JE, Lust K, Chamberlain SR. Problematic smartphone use associated with greater alcohol consumption, mental health issues, poorer academic performance, and impulsivity. *J Behav Addict*. 1 juill 2019;8(2):335-42.
25. Kimberly S. Young. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior* 1996;1(3):237-44.
26. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. juin 1993;88(6):791-804.
27. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 14 sept 1998;158(16):1789.
28. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version: Alcoholism: Clinical & Experimental Research. nov 2005;29(11):2001-7.
29. Airagnes G, Perrotte, C, Ducoutumany G, Lemogne C, Limosin F. Peer bullying victimization in adolescence is associated with substance use: cross-sectional findings from French high school students. *Journal of Addictive Diseases*. oct 2024;42(4):418-25.
30. Choquette EM, Ordaz DL, Melioli T, Delage B, Chabrol H, Rodgers R, et al. Food and Alcohol Disturbance (FAD) in the U.S. and France: Nationality and gender effects and relations to drive for thinness and alcohol use. *Eating Behaviors*. déc 2018;31:113-9.
31. Etter J, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. févr 1999;94(2):269-81.
32. Université d'Angers - Les étudiants en 2023-2024.
33. La santé des étudiants - Enquête nationale conditions de vie des étudiant-e-s (2016) [Internet]. 2017. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/index.php?id=79430&lvl=notice_display
34. Lee Y, Choi H, Son Y. Problematic smartphone use and risk behaviors in adolescents during the COVID-19 pandemic. *BMC Pediatr*. 2 août 2025;25(1):590.
35. Santos PCD, Da Costa BGG, Lopes MVV, Malheiros LEA, Arundell L, Silva KSD. Cross-Sectional Associations of Screen Time Activities With Alcohol and Tobacco Consumption Among Brazilian Adolescents. *Int J Public Health*. 13 juill 2023;68:1605816.
36. Moukheiber A. *Neuromania*. Allary Éditions; 2024.
37. Bursztyn L, Handel B, Jimenez R, Roth C. When Product Markets Become Collective Traps: The Case of Social Media [Internet]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2023 oct [cité 23 août 2025] p. w31771. Report No.: w31771. Disponible sur: <http://www.nber.org/papers/w31771.pdf>
38. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacol*. janv 2010;35(1):217-38.
39. Billieux J, Schimmenti A, Khazaal Y, Maurage P, Heeren A. Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *JBA*. sept 2015;4(3):119-23.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux des répondants au questionnaire	11
Figure 2. Répartition des différentes activités réalisées sur le smartphone.....	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon	12
Tableau II. Évaluation de l'usage du smartphone	14
Tableau III. Association entre l'usage problématique du smartphone et les consommations d'alcool et de tabac	15
Tableau IV. Association entre l'usage problématique du smartphone, le visionnage de contenu court et les réseaux sociaux.....	16

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	
RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	6
1. Population et procédures	6
2. Mesures	6
2.1. Caractéristiques socio-démographiques	6
2.2. Usage du smartphone	7
2.2.1. Modalités d'utilisation du smartphone	7
2.2.2. Usage problématique du smartphone.....	7
2.3. Alcool.....	8
2.4. Tabac.....	8
3. Analyse statistique	9
4. Aspects éthiques et consentement	10
RÉSULTATS	11
1. Caractéristiques de la population	11
2. Statistiques descriptives	12
2.1. Caractéristiques socio-démographiques	12
2.2. Usage du smartphone	13
2.3. Usage problématique du smartphone et consommation d'alcool et de tabac.....	14
3. Statistiques analytiques	15
3.1. Association entre UPS, contenu court et réseaux sociaux.....	15
3.2. Association entre l'UPS et les consommations d'alcool et de tabac	16
DISCUSSION ET CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	22
LISTE DES FIGURES	24
LISTE DES TABLEAUX.....	25
TABLE DES MATIERES	26
ANNEXE	I

ANNEXE

Utilisation du smartphone et usage de substances psychoactives chez les étudiants



* Obligatoire

Données socio-démographiques

1. Vous êtes *

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Non binaire
- ☐ Préfère ne pas répondre

2. Quel est votre âge (en années) ? *

La valeur doit être un nombre

3. Quel est votre domaine d'étude ? *

- ☐ Sciences, Technologies, Ingénierie et Mathématiques
- ☐ Santé et Sciences Médicales
- ☐ Sciences Humaines et Sociales
- ☐ Droit et Sciences Politiques
- ☐ Économie et Gestion
- ☐ Lettres, Langues et Arts
- ☐ Enseignement et Pédagogie
- ☐ Sciences de l'Environnement et de la Terre
- ☐ Technologies et Métiers du Numérique
- ☐ Autre

Usage du smartphone

4. Quel est votre temps moyen d'écran par jour (en heures) ? *

La valeur doit être un nombre

5. Veuillez-indiquer dans quelle mesure vous utilisez votre smartphone pour les activités suivantes

	Très rarement (0-20%)	Rarement (20-40%)	Parfois (40-60%)	Souvent (60-80%)	Très souvent (80-100%)
Réseaux sociaux (Instagram, YouTube, X (ex-Twitter), TikTok, Facebook...)	☐	☐	☐	☐	☐
Visionnage de contenu court (short/reels) sur les réseaux sociaux	☐	☐	☐	☐	☐
Communication (appel, SMS, mail, Whatsapp...)	☐	☐	☐	☐	☐
Navigation web (recherche d'information, actualités...)	☐	☐	☐	☐	☐
Jeux mobiles	☐	☐	☐	☐	☐
Streaming (vidéos, podcast, musique...)	☐	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐	☐

6. Considérez-vous que le visionnage de contenu court (short/reels) constitue un problème dans votre utilisation du smartphone (par ex. trop de temps consacré à cette activité, difficulté à s'en passer etc) ?

☐ Oui

☐ Non

7. À quelle fréquence utilisez-vous votre smartphone plus longtemps que vous ne l'aviez prévu ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. À quelle fréquence négligez-vous vos travaux domestiques pour passer plus de temps sur votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. À quelle fréquence préférez-vous le divertissement que vous procure l'utilisation de votre smartphone, à l'intimité avec votre partenaire ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. À quelle fréquence vous arrive-t-il de créer de nouvelles relations interpersonnelles en utilisant votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. À quelle fréquence vos proches se plaignent-ils du temps que vous passez à utiliser votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

12. À quelle fréquence négligez-vous vos études ou votre travail à cause du temps passé à utiliser votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

13. À quelle fréquence regardez-vous vos messages avant de faire d'autres tâches pressantes ?

Non concerné	Rarement	Occasionnelle ment	Fréquemment	Souvent	Toujours
☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. À quelle fréquence votre performance au travail ou votre productivité ont été affectées à cause de l'utilisation de votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. À quelle fréquence avez-vous été sur la défensive ou offusqué(e) si quelqu'un vous demandait ce que vous faisiez quand vous utilisiez votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. À quelle fréquence oubliez-vous vos problèmes personnels en focalisant votre attention sur votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

17. À quelle fréquence avez-vous anticipé de pouvoir utiliser à nouveau votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18. À quelle fréquence avez-vous pensé que la vie sans votre smartphone serait bien ennuyante, vide et sans joie ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

19. À quelle fréquence vous êtes-vous mis(e) en colère si quelqu'un vous dérangeait lorsque vous étiez en train d'utiliser votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

○

○

C

C

C

○

20. À quelle fréquence avez-vous manqué de sommeil parce que vous étiez resté(e) trop tard le soir à utiliser votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

○

○

○

C

C

○

21. À quelle fréquence avez-vous pensé ou souhaité utiliser votre smartphone, quand vous ne l'utilisez pas ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

○

○

○

○

C

○

22. À quelle fréquence lorsque vous utilisez votre smartphone, vous êtes vous dit à vous-même : "juste quelques minutes encore" ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

○

○

○

○

○

○

23. À quelle fréquence avez-vous tenté sans succès de diminuer votre temps d'utilisation de votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

O

O

O

C

C

○

24. À quelle fréquence avez-vous tenté de dissimuler le temps que vous passez à utiliser votre smartphone ?

Non concerné Rarement Occasionnelle
ment Fréquemment Souvent Toujours

C

C

C

C

C

○

25. À quelle fréquence avez-vous choisi d'utiliser votre smartphone plutôt que de sortir avec d'autres personnes ?

Non concerné	Rarement	Occasionnelle ment	Fréquemment	Souvent	Toujours
☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) déprimé(e), triste ou nerveux(se) si vous ne pouviez pas utiliser votre smartphone et que votre humeur revenait à la normale si vous pouviez l'utiliser ?

Non concerné	Rarement	Occasionnelle ment	Fréquemment	Souvent	Toujours
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Concernant votre consommation d'alcool

27. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? *

- ☐ Jamais
- ☐ 1 fois par mois ou moins
- ☐ 2 à 4 fois par mois
- ☐ 2 à 3 fois par semaine
- ☐ Au moins 4 fois par semaine

28. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7 à 9
- ☐ 10 ou plus

29. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Une fois par mois
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Tous les jours ou presque

Concernant votre consommation de tabac

30. Êtes-vous fumeur ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

31. Le matin, combien de temps après vous être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

- ☐ Dans les 5 premières minutes
- ☐ 6 à 30 minutes
- ☐ 31 à 60 minutes
- ☐ Plus de 60 minutes

32. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques...) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

33. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- ☐ La première de la journée
- ☐ Une autre

34. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- ☐ 10 ou moins
- ☐ 11 ou 20
- ☐ 21 ou 30
- ☐ 31 ou plus

35. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

36. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque la journée ?

- ☐ Oui
- ☐ Non



Merci pour votre participation ! Si vous vous posez des questions sur votre consommation d'alcool, de tabac ou concernant votre usage du numérique, ou si vous souhaitez être accompagné(e), sachez qu'une aide est disponible aux numéros suivants :

☎ **Alcool Info Service** : 0 980 980 930 (appel anonyme et non surtaxé, disponible 7j/7 de 8h à 2h)

☎ **Tabac Info Service** : 39 89 (appel confidentiel et non surtaxé, disponible du lundi au samedi de 8h à 20h)

☎ **Consultations jeunes consommateurs (CJC)** : 0 800 23 13 13 (appel anonyme et gratuit, 7j/7 de 8h à 2h)

CSAPA ALIA ANGERS : 8 rue de Landemaure, 49000 ANGERS - ☎ 02 41 47 47 37 - Mail : angers@alia49.fr - Ouvert les lundis, mercredis, jeudis et vendredis de 9h à 12h30 et de 14h à 17h. Les mardis de 13h à 17h (*fermé les mardis matins*)

Vous pouvez également vous rapprocher de votre médecin traitant ou du service de santé universitaire (**Campus de Belle Beille - La Passerelle** 2, rue Joseph Lakanal, 49045 ANGERS).

☎ 02 41 22 69 10 - Mail : secretariat-ssu@univ-angers.fr - Ouvert du lundi au vendredi, de 8h45 à 17h45.

Étude du lien entre l'usage problématique du smartphone, le visionnage de contenu court et la consommation d'alcool et de tabac en population étudiante

RÉSUMÉ

Introduction : l'usage problématique du smartphone (UPS) constitue un enjeu croissant de santé publique, particulièrement chez les étudiants, population vulnérable en raison de leur forte exposition numérique. Plusieurs études suggèrent une association entre UPS et consommation de substances (alcool, tabac), mais les données restent limitées, notamment en population étudiante française. Cette étude visait à explorer les liens entre UPS, consommation d'alcool, de tabac et visionnage de contenus courts.

Méthodes : une étude transversale a été menée entre avril et mai 2025 auprès des étudiants de l'Université d'Angers via un questionnaire en ligne. L'UPS a été évalué par l'Internet Addiction Test – version smartphone. L'AUDIT-C a mesuré la consommation d'alcool et le test de Fagerström la dépendance tabagique. Les usages du smartphone (réseaux sociaux, contenus courts) ont également été analysés. Les associations ont été testées par χ^2 et exprimées en odds ratios (OR) avec IC95%.

Résultats : Parmi 1 133 répondants, 1 089 ont été inclus (âge moyen 21 ans, 68,5% femmes). La prévalence de l'UPS était de 13,1%. Le temps d'écran moyen était de 5h/jour. L'UPS était associé au statut tabagique (OR=1,67 [1,03–2,71]), mais pas à la consommation d'alcool (OR=1,19 [0,84–1,69]) ni à la dépendance nicotinique (OR=0,57 [0,12–2,70]). Une forte association était retrouvée entre l'UPS et l'usage intensif des réseaux sociaux (OR=2,71 [1,70–4,31]) ainsi qu'avec le visionnage fréquent de contenus courts (OR=2,77 [1,88–4,09]).

Conclusion : L'UPS semble associé au statut tabagique chez les étudiants. Le lien entre UPS, consommation de substances et usages du smartphone mérite d'être approfondi. Des études futures devront examiner plus finement les réseaux sociaux et contenus courts afin de préciser les mécanismes sous-jacents et guider les stratégies de prévention ciblées.

Mots-clés : usage problématique du smartphone (UPS), addiction comportementale, étudiants, tabac, alcool, réseaux sociaux, contenu court

Association Between Problematic Smartphone Use, Short-Form Video Viewing, and Alcohol and Tobacco Consumption Among University Students

ABSTRACT

Introduction: problematic smartphone use (PSU) is an increasing public health concern, particularly among students, a vulnerable population due to high digital exposure. Several studies suggest an association between PSU and substance use (alcohol, tobacco), but data remain limited, especially in French student populations. This study aimed to explore the links between PSU, alcohol and tobacco use, and short-form content viewing.

Methods: a cross-sectional study was conducted between April and May 2025 among students at the University of Angers through an online questionnaire. PSU was assessed using the Internet Addiction Test – smartphone version. Alcohol use was measured with the AUDIT-C and tobacco dependence with the Fagerström Test. Smartphone uses (social media, short-form content) were also analyzed. Associations were tested with χ^2 and expressed as odds ratios (OR) with 95% CI.

Results: of 1,133 respondents, 1,089 were included (mean age 21 years, 68.5% female). PSU prevalence was 13.1%. Mean screen time was 5h/day. PSU was associated with smoking status (OR=1.67 [1.03–2.71]), but not with alcohol use (OR=1.19 [0.84–1.69]) or nicotine dependence (OR=0.57 [0.12–2.70]). Strong associations were found between PSU and intensive social media use (OR=2.71 [1.70–4.31]) as well as frequent short-form content viewing (OR=2.77 [1.88–4.09]).

Conclusion: PSU appears to be associated with smoking status among students. The links between PSU, substance use, and smartphone habits warrant further investigation. Future studies should examine social media and short-form content more closely to clarify underlying mechanisms and guide targeted prevention strategies.

Keywords: Problematic Smartphone Use (PSU), Behavioral Addiction, University Students, Tobacco, Alcohol, Social Media, Short-Form Video Content