

UNIVERSITE PARIS 7 – DENIS DIDEROT

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BENGUIGUI Julien

Né le 29/04/1978 à Paris (FRANCE)

Présentée et soutenue publiquement le 04 Décembre 2009

LA CYBERDEPENDANCE:
Données de la littérature et résultats
d'une étude sur 48 cas

Président : Monsieur le Professeur Michel LEJOYEUX

Directeur : Monsieur le Docteur Hervé MOULA

-Résidanat de Médecine Générale-

Remerciements,

A Celui qui m'a permis d'arriver jusqu'ici,

A ma femme chérie, pour son amour et ses précieux conseils,

A mon petit rayon de soleil et à ma famille pour leur soutien indéfectible.

Au Pr Lejoyeux, qui m'a donné la chance de travailler sur ce sujet et dont les livres m'ont beaucoup enrichi,

Au Dr Moula, pour ses encouragements et son enthousiasme contagieux,

A Mme Lepetit, du bureau des thèses de Bichat, pour son dévouement,

Enfin aux membres du Jury et tous ceux avec qui j'ai travaillé.

Table des matières

Introduction 7

I. RAPPEL DE DEFINITIONS: NOTIONS PROCHES A DISTINGUER

1. La toxicomanie 8

2. Usage nocif et abus 9

3. L'addiction 10

II. LA DEPENDANCE

1. Classification 11

a) La dépendance à une substance : pharmacodépendance 11

Définition OMS 11

Définition DSM IV 11

b) La dépendance comportementale 13

Critères 13

Signes de sevrage et tolérance 16

2. Mécanismes psychosocial des dépendances 16

III. LA CYBERDEPENDANCE: UNE DEPENDANCE D'UN GENRE NOUVEAU

A. UNE DEPENDANCE NOUVELLE? 18

1. Définition 18

2. Naissance du concept et critères 18

a) 1995, Dr Goldberg 18

b) 1996, Dr Young 20

c) 2003, Shapira et al. 21

d) 2005, Ko et al. 22

3. La cyberdépendance, un mythe? 23

B. UNE DEPENDANCE SPECIFIQUE	25
<u>1. Prévalence</u>	25
Etats-Unis	25
Corée du Sud	25
Chine	25
France	25
<u>2. Les différents types de cyberdépendance</u>	26
a) <u>Marc Pratarelli et al (1999)</u>	26
Les raisonnables	26
Les dépendants d'Internet	26
Les accros du cybersexe	26
b) <u>Modèle cognitivo-comportemental de Davis (2001)</u>	26
Usage pathologique généralisé d'Internet	26
Usage pathologique spécifique d'Internet	27
<i>Dépendance communicationnelle</i>	27
<i>Dépendance aux jeux d'argent en ligne</i>	27
<i>Dépendance aux jeux en réseau</i>	28
<i>Achats compulsifs en ligne</i>	29
<i>Dépendance au cybersexe</i>	30
<i>Dépendance au travail: le workaholisme</i>	31
c) <u>Classification du Dr Young (1996)</u>	31
Dépendance à la cybersexualité	31
Dépendance à l'interactivité	31
Dépendance monétaire	31
Le surf compulsif	31
Dépendance à l'ordinateur	31
<u>3. Profil de la personne cyberdépendante</u>	32
a) <u>Traits de caractère</u>	32
b) <u>Comorbidité psychiatrique</u>	34
Troubles de l'humeur	34
Troubles de la personnalité	34
Phobie sociale	35
c) <u>Polyaddictions</u>	35

4. Les conséquences négatives de la cyberdépendance	36
a) <u>Les conséquences communes à toutes les dépendances</u>	36
Personnelles	36
Sociales	36
b) <u>Conséquences spécifiques</u>	36
C. CYBERDEPENDANCE : QUELS TRAITEMENTS ?	37
1. Prévention	37
2. Traitement	38
a) <u>Netaholics anonymous</u>	38
b) <u>Psychothérapies et thérapies cognitivo-comportementales</u>	38
c) <u>Traitements médicamenteux</u>	39
d) <u>Cliniques</u>	39
e) <u>Hospitalisation</u>	40
<u>IV. ETUDE CLINIQUE : LA CYBERDEPENDANCE SUR 48 CAS DANS DEUX DEPARTEMENTS D'ILE-DE-FRANCE</u>	
A. METHODOLOGIE	41
1. Première étape: Dépistage des cyberdépendants	41
a) <u>Choix du nombre de patients</u>	41
b) <u>Choix du questionnaire</u>	41
c) <u>Mode de réalisation de l'étude</u>	43
Comment l'étude a-t-elle été réalisée?	43
Où a-elle été réalisée?	43
Modification du protocole en cours d'étude	43
d) <u>Critères d'inclusion des patients</u>	44

<u>2. Deuxième étape: Recueil d'informations complémentaires au sujet des cyberdépendants</u>	44
B. RESULTATS	45
C. DISCUSSION	56
<u>1. Points forts et limites de l'étude</u>	56
<u>2. Interprétation et comparaison avec les données de la littérature</u>	57
a) <u>Prévalence</u>	57
b) <u>Carte d'identité du cyberdépendant</u>	59
Age et sexe	59
Statut professionnel et corrélation avec l'âge	60
Taux de chômage	60
Niveau socioculturel	61
Statut familial	61
c) <u>Comorbidité psychiatrique</u>	62
d) <u>Dépendances croisées</u>	64
Tabac	64
Alcool et drogues	65
Achat compulsif	65
Jeu compulsif	65
e) <u>Utilisation d'Internet</u>	66
f) <u>Activités sur Internet</u>	67
Surf et communication	67
Achats	67
Jeux vidéo	67
<u>V. CONCLUSION</u>	68
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES:	
LA CYBERDEPENDANCE EN IMAGES	73
QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE DE LA CYBERDEPENDANCE	74

Introduction

Avec 34 millions d'internautes français en décembre 2008 et près de 1,1 milliard dans le monde, Internet fait partie de ces inventions qui ont bouleversé l'histoire de l'humanité.

Créé en 1973 mais accessible au grand public dès 1989, Internet est devenu en l'espace d'à peine vingt ans un phénomène mondial dont l'ampleur a profondément transformé les habitudes, les mentalités et les comportements de nos sociétés.

Puissant et complexe, il abolit les frontières de l'espace et du temps, libérant virtuellement l'homme de toute contrainte matérielle et lui offrant ainsi l'accès à une liberté totale, inconnue jusqu'alors. Pour l'écrivain anglais J.G. Ballard, il représente « le plus grand événement dans l'évolution de l'humanité car l'espèce humaine est pour la première fois capable de nier la réalité et de lui substituer sa vision préférée ».

Mais cette illusion de maîtrise n'est pas sans risques.

En donnant libre cours à une expression et à une information sans limites, il fragilise une homéostasie psychologique parfois précaire et ouvre la voie au pathologique et à tous les excès. Chez certains internautes, il deviendra plus qu'un simple mode de communication, de travail ou de distraction. Il sera le principal centre d'intérêt de leur vie.

Depuis quelques années, l'émergence d'une dépendance nouvelle appelée « cyber-dépendance » en est la preuve.

Initialement peu prise au sérieux par le corps médical elle est devenue aujourd'hui, devant l'accroissement des demandes de soins, un phénomène bien réel.

Au point que certains hôpitaux, dont l'hôpital Marmottan et l'hôpital Bichat à Paris, ont dû ouvrir des unités spécialisées dans le traitement de cette addiction moderne.

Quelle est l'ampleur de cette dépendance? Qui sont ces "drogués" du net? Quel est leur profil? Ont-ils d'autres dépendances associées? Le plaisir issu de la connexion ressemble-t-il chez eux aux effets de l'alcool, de l'héroïne ou de la cocaïne chez les toxicomanes?

La littérature psychiatrique est abondante sur ce sujet. Certains auteurs, principalement nord-américains, ne doutent pas de la réalité de ces nouvelles « addictions sans drogue » dont la difficulté majeure reste l'établissement valable de critères de définition.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse au sujet des Français, nous avons mené une étude sur 48 cas dans deux départements d'Ile-de-France établissant un portrait-type de ces accros du net.

Ainsi, après avoir rappelé et défini plusieurs notions fondamentales (I), nous nous pencherons sur la notion de dépendance (II), puis de façon plus approfondie sur les différents travaux déjà réalisés au sujet de la cyberdépendance (III), pour enfin analyser l'étude réalisée (IV) et tenter de la comparer à celles qui l'ont précédée dans d'autres pays, principalement en Amérique du Nord.

I. RAPPEL DE DEFINITIONS : **NOTIONS PROCHES A DISTINGUER**

La dépendance est une notion très proche de la toxicomanie, l'abus et l'addiction. Dans le langage populaire, tous ces termes sont souvent employés indifféremment car leurs frontières sont parfois extrêmement floues.

En psychiatrie cependant, chacun possède un sens propre qu'il convient de rappeler.

1. La toxicomanie

La toxicomanie (du grec toxikon = poison et mania = folie) se traduit par un **usage répété et excessif d'une ou plusieurs substances toxiques** (analgésiques et/ou psychotropes) **sans justification thérapeutique**. Cet usage s'accompagne d'un désir incontrôlable de continuer à consommer le produit, accompagné de dépendance²⁹.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la définition de la toxicomanie correspond à :

- une envie irrésistible de consommer le produit,
- une tendance à augmenter les doses,
- une dépendance psychologique et parfois physique,
- des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (physiques, émotive, sociales, économiques).

La toxicomanie décrit donc un mode d'usage.

Ce terme est assez **vaste** du fait qu'il **englobe dans sa définition les notions de dépendance (qui décrit ici les symptômes liés à la prise d'une substance) et d'addiction (qui décrit plutôt les symptômes liés à un comportement)**.

Pour cette raison et de par sa connotation psychiatrique trop marquée, l'OMS recommande dès 1960 de lui substituer le terme de *dépendance* (à une substance) ou pharmacodépendance³⁹.

2. Usage nocif et Abus

L'**usage normal** se définit par une **consommation de produits socialement réglée**, n'entraînant aucun dommage pour l'individu ou la société en général.

L'**usage nocif** est défini dans le *CIM-10 (ou ICD-10, Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes utilisé par l'OMS pour classifier les maladies; 10 étant la dixième édition de 1992)* comme "**un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé**. Les complications peuvent être physiques ou psychiques."

Le diagnostic repose sur **des preuves manifestes que l'utilisation de substances a entraîné des troubles physiques ou psychologiques**.

Des conséquences sociales négatives peuvent être présentes mais ne suffisent pas à établir le diagnostic.

L'**abus** est défini dans le *DSM-IV TR (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4ème édition, Texte Révisé, publié en 2000 par l'Association Américaine de Psychiatrie)* comme:

"un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois:

1.Utilisation répétée d'une substance **conduisant à l'incapacité** de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison;

2.Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être **physiquement dangereux** (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule);

3.Problèmes **judiciaires** répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance);

4.Utilisation de la substance **malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique);

Les symptômes n'ont **jamais atteint**, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance."

L'**abus** est donc caractérisé par la **répétition de l'utilisation d'une substance malgré les conséquences néfastes** sur l'individu, son entourage, ou la société dans son ensemble.

L'usage nocif et l'abus sont des situations à fort potentiel addictif. Mais le sujet n'est pas pour autant dépendant: son état est encore réversible et en grande partie sous l'effet de sa volonté ⁴.

On pourrait ainsi les qualifier d'étapes "pré-dépendance".

3. L'addiction

L'**addiction** (en latin: ad dicere « dire à ») désignait en français juridique du Moyen-âge la contrainte par corps, imposée par une ordonnance du tribunal, de celui qui ne pouvait pas payer ses dettes: ainsi, le débiteur qui ne pouvait rembourser son emprunt était obligé de payer son créancier par son travail.

Il existe donc dans l'addiction une relation de **maîtrise corporelle imposée par l'extérieur**.

Par la suite, intégré dans la langue anglaise, il désigne la relation contractuelle de **soumission** d'un apprenti à son maître, puis, dans le langage populaire, toutes les passions dévorantes et les dépendances.

Ainsi, en psychiatrie, il désignera **l'ensemble des conduites** ayant en commun **l'impulsivité** et entraînant **la dépendance**.

Ce terme est cependant resté trop ambigu et imprécis du fait des évolutions de sa définition, au point que les psychiatres **anglophones l'ont retiré du DSM IV et lui ont préféré le terme de "dépendance" (dans un contexte comportemental)**.

En conclusion, la définition de toutes ces notions nous permet de les placer de façon graduelle sur le chemin qui mène à la dépendance comme suit:

- 1- **Usage normal**, puis,
- 2- **Usage nocif**: préjudice personnel, puis,
- 3- **Abus**: préjudice personnel et social, puis,
- 4- **Dépendance à une substance** (qui remplacerait le terme de toxicomanie, trop vaste) ou **dépendance comportementale** (qui remplacerait le terme d'addiction trop imprécis).

II . LA DEPENDANCE

1. Classification

On distingue deux types de dépendance: la dépendance à une substance et la dépendance comportementale.

a) La dépendance à une substance ou pharmacodépendance

Définition OMS (Edwards 1976, 1992)

La dépendance se définit comme:

« Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Cette définition constitue le modèle de la base théorique des critères diagnostiques du DSM IV et de la CIM 10. Elle a été complétée du fait qu'elle ne prend pas en compte la perte de contrôle du sujet, ainsi que les conséquences nocives personnelles et sociales de sa dépendance.

Ainsi, le DSM IV TR présente la dépendance comme:

« un mode d'utilisation inadapté d'une substance, conduisant à un dysfonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, se caractérisant par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur une période continue de douze mois:

1. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes:

- a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
- b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes:

- a. Syndrome de Sevrage caractéristique de la substance;
- b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3. Substance souvent prise en quantité plus importante ou sur un laps de temps plus long que prévu;

4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance;

5. Temps considérable passé pour se procurer la substance, l'utiliser, ou récupérer de ses effets;

6. Réduction ou abandon d'importantes activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de l'utilisation de la substance;

7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance par le sujet d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent causé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique: signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents);

Sans dépendance physique: pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents). »

Ainsi :

Les items 3 et 4 témoignent de la **perte de contrôle** du sujet.

Les items 6 et 7 témoignent des **conséquences nocives** de sa dépendance.

Dans cette définition, le terme de dépendance est systématiquement en rapport avec la consommation de substance, vis-à-vis de laquelle le sujet va développer:

- une dépendance physique,

état où l'organisme assimile à son propre fonctionnement la présence d'un produit.

Le sujet développera ainsi des troubles physiques parfois graves en cas de manque, l'ensemble de ces troubles constituant le syndrome de sevrage.

Cette dépendance résulte des *mécanismes d'adaptation de l'organisme* à une consommation prolongée. Elle peut s'accompagner d'une tolérance (qui est une adaptation biologique au produit), entraînant la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet qu'au début de la consommation.

- une dépendance psychique,

qui correspond au désir insistant et persistant de consommer la substance, mettant ainsi le sujet en vive tension, avec sentiment de malaise et d'excitation à la fois.

Cet état, pouvant parfois se traduire par des *manifestations psychosomatiques* (véritables douleurs physiques sans cause physiologique), est bien plus liée aux caractéristiques des individus (états affectifs, style de vie) qu'au produit lui-même.

Aujourd'hui, le couple "dépendance-substance" tend de plus en plus à se disloquer: avec l'apparition d'addictions modernes qui ne sont pas liées à un produit en particulier, la notion de dépendance en général a marqué récemment une évolution de son concept clinique. **Les critères diagnostiques n'imposent plus la présence de signes physiques de dépendance ni de signes de sevrage.**

La dépendance n'est donc plus seulement en rapport avec une substance, elle peut être aussi **comportementale**.

b) La dépendance comportementale

Les dépendances comportementales ne sont pas répertoriées dans les manuels internationaux de classification des maladies, et en particulier le DSM-IV qui classe la dépendance uniquement dans « les troubles liés à l'utilisation d'une substance ».

Les autres troubles du comportement tels que la pyromanie, la kleptomanie et le jeu pathologique sont classés dans les « trouble du contrôle des impulsions non classés ailleurs ».

Il n'existe pas, selon les critères stricts de définition de dépendance du DSM IV de notion de « dépendance comportementale ».

Cependant, compte tenu de l'émergence de nouvelles addictions sans drogues, certains auteurs se sont essayé à en élaborer des **critères diagnostiques**, qui sont quand même utilisés en recherche médicale.

Les pathologies les plus souvent décrites comme des dépendances comportementales sont:

- le jeu pathologique,
- les achats compulsifs,
- la kleptomanie,
- les addictions sexuelles,
- le trouble explosif intermittent,
- la trichotillomanie,
- l'addiction au travail.

Critères

La notion de dépendance comportementale ou "*toxicomanies sans drogue*" a été pour la première fois introduite par **Otto Fenichel** (1945)¹⁴, dans sa «*Théorie psychanalytique des névroses*». Cet auteur peut d'ailleurs être considéré comme l'initiateur du regroupement des «troubles du contrôle des impulsions» dans le manuel statistique américain des maladies mentales.

Révolutionnaire à l'époque, cette idée a été popularisée par la suite par **Stanton Peele** (1975)³⁶, avocat américain psychothérapeute, dans son livre "*Love and addiction*" en 1975. Pour lui, c'est **d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants** et non d'une substance chimique.

Toutefois aucun critère n'a été défini.

Ce n'est qu'avec **Aviel Goodman** (1990)¹⁷ que nous voyons apparaître les premiers critères précis sur le concept de l'addiction, considérant qu'il était de plus en plus utilisé par la communauté scientifique alors même qu'il n'était soutenu par aucune définition claire et consensuelle.

Il réorganisa ainsi les critères du DSM-III-R de diagnostic « de dépendance aux substances psychoactives » et du « jeu pathologique » et les regroupa au sein d'une même entité nosologique qu'il intitula « trouble addictif».

Il décrit ainsi ce trouble (dans un contexte comportemental) comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par **l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives** ».

En voici les critères d'inclusion:

Critères d'addiction d'après Goodman (1990):

A: **Impossibilité de résister** aux impulsions à réaliser un type de comportement

B: Sensation croissante de **tension** précédant immédiatement le début du comportement

C: **Plaisir** ou soulagement pendant sa durée

D: Sensation de **perte de contrôle** pendant le comportement

E: Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants:

- 1: Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation;
- 2: Intensité et durée des épisodes, plus importantes que souhaitées à l'origine;
- 3: Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement;
- 4: Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre;
- 5: Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales;
- 6: Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement;
- 7: Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent, d'ordre social, financier, psychologique ou physique;
- 8: Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité;
- 9: Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F: Certains éléments du syndrome ont duré **plus d'un mois** ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Ainsi, les sujets présentent de nombreux symptômes **classiques de dépendance à une substance**. Ils accomplissent de manière répétitive et "obligatoire" une séquence comportementale précise (achats, vols, incendies, arrachage de cheveux...) qui altère de manière significative la vie sociale, familiale ou professionnelle.

Le parti pris initial de Goodman fut **de combiner un trouble à composante pharmacologique à un trouble à composante comportementale**, insistant ainsi sur deux points importants :

- d'une part un comportement visant à produire du plaisir et à soulager un malaise intérieur,
- d'autre part le sentiment d'impuissance et la perte de contrôle attaché à ce comportement.

Si les critères de Goodman sont aujourd'hui bien connus, et souvent utilisés comme base de définition des addictions avec ou sans drogues, il faut constater qu'ils n'ont pas de valeur officielle.

Il existe donc nombre de nouvelles addictions qui doivent être contrôlées comme candidates à la reconnaissance en tant que telles.

Griffiths (1997)¹⁹, psychologue anglais, envisage la notion de dépendance comportementale autrement, en lui donnant une entité à part entière par rapport à la dépendance à une substance. Il distingue:

- la **dépendance comportementale passive** (par exemple, à la télévision),
- la **dépendance comportementale active** (par exemple, aux jeux vidéo).

La pharmacodépendance, elle, est toujours active.

Dans son article présenté en 1997, il rapporte six critères pour définir un comportement associé à la dépendance de façon générale.

1. Prépondérance :

L'activité particulière devient l'activité la plus importante dans la vie de la personne. Elle domine ses pensées (préoccupations et distorsions cognitives), ses sentiments (ex.: sentiment de manque) et ses comportements (détérioration des comportements socialisés).

2. Modification de l'humeur :

Est une conséquence de l'adoption de l'activité et peut être une stratégie de *coping* (excitation, surexcitation, sentiment d'évasion).

3. Tolérance :

La durée de l'activité doit augmenter pour obtenir une satisfaction.

4. Symptômes de sevrage :

État de sensations déplaisantes (ex.: humeur dépressive, irritabilité) et/ou des effets physiques déplaisants (ex. : tremblements).

5. Conflits :

Conflits interpersonnels (entre le dépendant et l'entourage de celui-ci) ou conflits intrapsychiques (entre la volonté de ne pas céder aux tensions causées par la dépendance à l'activité et le besoin psychologique de s'adonner à l'activité).

6. Rechute :

La tendance à retourner aux habitudes liées à l'activité après une période d'abstinence ou de contrôle de la dépendance comportementale.

Bien que les critères de Griffiths soient plus faciles à exploiter, ceux de Goodman restent une référence: en effet, ce dernier a pris appui sur le DSM-III-R pour définir l'addiction, plutôt que de la formuler en termes nouveaux. Goodman supposait qu'un remaniement "critériologique" serait mieux accepté par la communauté scientifique qu'une démonstration *de novo*, comme l'a fait Griffiths par la suite.

Les signes de "sevrage" et de tolérance

La dépendance comportementale se différencie de la pharmacodépendance dans le sens **qu'il n'existe pas, au sens physique du terme, de véritable dépendance physique à l'objet du désir, puisqu'aucun composé chimique n'interagit avec le corps.**

Cependant, il a été relevé (Adès, Lejoyeux, 1999)³ que certaines manifestations moins marquées, équivalentes au sevrage vis-à-vis de substances psycho-actives se retrouvent chez les sujets dépendants quand ils ne peuvent accomplir les séquences comportementales investies :

- malaise physique ou psychique, anxiété irritabilité,
- réapparition du désir de s'engager de nouveau dans une séquence comportementale addictive.

Des signes de tolérance physique peuvent même s'observer chez certains sujets qui ont tendance à augmenter la sévérité ou la fréquence des comportements pour retrouver les premières sensations d'excitation ou de désinhibition. Mais ces signes sont en rapport avec une **dépendance psychique** et non physique.

2. Mécanisme psychosocial des dépendances:

Pour C. Olievenstein³⁵, psychiatre fondateur de l'hôpital Marmottan à Paris **"tout peut faire drogue"**.

Plusieurs facteurs prédisposent certains à la dépendance:

L'impulsivité (Adès, Lejoyeux, 1999)³ apparaît comme un facteur essentiel souligné par la classification du DSM IV qui inclut dans les troubles du contrôle des impulsions, le trouble explosif intermittent, la kleptomanie, la pyromanie et la trichotillomanie. Ces troubles sont déterminés par la survenue de véritables impulsions comportementales auxquelles le sujet ne peut résister.

La **recherche de sensations** est aussi une dimension psychologique déterminante des dépendances. Cette notion, avancée par M. Zuckerman (1974)⁵⁵, s'évalue à partir de quatre facteurs dans une échelle spécifique: Sensation Seeking Scale.

Les quatre principaux facteurs de la recherche de sensations sont:

- La recherche de danger et d'aventure,
- La recherche d'expériences,
- La désinhibition,
- La susceptibilité à l'ennui.

Les sujets qui présentent un score élevé sont décrits comme des **personnes extraverties** en recherche permanente de facteurs stimulants. Ils vivent d'une manière risquée, jouent de manière compulsive, sans contrôle, sans notion de risque, sans limites, dans le but de satisfaire sans arrêt leur pulsion. Les lois, les règlements sont souvent transgressés afin d'obtenir l'état d'excitation à tout prix.

Cette dimension de personnalité **peut favoriser alors les premières consommations d'alcool et de drogues illicites**, notamment chez les sujets les plus jeunes.

Corrélée à la désinhibition, l'impulsivité et l'intolérance à la frustration, la recherche de sensations pourrait représenter une dimension fondamentale de la personnalité incitant à la recherche d'expériences comportementales stimulantes et risquées ainsi qu'à leur répétition.

Le psychiatre et psychanalyste français J. Bergeret (1981)⁸ considère que la clef de la dépendance serait plutôt à chercher au niveau **d'un sentiment de dette** dans le vécu du sujet: dans son livre « *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane* » il écrit qu'il faut « considérer à la suite de quelles carences affectives le sujet dépendant est amené à payer par son corps les engagements non tenus et contractés par ailleurs ».

Enfin, Stanton Peele (1975)³⁶ considère la dépendance comme **une réponse à un sentiment d'échec** face à une tâche déterminée. Cet échec met en doute les capacités de réussir du sujet. Ainsi, toute situation de stress, de conflit, d'isolement social va être un facteur précipitant de vulnérabilité vers l'addiction.

La prédisposition à la dépendance serait donc basée sur la rencontre entre:

- **une personnalité (impulsive, extravertie, à la recherche de sensations),**
- **un moment socioculturel (sentiment de dette ou d'échec),**
- **un objet (substance psychoactive ou non).**

Dans notre contexte, **Internet** va très rapidement s'imposer comme **l'objet** permettant de satisfaire à toutes ces conditions:

- **Sa disponibilité et sa gratuité** permettent de répondre aux besoins de la personnalité impulsive: fonctionnant 24h/24, accessible partout au domicile, au travail à l'école ou à partir du téléphone portable. On peut surfer, communiquer, jouer à n'importe quel moment, le jour et la nuit n'existe pas, Internet ne s'arrête jamais... Il n'y a aucune limitation de temps ni d'argent puisqu'aujourd'hui on peut se connecter de façon illimitée pour une modique somme par mois.

- **Son caractère anonyme et sa technologie désormais ultradéveloppée** vont satisfaire ceux qui vivent dans un sentiment de dette ou d'échec, ainsi que ceux qui recherchent les sensations de façon permanente: ils pourront vivre une extrême sensation de liberté, avec une totale désinhibition. Ils peuvent donner leur avis dans un salon de discussion sans être jugés sur leur appartenance sociale, ethnique, ou leur apparence physique, surfer sur des sites «sensibles» (pornographiques, politiques...), changer de sexe, se créer une seconde vie...

- **Enfin, il n'est pas nocif pour la santé et socialement accepté voire valorisé.** Aujourd'hui, tout le monde possède Internet. Celui qui ne le possède pas est considéré comme « has been », vivant en marge de la société.

Ainsi, ce nouvel outil permettant de satisfaire aux besoins les plus larges, va devenir un acteur incontournable de dépendance comportementale, et faire émerger au fil des années le concept de cyberdépendance.

III. LA CYBERDEPENDANCE: UNE DEPENDANCE D'UN GENRE NOUVEAU

A. UNE DEPENDANCE NOUVELLE?

1. Définition

C'est une **dépendance comportementale vis-à-vis de l'utilisation d'Internet.**

2. Naissance du concept et critères

a) 1995, Dr Yvan Goldberg

En 1995 existait un forum sur Internet ayant comme sujet: « La psychologie de l'Internet ». Celui-ci était destiné aux psychiatres américains qui pouvaient contribuer à la réflexion sur le thème. Le Docteur Goldberg, membre de ce forum, y publia une proposition de formation d'un groupe de soutien à la dépendance à Internet. L'intention avouée du Dr Goldberg était de faire une blague à ses collègues. Il avait ajouté le mot "humor" dans l'adresse de publication de sa page.

La classification se présentait ainsi :

"Troubles dûs à la dépendance à Internet: critères diagnostiques.

Modèle de mauvais usage d'Internet conduisant à une détresse cliniquement significative se manifestant par trois ou plus des items suivants, apparaissant à n'importe quel moment dans un intervalle de douze mois.

I – Tolérance, définie par l'un des items suivants :

A- Besoin d'augmenter le temps passé sur Internet pour obtenir satisfaction.

B- Diminution marquée des effets lors d'une utilisation continue pour une période d'intervalle égal.

II – Etat de manque se manifestant par l'un des items suivants:

A- Le syndrome d'état de manque caractéristique:

1. A l'arrêt ou à la réduction d'une utilisation prolongée d'Internet,

2. Avoir deux (ou plus) des items suivants, apparaissant quelques jours après le critère 1.

- a) Agitation psychomotrice
- b) Anxiété
- c) Pensées obsédantes concernant ce qui se passe sur Internet
- d) Mouvements volontaires ou involontaires de tapotement des doigts

3. Les symptômes du critère de diminution ou de détresse dans le fonctionnement social, occupationnel ou tout autre secteur.

B- L'utilisation d'Internet ou d'un service similaire en ligne est en mesure d'effacer ou d'éviter les symptômes du syndrome de manque.

III- L'utilisation d'Internet dure, presque toujours, plus longtemps et est plus souvent réalisée que dans l'intention initiale.

IV- Il existe un désir permanent, ou des efforts sans succès, d'arrêter la connexion ou de contrôler l'usage d'Internet.

V- Une grande partie de son temps libre est passée dans des activités concernant l'usage d'Internet.

VI- Abandon des activités sociales, occupationnelles ou récréatives au profit de l'utilisation d'Internet.

VII- Utilisation continue d'Internet en dépit de la sensation d'avoir des problèmes récurrents de nature sociale, professionnelle, physique ou psychologique. »

Sa définition était donc une simple adaptation à Internet de la définition DSM-IV de la dépendance à une substance.

Cependant, au niveau scientifique elle était inexacte car les manifestations des dépendances comportementales ne sont pas strictement identiques à celles des dépendances à une substance. Par ailleurs, deux des critères du syndrome de manque ("agitation psychomotrice" et "mouvements volontaires ou involontaires de tapotements des doigts") étaient ouvertement farfelus !

Mais des internautes non scientifiques qui fréquentaient aussi ce forum, ont pris sérieusement cette pseudo-classification en occultant l'absence totale d'éléments scientifiques dans son élaboration. Le concept se dissémina sur Internet de manière fulgurante mais aussi dans les médias. Ainsi, sans que la recherche sur le sujet ait réellement avancé, on a commencé à trouver des sites d'information, de discussion, de soutien mais aussi de traitements en ligne.

b) 1996, Kimberly Young⁵¹

Cette psychologue américaine est considérée comme **la pionnière** dans la recherche sur la cyberdépendance.

Elle en fit la première présentation sérieuse au congrès de l'*American Psychological Association* (APA) de 1996 à Toronto dans son sujet "*Internet addiction: the emergence of a new disorder*".

Elle a ensuite créé sa clinique on-line, le *Center for On-Line Addictions*, où elle offre une grande diversité de services: des tests de cyberdépendance adaptés à différents types de cyberdépendance, des traitements en ligne, ainsi que plusieurs publications.

Young (1996)⁵¹ définit la cyberdépendance comme une **nouvelle maladie mentale** caractérisée par la difficulté à contrôler ses impulsions, l'incapacité à se déconnecter d'Internet, et dont le tableau clinique est assimilable au jeu compulsif (« gambling »). Elle fait ce rapprochement entre les deux maladies, devant l'absence de critères définis par le DSM-IV pour la cyberdépendance.

Elle adapte ainsi les critères diagnostiques du DSM-IV du jeu pathologique en enlevant trois critères sur des questions d'argent et en a créé un nouveau pour établir une liste de huit critères. Comme dans le jeu compulsif, la personne est dépendante lorsqu'elle **souffre d'au moins cinq symptômes**:

1. Préoccupé par Internet
2. Besoin d'utiliser l'Internet de plus en plus longtemps afin d'être satisfait
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation d'Internet
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de l'utilisation d'Internet
5. Demeure en ligne plus longtemps que prévu (nouveau critère)
6. Mise en danger, ou risque de perdre une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause d'Internet
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de son utilisation d'Internet
8. Utilise l'Internet pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex.: des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)

Ces critères serviront de base à d'autres auteurs qui, par la suite, y apporteront quelques variantes diagnostiques:

- **Greenfield** (1999)¹⁸ a effectué une enquête grâce à ABC News (sur plus de 18 000 personnes) où il a utilisé les mêmes critères que Young mais a élargi le questionnaire à 36 items;

- **Beard et Wolf** (2001)⁷, reprennent les critères de Young mais préfèrent utiliser le terme d'«usage problématique de l'Internet» à celui de cyberdépendance. Ils appuient ce choix sur deux raisons:

- il n'existe pas, dans ce cas, de symptômes de sevrage physique comme dans toute pharmacodépendance,

- elle compare ce comportement au jeu pathologique (appartenant à la catégorie "troubles du comportements non classés ailleurs") plutôt qu'aux dépendances. Elle ne peut donc parler de "dépendance" au sens DSM IV du terme.

Ils suggèrent ainsi que **pour diagnostiquer un usage problématique de l'Internet**, il faut la présence de **six symptômes**, plutôt que cinq, parmi les critères de Young; soit **tous les cinq premiers symptômes** en plus d'au moins un des symptômes parmi les 6e, 7e ou 8e symptômes.

c) 2003, Shapira et al.

Shapira et al. (2003)⁴² préfèrent aussi le terme « **d'usage problématique d'Internet** » mais proposent des critères diagnostiques plus généraux, qu'ils suggèrent d'inclure dans la prochaine version du DSM :

A. **Préoccupation mal adaptée** face à l'usage de l'Internet comme indiquée par au moins un des symptômes suivants:

1. Préoccupations face à l'usage d'Internet qui sont vécues comme irrésistibles.
2. Usage excessif d'Internet pour des périodes de temps plus longues que prévu.

B. L'usage de l'Internet ou des préoccupations face à son usage, causant soit une **détresse psychologique** cliniquement significative, soit **des problèmes** dans les sphères sociales, occupationnelles, ou dans d'autres sphères de fonctionnement.

C. L'usage excessif d'Internet ne survient pas exclusivement dans des périodes d'hypomanie ou de manie et n'est **pas mieux expliqué par d'autres troubles de l'Axe I du DSM-IV-TR.**

d) 2005, Ko et al.

Ko et al. (2005)²³ enrichissent les critères diagnostiques de la cyberdépendance.

Leur originalité a été **de faire la synthèse entre les critères de Beard et Wolf (2001)⁷ et ceux de Shapira et al. (2003)⁴²** :

- Dans la même veine que Beard et Wolf (2001)⁷, ils expliquent que le nombre de symptômes doit être plus élevé pour la **cyberdépendance (7 symptômes)** que pour le jeu pathologique (5 symptômes) ou pour la dépendance à une substance (3 symptômes), car l'usage d'Internet est un comportement **plus socialement acceptable et plus facilement accessible**.

- Comme Shapira et al. (2003)⁴³, ils mettent l'accent sur le fait que pour ces mêmes raisons, il est essentiel qu'il y ait aussi présence **d'au moins une difficulté fonctionnelle** causée par le Net. Le cyberdépendant doit donc :

A. Présenter six symptômes ou plus parmi les suivants :

1. Préoccupé par Internet
2. Échecs répétés pour résister à l'impulsion d'utiliser Internet
3. Tolérance: augmentation marquée de la durée d'utilisation de l'Internet pour obtenir une satisfaction
4. Sevrage qui se manifeste par :
 - a) Symptômes d'humeur dysphorique, d'anxiété, d'irritabilité et d'ennui lorsque privé d'Internet
 - b) Utilisation d'Internet pour calmer ou éviter les symptômes de sevrage
5. Usage d'Internet pour une période de temps plus longue que prévu
6. Désir persistant et/ou échecs répétés pour cesser ou réduire l'usage d'Internet
7. Durée excessive du temps passé sur Internet
8. Effort excessif pour obtenir l'accès à Internet
9. Usage excessif d'Internet malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique, persistant et récurrent, pouvant être causé ou exacerbé par l'usage d'Internet

B. Difficulté fonctionnelle; un des symptômes suivants doit être présent:

1. Négligence des obligations scolaires ou familiales ou professionnelles à cause d'un usage répété d'Internet
2. Problème dans les relations sociales
3. Violation des règlements de l'école ou des lois à cause de l'usage d'Internet

C. La cyberdépendance ne doit pas être mieux expliquée par un trouble psychotique ou un trouble bipolaire de type I.

En résumé, nous voyons de multiples grilles d'évaluation proposées pour définir la cyberdépendance, dont aucune n'a pu encore recueillir de consensus au sein du corps scientifique et médical. Cette pathologie est encore très difficile à définir et à circonscrire clairement. Peut-être parce que pour la première fois dans l'histoire des dépendances, son support est complètement nouveau, complexe et surtout, un outil en évolution permanente.

3. La cyberdépendance, un mythe?

Certains auteurs, minoritaires, parmi lesquels le psychologue clinicien québécois, **J. Garneau** (1999)¹⁵, ne croient pas en cette nouvelle maladie mentale.

Dans son article "Les recherches sur la cyberdépendance", il critique vivement le travail du Dr Young:

"Essentiellement, le Dr Young a emprunté des termes utilisés dans le domaine du jeu compulsif. Une simple transposition (essentiellement une adaptation des termes) a permis la définition de la "cyberdépendance" et l'élaboration de la liste de ses symptômes.

En somme, cette "théorie" n'a pas plus de valeur que si on avait dit: "Ça me rappelle ce que j'ai lu sur le jeu compulsif". Mais Young a plutôt dit qu'il s'agissait d'une nouvelle maladie mentale. Elle a ajouté que cette maladie devait être considérée de la même façon que les autres troubles du comportement qui sont caractérisés par la difficulté de contrôler ses impulsions, au même titre que la cleptomanie et la pyromanie.

De plus, pourquoi 5 et non 7 ou 2 symptômes pour être considéré comme cyberdépendant? Simplement parce que c'est le critère déjà utilisé dans le jeu compulsif "..."

Quelle est la valeur de ce critère? Aucune! Il ne correspond qu'aux "impressions personnelles" d'un professionnel à partir de quelques rares cas particuliers. Il ne faut pas oublier, en effet, que cette perspective a été présentée par Kimberly Young en 1996, à une époque où la popularité d'Internet était encore naissante et où les formes qu'on lui connaît maintenant n'existaient pas encore."

Garneau considère ainsi que **la cyberdépendance est un mythe construit sur des critères sans fondements**, mais ne nie pas qu'il y a bien un trouble réel de l'utilisation d'Internet. Pour lui, il s'agit bien plus d'une *utilisation compulsive* de cet outil plutôt que d'une véritable dépendance.

Il rejoint de ce point de vue l'avis de **John Grohol** (1999)²¹, un des pionniers de la psychologie sur Internet et ex-président de la ISMHO (International Society for Mental Health Online) qui fait remarquer, dans son article intitulé "*Internet addiction guide*", que l'utilisation excessive d'Internet représente :

- Pour la majorité de la population, un simple vecteur pour fuir les réalités et les problèmes de la vie quotidienne, au même titre que la télévision, et les sorties.

En traitant le problème sous jacent (dépression, anxiété, problèmes de santé ou problèmes relationnels) le comportement excessif disparaît.

- Pour une frange de la population, un nouvel outil d'expression d'un comportement compulsif, qui se traite déjà par la thérapie cognitivo-comportementale.

La définition de la "cyberdépendance" n'aurait donc aucune valeur nouvelle au niveau scientifique ou clinique, puisque déjà identifiable sous un autre trouble. Ainsi aucun traitement spécifique nouveau n'est à proposer.

Young (1996)⁵¹ et Greenfield (1999)¹⁸ auraient donc fait preuve de peu de rigueur scientifique ou même intellectuelle.

Garneau l'explique pour deux raisons :

- D'abord, car il existe probablement un certain opportunisme commercial. Ces deux auteurs sont en effet devenus célèbres grâce à leurs publications. Ils se font connaître, publient des livres, sont invités par l'APA pour informer leurs collègues... Bref, ils sont sollicités de toutes parts.

Ainsi, ils profitent de cette célébrité pour créer des "cliniques virtuelles" ayant pour mission de traiter les "cyberdépendants" qu'ils ont inventés. Les enjeux commerciaux sont ainsi considérables.

- Mais il existe aussi une autre raison "plus grave encore": l'absence de réflexion sur les causes des problèmes. Dans les travaux de Young et Greenfield, rien ne porte sur les mécanismes essentiels de ce comportement.

En manquant de compréhension sur ce qui se passe chez leur patients, ils en viennent ainsi à créer des maladies en tous genres. Définies uniquement par leur **manifestation clinique**, elles ont toutes une réalité différente, et sont de ce fait impossible à regrouper.

Ainsi, pour Garneau, en faisant un regroupement nosologique pertinent, la cyberdépendance pourrait appartenir à un sous groupe de maladies déjà connues.

Malgré tout, aujourd'hui, une majorité d'auteurs donnent une réalité clinique à la cyberdépendance et acceptent de plus en plus de l'assimiler en grande partie au jeu pathologique comme le suggérait initialement K. Young^{10, 19, 43, 49}.

BJ UNE DEPENDANCE SPECIFIQUE

1. Prévalence de la cyberdépendance :

Une recension de la littérature montre que les prévalences de la cyberdépendance varient beaucoup.

Cette grande variabilité s'explique en partie par le manque de validation psychométrique des tests employés, mais surtout par la piètre qualité méthodologique des enquêtes effectuées, particulièrement quant à la sélection des échantillons.

Toutefois certains chiffres ne sont pas forcément incohérents puisqu'on peut retrouver des données récurrentes.

La prévalence de la cyberdépendance serait de:

Pour les Etats-Unis:

- 6 % des internautes américains selon Young (1996)⁵¹ et Greenfield (1999)¹⁸,
- 6 à 10% selon Hallowell et John Ratey chercheurs à Harvard (2003),
- 14% selon Aboujaoude responsable de l'étude à Stanford (2006)¹.

Pour la Corée du sud:

- 30% des jeunes coréens de moins de 18 ans selon Ahn Dong Hyun, pédopsychiatre à Hanyan (2007).

Pour la Chine:

- 10% des internautes selon Xu (2006).

Pour la France:

- 1 à 2%, selon les médecins de l'hôpital Marmottan Véléa et Hautefeuille (1998)⁴⁹

Ce chiffre semblerait cohérent, et est repris par l'Allemagne et la Suisse.

2. Les différents types de cyberdépendance

Les utilisateurs de l'Internet ont fait l'objet de nombreuses études psychopathologiques, qui ont essayé de classifier les différents types de cyberdépendance.

a) Marc Pratarelli et al. (1999)³⁷

Ces psychologues américains décrivent des «profils-types» d'utilisateurs, parmi lesquels se retrouvent:

Les raisonnables

Ils n'utilisent Internet que modérément. L'ordinateur est un objet nécessaire, mais les nouvelles technologies ne les fascinent pas. Le développement rapide de l'usage d'Internet les inquiète. Ils le jugent inutile ou même dangereux. Ces réfractaires préfèrent les relations directes aux forums. La «cyber-camaraderie» les fait sourire. Ils ne sont évidemment pas dépendants, et ne sont pas gênés quand ils ne peuvent se connecter.

Les dépendants d'internet

Les moments les plus forts de leur existence se passent devant l'écran d'un ordinateur. Le premier regard matinal est pour l'ordinateur, le premier geste la quête des e-mail. Leurs nuits sont peuplées de rêves de nouveaux sites. Ils seraient prêts à déménager si l'accès à Internet devenait impossible pendant plusieurs jours.

Les accros du cybersexe.

Ils sont, note Pratarelli, dépendants de l'Internet pour des raisons sexuelles. Ils ne se connectent que sur les sites pornographiques. Cet usage compulsif d'Internet centré sur les sites sexuels correspond à une forte proportion des passionnés du net (20 % en France).

b) Le modèle cognitivo-comportemental de Davis (2001)¹³

C'est le seul modèle théorique qui porte sur les problèmes liés à l'usage de l'Internet. Davis préfère le terme « usage pathologique d'Internet » ou « UPI » (comme c'est le cas pour le jeu pathologique), plutôt que le terme « dépendance à Internet » (comme c'est le cas pour les dépendances aux substances psychoactives). Il classe cet usage en 2 catégories:

- **Les usages pathologiques généralisés d'Internet (UPGI) ou dépendance primaire** qui ne sont pas spécifiques à un contenu bien particulier et qui n'existeraient pas en l'absence d'Internet: les sujets entretiennent avec leur ordinateur une relation de fascination. A travers la communication par e-mail, les forums, la possibilité offerte de visiter des sites à toute heure et dans le monde entier, ces internautes se découvrent un plaisir d'aventurier, la surprise d'une rencontre avec un cyber-correspondant ou l'émotion de la découverte d'un nouveau site qui paraît être fait pour eux, tant ils s'identifient à son contenu ou ses utilisateurs. Dans cette catégorie, ils aiment tellement leur machine qu'ils sont capables de toutes les excentricités: certains fêtent l'anniversaire de leur ordinateur en lui offrant un cadeau, tandis que d'autres lui offrent le dernier modèle disponible de carte-mère, de carte graphique ou la version la plus performante des logiciels d'exploitation.

- Les usages pathologiques spécifiques de l'Internet (UPSI) ou dépendance secondaire: le sujet possédant déjà une conduite addictive à la base que l'addiction au web va amplifier, renforcer, faciliter, à savoir:

Dépendance communicationnelle

Elle concerne essentiellement les **chats, les e-mails et les forums en ligne**. Internet a cela d'exceptionnel que tout semble à la portée de la main: un simple clic permet de satisfaire de manière quasi immédiate ses besoins, d'entendre ce que l'on a envie, de plaire et de flirter, surtout quand on n'a pas la possibilité de le faire dans la vraie vie !

L'addiction au « chat » et aux e-mails est une pratique qui permet souvent à la personne qui s'y adonne « d'échapper à la solitude », tout en entretenant paradoxalement cette solitude...

Les forums les plus visités sont les forums santé comme *doctissimo.fr*.

Ce type de dépendance semblerait concerner plutôt les **femmes**, surtout celles qui recherchent du romantisme dans leur vie.

L'image type de ces cyberdépendants, est celle de **personnes qui ont des difficultés de communication, qui ont une notion spatio-temporelle altérée et qui cherchent sans cesse un moyen pour exprimer leur mal de vivre**. Cela pourrait être une des explications de ces longues heures passées en connexion. Selon le Dr. Jeffrey Goldsmith, directeur de *l'Alcoholism Clinic-University of Cincinnati*, les gens qui ont du mal à communiquer dans la vie réelle avec les autres sont les personnes les plus susceptibles de devenir dépendantes aux possibilités de communication offertes par le Web.

Dépendance aux jeux d'argent en ligne

Elle est caractérisée par la préoccupation pour le jeu, la tendance à augmenter la durée, l'incapacité à mettre un terme à la conduite, l'impossibilité de résister aux impulsions. Les jeux d'argent sur Internet sont de toutes sortes:

Il y a d'abord **des casinos** de plusieurs types: du logiciel à télécharger aux pages web auxquelles on peut accéder sans logiciel, mais qui sont de moins bonne qualité. Depuis peu, il existe des casinos qui proposent au joueur de voir le croupier en direct à travers une Webcam et de jouer depuis chez lui avec les jetons virtuels qui apparaissent à l'écran. Ainsi, le casino mêle le réel et le virtuel.

En plus des casinos, il existe des **loteries et des paris sportifs en ligne**.

Les jeunes, eux, sont particulièrement attirés par le **poker en ligne**. Ils se connectent et jouent les uns contre les autres avec la possibilité de miser de l'argent réel. Dans tous ces jeux, les joueurs doivent acheter des jetons virtuels. La plupart du temps, ceux-ci sont payés au moyen d'une carte de crédit mais parfois les utilisateurs sont méfiants et préfèrent envoyer des chèques pour remplir leur compte sur le jeu. Ils jouent alors avec de l'argent réel. Leurs gains leur sont envoyés par chèque ou directement sur leur carte de crédit.

Enfin, l'usage addictif **des sites de bourse en ligne** a été repéré par les sociologues et surtout par les experts en finance. Il concerne des investisseurs jeunes, à la pointe du progrès. Ils disposent d'un ordinateur, d'un compte ouvert auprès d'un courtier en ligne. Ils se tiennent informés tous les jours des évolutions des marchés financiers. Ils passent leur journée, l'œil rivé sur les cours, utilisant des outils d'analyse et d'information aussi performants que ceux des professionnels. Ils se connectent dans l'espoir de faire fortune et aussi parce qu'ils trouvent que la bourse en ligne est une activité moderne et distrayante.

En 2000, près de 200 000 comptes en ligne ont ainsi été ouverts par les nouveaux férus de la technologie associant finance et goût du virtuel. Ces boursicoteurs en ligne s'appellent les **day traders**. Chaque jour, ils réinvestissent leur argent et s'échangent entre eux les adresses de sites donnant les meilleurs conseils. Ils trouvent aussi sur Internet des témoignages d'autres *day traders* qui racontent comment ils font fortune sans quitter leur hamac en pianotant à bon escient sur leur ordinateur. Certains sites mêlent la bourse et le jeu. Le site *click-option*, par exemple, distribue des « options » qui valent de 5 à 99 euros. L'internaute ouvre un compte de 150 euros au minimum. Il parie ensuite sur des événements boursiers. La mise, les pertes et les gains potentiels dépendent de la prise de risque.

Les joueurs pathologiques seraient **en majorité des jeunes, avec une grande proportion d'étudiants. Les classes minoritaires et défavorisées semblent plus touchées que les autres** (Barman, 2008)⁶.

Dépendance aux jeux en réseau

Les jeux vidéo font fureur sur Internet. A l'heure actuelle, on dénombre environ 500 sites de jeux en réseau sur la toile. Cette dépendance prend de plus en plus d'ampleur au point qu'un colloque sur le sujet « Les jeux vidéo : une maladie ? » s'est tenu à Paris au printemps 2006 et qu'en juin de cette même année, la première clinique de désintoxication aux jeux vidéo a vu le jour à Amsterdam (Pays-Bas).

Il existe deux types de dépendance aux jeux vidéo:

- les types de jeu comme **Counter strike** (*first person shooter*), où la dépendance est liée au niveau pratique: les jeunes ont la possibilité de s'améliorer par une pratique assidue.
- les types de jeu **MMORPG** (de l'anglais *Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*) comme **Ever Quest** ou **Final Fantasy**, qui sont des mondes persistants continuant d'évoluer même hors connexion, car d'autres personnes continuent d'y jouer. Le plus récent et connu de ces jeux est **World Of Warcraft** sorti en 2005, qui regroupe actuellement plus de 9 millions de joueurs. On y incarne un héros (dont on peut choisir le physique, la race, la classe sociale, le métier) et se voit attribuer des quêtes (consistant généralement à éliminer des adversaires) pour recevoir de l'argent, et des points d'expérience qui permettront de faire évoluer le héros en niveau, en puissance, en compétences, et surtout, dans la hiérarchie sociale du jeu. Dans ce jeu, il n'existe pas de fin.

Pour ces raisons, ils jouissent d'un fort potentiel addictif.

En France, deux sites Internet proposant des jeux virtuels ont retenu notre attention:

Le premier jeu, appelé "**Le Deuxième Monde**", a pour objectif la création d'un laboratoire de démocratie virtuelle. Le jeu consiste en une transposition virtuelle de la ville de Paris. On peut y choisir sa morphologie, la couleur de sa peau, son identité, mais également son logement, avec la possibilité de le personnaliser. Les joueurs 'citoyens' peuvent se rencontrer, organiser des visites et des discussions entre eux. Ce qui semble intéressant, c'est la possibilité de vote électronique installée sur le Web, les 'citoyens' étant appelés à décider eux-mêmes du sort de ce monde virtuel.

Le deuxième jeu, "**Le Palace**", propose des cadres de vie virtuelle, des échanges entre des joueurs qui peuvent choisir également leurs apparences, des situations et des tableaux de vie virtuels. Ce genre de jeux, apparu depuis longtemps aux Etats-Unis, mêlant la fiction, la virtualité et le ludique, a déjà créé des incondtionnels qui vivent dans cet espace et ne communiquent que dans le cadre des IRC qui leurs sont dédiés, leur mode de vie étant conditionné par ce jeu qui occupent la plupart du temps.

Les cyberjoueurs sont surtout des personnes qui cherchent, à travers le jeu, à échapper à l'ennui, réduire une certaine anxiété et participer à une dynamique groupale au sein de laquelle ils seront valorisé (Nayebi, 2007)³¹.

L'achat compulsif en ligne

C'est un comportement permanent ou intermittent, caractérisé par une irrésistible envie d'acheter, une tension avant le comportement et sa résolution par la réalisation d'achats. Ce qui est spécifique pour ce genre de comportement, c'est que **l'acte d'acheter est plus important que le fait de posséder l'objet**. Paradoxalement, cet objet est dissimulé aux yeux de l'entourage: **l'objet n'a aucune valeur sociale, il est pour soi**. Ne pas le posséder est perçu comme un **sentiment d'échec**.

Dans ce contexte, Internet offre une facilité immense pour effectuer des achats, à laquelle s'est rajouté une composante nouvelle: l'achat en direct.

Les sites *vente-privee.com* et *ebay.fr* sont les 1ers sites d'achat en ligne visités en France.

Le phénomène Ebay doit être souligné car il modifie le comportement d'achat et génère des usages passionnels. Le site d'achat en ligne, visité tous les mois par plus de 43 millions de personnes, accueille 12,5 Millions de transactions par jour. Les objets vendus ne concernent pas moins de 1000 catégories. L'acheteur compulsif est très encouragé à acheter sur Ebay pour deux raisons principales:

- Il propose des offres personnalisées, conditionnant les désirs de l'acheteur,
- Il crée un sentiment identitaire (par l'intégration dans des communautés), donnant un caractère affectif à la transaction.

La particularité d'Ebay est qu'en plus de favoriser l'achat compulsif, il stimule le besoin de jouer: chaque achat se fait sur le mode d'un pari et d'une compétition entre plusieurs enchérisseurs. Et comme chez le joueur compulsif, l'acheteur sur Ebay est persuadé de maîtriser son sort, se considérant comme un professionnel de l'achat en ligne

Les conséquences de l'achat compulsif sont dramatiques: interdiction de crédits, problèmes de couple allant jusqu'au divorce, perte de travail.

A cela, Ebay rajoute le manque de sommeil (par des ventes aux enchères répétées), et le désinvestissement social au profit des membres de la communauté virtuelle²⁸.

Dépendance à la cybersexualité

La cyberpornographie est un secteur en constante expansion depuis les débuts du Web: aux Etats-Unis, selon *GoodMagazine*, 50 millions de personnes consultent très régulièrement ces sites. Ils sont à 80,3 % des hommes jeunes. Les seniors sont moins nombreux mais y consacrent plus de temps.

En 2006, la cyberpornographie dans sa globalité représente 57 milliards de dollars de chiffre d'affaires dans le monde dont 12 milliards aux Etats-Unis. Ces sites sont visités par des personnes de plus en plus jeunes car **déjà 90 % des 8-16 ans ont été confrontés au moins une fois à un site pornographique.**

Aux USA, les cybersexe dépendants seraient 200 000 selon une étude publiée dans la revue « *Sexual addiction and compulsivity* » parue en mars 2000, soit 1% des visiteurs américains de sites pour adultes. Ils passent en moyenne plus de 11 heures par semaine sur ce genre de pages Internet. Pour la plupart des hommes, la découverte du cybersexe suscite d'abord un vif intérêt, mais ils s'en lassent rapidement, alors qu'une minorité d'entre eux, au contraire, vont être de plus en plus attirés par ces sites et y passer de plus en plus de temps. Ils vont ensuite devenir dépendants, avec des conséquences sur leur vie familiale, sociale et professionnelle.

On distingue divers types de pratiques sexuelles sur Internet:

- le "**cyberfétichisme**" et les "paraphilies";
- le "**cybervoyeurisme**" et le "cyberexhibitionnisme": les personnes se montrent dans leur intimité ou regardent les autres via des caméras branchées sur Internet;
- le "**cybersexe-échange**": addiction orientée vers le passage à l'acte sexuel et la recherche de partenaires à rencontrer.

Enfin, faire des rencontres sur le net est plus simple que dans la vie réelle et implique moins de conséquences directes.

Les conséquences les plus importantes de la dépendance au cybersexe sont:

- la dérive du patient vers un **comportement sexuel déviant**. Selon 48% des addicts, Internet a changé leur sexualité et pour 72% d'entre eux, il y a eu une banalisation de certaines pratiques.

- **d'ordre conjugal**: elles sont bien plus graves que pour les autres dépendances. La femme du *cybersex-addict* se sent délaissée et ignorée, mais également trompée et trahie exactement comme si son compagnon avait eu une maîtresse. Ainsi, elle perd confiance dans le couple mais surtout en elle-même et il lui est plus difficile de se remettre de ce genre d'addiction alors même que la dépendance de son conjoint est soignée.

Pour l'anecdote, le premier divorce au profit d'une compagne virtuelle a été enregistré: un homme marié a quitté son épouse pour "vivre" avec une femme virtuelle qu'il avait rencontrée sur Second Life. Il ne connaissait rien de sa compagne trouvée sur Internet: ni son identité, ni son sexe...²⁸

Dépendance au travail: le workaholisme

C'est un comportement compulsif qui consiste à consacrer à son travail toujours plus de temps et d'énergie. Le phénomène est durable et persiste en dépit des conséquences négatives sur la santé physique ou sur la vie sociale. Le sujet présente une véritable contrainte comportementale, le conduisant à travailler sans interruption et lui interdisant tout repos et toute détente. Son travail n'est plus motivé par des impératifs professionnels ou économiques. Il devient une fin en soi.

Le travail sur ordinateur, en connexion sur le Web, offre la possibilité d'accomplir et de rencontrer l'objet de leur dépendance.

Pour O'Reilly (1996)³⁴ et Greenfield (1999)¹⁸, la découverte d'Internet dans le cadre professionnel peut rendre workaholic. Ils rapportent ainsi de nombreuses observations de médecins devenus dépendants d'Internet après l'avoir découvert pour leurs recherches bibliographiques. Ils s'abonnent rapidement à des lettres spécialisées dans leurs domaines de prédilection. Ils s'inscrivent aux forums dans lesquels ils peuvent rencontrer virtuellement des confrères, échanger des conseils et des informations. Le nombre de messages reçus et envoyés croît de manière exponentielle. Ils s'aperçoivent encore que l'Internet leur permet de commander des ouvrages rares auxquels ils n'auraient jamais accédé autrement. En quelques semaines ou quelques mois, l'ensemble de leur activité professionnelle passe par Internet. Insidieusement, ils se connectent de plus en plus en longtemp, pendant les heures de bureau et le soir ou la nuit jusqu'à l'aube. Sans presque s'en rendre compte, ils sont entrés dans une "addiction sage" suscitée et justifiée par des motifs d'ordre professionnel, intellectuel ou scientifique.

c) Classification du Dr Young (1996)⁵¹

Young a pour particularité de classer les différents types de dépendance par ordre décroissant:

- Les plus communes sont les **dépendances à la cybersexualité** comme la dépendance à la cyberpornographie (regarder, télécharger ou acheter de la pornographie en ligne), à la cybersexualité (participer à des activités à caractère sexuel en ligne, soit par le moyen de clavardage « *chat* » ou de vidéoconférence « *webcam* »);
- Au second rang viennent les **dépendances liées à l'aspect interactif** d'Internet tel que les clavardages (*chats*), les courriels, les jeux en ligne;
- Puis, les **dépendances à caractère monétaire** tel que les enchères en ligne (*Ebay*), les casinos en ligne, et les achats en ligne;
- Puis **le surf compulsif** à la recherche d'informations;
- Enfin les **dépendances à l'ordinateur et à l'informatique** en général.

Dans tous ces cas, l'addiction à Internet est secondaire, la panoplie informatique n'étant qu'un véhicule que certains empruntent pour accéder à ce qui les passionne ou obsède, de la pornographie aux sites de jeu en ligne, en passant par la bourse ou les achats. Shaffer et *al.* (2000)⁴⁰ considèrent même que la dépendance à l'Internet est dans presque tous les cas **secondaire à un autre trouble mental, qu'il s'agisse d'une addiction comportementale, d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble de la personnalité.**

3. Profil de la personne cyberdépendante

La première étude qui a tenté de tracer le portrait des cyberdépendants fut celle de **Shotton (1991)⁴⁴**, qui les décrit comme étant des personnes de **sexes masculin (2/3), instruites, intéressées par la technologie, introverties et peu sociables.**

Avec la venue du concept de cyberdépendance, **Young (1996)⁵¹** a avancé un portrait totalement différent des cyberdépendants. Ils seraient majoritairement des **femmes d'âge moyen qui utilisent l'Internet à la maison.** Il est à noter que les femmes étaient surreprésentées (61 % des répondants) dans son échantillon qui était donc biaisé.

Selon **Black et al. (1999)⁹** le profil typique du dépendant à l'Internet est: **Un homme de 32 ans ayant fait des études jusqu'au collège, ayant un bon niveau socio-économique.** Il possède un ordinateur depuis 3 ans en moyenne. La plupart des accros à Internet éprouve un intérêt majeur pour le « surf sur le web », les forums de "chat", et les jeux en ligne.

Il n'existe **pas de durée standardisée de connexion à internet au-delà de laquelle on est défini comme dépendant**, compte tenu du fait que de nombreuses personnes utilisent longtemps l'ordinateur pour les besoins de leur travail.

Selon Scherer (1997)⁴³, le meilleur signal d'alerte serait de dépasser 2 fois sa durée moyenne personnelle de connexion.

Enfin, il s'agit surtout de personnes qui ont **du temps libre non structuré, non occupé par une activité professionnelle ou des loisirs.** Ce sont surtout les écoliers, les étudiants, les femmes au foyer et les gens au chômage. Internet va venir combler leur ennui (Rochon, 2004)³⁸.

a) Traits de caractère

Morahan-Martin et Schumacher (2000)³⁰, ont établi un portrait du cyberdépendant comme un homme **solitaire et inhibé.** Il est cependant **socialement désinhibé lorsqu'il est en ligne.**

Davis (2001)¹³, a élaboré par la suite une théorie selon laquelle **l'anxiété, l'isolement social, et/ou la dépendance aux substances psychotropes** seraient les précurseurs de la cyberdépendance. **Caplan (2002)¹¹** a mis à l'épreuve cette théorie et suggère que l'isolement social joue encore un plus grand rôle dans la cyberdépendance que la présence de psychopathologies.

Une étude récente (Whang et al. 2003)⁴⁹, a tenté de tracer le profil psychologique des cyberdépendants coréens. Il ressort que ces derniers sont **socialement isolés, compulsifs** et qu'Internet est pour eux un moyen de **fuir la réalité** lorsqu'ils sont stressés par le travail ou simplement déprimés.

La recherche de Niemz et al. (2005) ³³,

a aussi porté sur des étudiants universitaires, mais cette fois au Royaume-Uni. Les résultats démontrent que les cyberdépendants ont **une faible estime d'eux-mêmes** et qu'ils sont **socialement désinhibés lorsqu'ils sont en ligne**. Toutefois, ils soulignent qu'ils ne savent pas si le faible niveau d'estime de soi est une cause ou un effet de la cyberdépendance.

Pour Jean Pierre Rochon (2004, Quebec) ³⁸,

la personne cyberdépendante est souvent **dans le déni**. Ce déni est un refuge qui l'empêche ainsi de voir sa propre réalité. Ainsi, elle a tendance à penser que son problème n'est pas si grave et que cela ne constitue pas une vraie dépendance. Elle n'a pas conscience de sa souffrance et refuse de voir celle des gens dans son environnement.

Lorsqu'on la confronte à cette réalité, elle peut devenir agressive. Ce comportement peut être **classé dans la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs (TOC)**.

Marc Valleur (2002) ⁴⁶,

considère plutôt les cyberdépendants comme des personnes qui, dans leurs efforts de combler **un vide identificatoire**, se heurtent à des obstacles souvent imaginaires, à des combats qu'ils estiment perdus d'avance ou sans intérêt, situations qui vont engendrer inévitablement des **frustrations**, des phénomènes **anxieux**, et des **troubles du comportement**.

Enfin Selon Ivan K. Goldberg,

la conduite addictive traduit **l'immaturation socio-affective** qui détermine l'impossibilité de se construire une identité psychosociale véritable, solide. La situation est amplifiée par la coexistence d'un sentiment de **non-valeur personnelle**, de non-reconnaissance.

Au total, on peut décrire quelques traits de caractère des cyberaccros:

- **Déni important,**
- **Immaturation socio-affective,**
- **Vide identificatoire,**
- **Frustration et incapacité de surmonter celle-ci,**
- **Anxiété,**
- **Faible estime de soi,**
- **Inhibition sociale/Désinhibition en ligne,**
- **Sentiment d'isolement et caractère solitaire,**
- **Vide émotionnel.**

A ces traits de caractère s'ajoutent des facteurs de comorbidité psychiatrique.

b) Comorbidité psychiatrique

Troubles de l'humeur

Young et Rogers (1998)⁵³ ont mené une étude par Internet évaluant de manière simultanée le niveau de dépression et la présence d'une addiction à l'Internet. Ils ont mis en évidence une corrélation, chez 259 cyberdépendants, des scores de **dépression** supérieurs à ceux de la population générale.

Un travail mené par Kraut et al. (1998)²⁴ a montré aussi que les dépendants à Internet avaient des scores **de dépression** plus élevés, une plus grande tendance à **l'isolement social**. Ils communiquaient moins avec leur famille et avec leurs proches.

Pour Black et al. (1999)⁹, les émotions déclenchant le plus souvent l'envie de se connecter sont **la tristesse, la dépression (38%) et la frustration (24%)**.

Shapira et al. (2000)⁴¹ ont étudié de manière systématique les relations entre dépression et addiction à l'Internet. Ils ont inclus 20 sujets (11 hommes et 9 femmes). Les pathologies mentales les plus fréquemment associées étaient **l'anxiété et la dépression. 95 % des sujets avaient des antécédents familiaux de trouble mental. Les ¾ d'entre eux avaient reçu des psychotropes.**

A noter que pour Stein et al. (2001)⁴⁵, la présence d'une dépression majeure ou d'une dysthymie est un facteur déterminant de cyber-addiction sexuelle.

Troubles de la personnalité

L'étude de Black et al. (1999)⁹ a montré que 52% des cyberdépendants avaient des troubles de la personnalité. Le trouble de la personnalité est en général sérieux, c'est-à-dire qu'il nuit véritablement à l'adaptation de la personne.

Pour diagnostiquer un trouble de la personnalité, il faut que l'individu réponde aux critères généraux établis par le DSM-IV.

Les personnalités pathologiques le plus souvent associées à l'addiction à l'Internet sont:

- La personnalité **dépendante**,
- La personnalité **borderline (24 %)**,
- La personnalité **narcissique (19 %)**,
- La personnalité **antisociale (19 %)**,
- Les personnalités **hystériques évitantes et passives agressives (14 %)**,
- Les personnalités **schizoïdes, schizotypiques et obsessionnelles (10%)**.

Il arrive que plusieurs troubles se retrouvent chez une même personne.

Phobie sociale

La dimension de phobie sociale est elle aussi souvent présente, même si elle n'apparaît pas de manière explicite dans les études de comorbidité.

Elle va amener l'internaute à se sociabiliser sur Internet, et éventuellement à créer à visée anxiolytique une personnalité et une identité sociale qu'il va entretenir avec acharnement au détriment de la vie réelle.

Il sera un personnage valorisé (sportif, adolescent branché, PDG) voire même changera de sexe!

Plus la socialisation est importante sur Internet, plus la phobie sociale est en général sévère.

c) Polyaddictions

Black et *al.* (1999)⁹ ont aussi étudié les troubles psychiatriques associés à la cyberdépendance. Ils ont retrouvé, en plus de l'anxiété et de la dépression, d'autres dépendances comportementales, à savoir (pour les plus importantes):

- les **achats pathologiques** (19 % des patients),
- l'**alcoolisme** (14%),
- le **jeu pathologique** (10%),
- la pyromanie (10 %),
- les comportements sexuels compulsifs (10 %),
- la toxicomanie (5%),

14% des patients avaient subi des violences physiques dans l'enfance et 10 % des abus sexuels.

4. Les conséquences négatives de la cyberdépendance

Le cyberdépendant doit essayer les conséquences négatives de son comportement sur deux niveaux: les conséquences de la dépendance en général et celles spécifiques à l'utilisation d'Internet.

a) Conséquences communes à toutes les dépendances

Personnelles

- Utilisation d'Internet pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété ou de dépression);
- Négation des obligations scolaires ou professionnelles à cause d'un usage répété d'Internet;
- Importantes sommes d'argent investies (gageures, téléchargements excessifs).

Sociales

- Mise en danger ou perte d'une relation affective importante,
- Mise en danger ou perte d'un emploi, de carrière ou de possibilités d'étude à cause d'Internet;
- Mensonges à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de son utilisation d'Internet;
- Problèmes relationnels, isolement, irritabilité;
- Violation des règlements de l'école ou des lois à cause de l'usage d'Internet.

b) Conséquences spécifiques à l'utilisation d'Internet

- Sécheresse des yeux,
- Céphalées,
- Dorso-lombalgies,
- Syndrome du canal carpien,
- Déshydratation, dénutrition/surpoids,
- Mauvaise hygiène personnelle,
- Insomnies ou troubles du rythme circadien,
- Epuisement, mort.

On cite dans le monde quelques cas de décès de jeunes gens directement liés aux jeux vidéo (par suicide ou épuisement physique).

En 2005, en Corée du Sud, au moins sept décès ont été liés aux marathons de jeu vidéo online. Un homme de 28 ans est mort après avoir joué pendant près de 50 heures. Un autre de 38 ans, après avoir joué pendant 417 heures au cours des 20 derniers jours de sa vie. C'est tout de même presque 21 heures par jour... En France, en automne 2005, ce sont deux joueurs français qui ont dû être hospitalisés: âgés d'une vingtaine d'années, les jeunes gens n'arrivaient pas à décrocher du jeu en ligne *World of Warcraft*. Enfermée dans sa chambre trois semaines durant, l'une de ces victimes a dû être arrachée à son ordinateur pour être hospitalisée d'office. L'autre l'a été à la demande de ses parents, après avoir perdu quinze kilos...

CJ CYBERDEPENDANCE : QUELS TRAITEMENTS ?

La cyberdépendance est un phénomène nouveau et récent. En France, les psychiatres, les psychologues cliniciens reçoivent une demande accrue de consultations concernant ce nouveau type de maladie et semblent pour la majorité désemparés devant le manque de formation, d'information pour y répondre.

En règle générale, c'est l'entourage familial qui manifeste en premier cette demande, et qui est démuni devant ce type de comportement. Paradoxalement, c'est lui qui va demander de l'aide sur les forums de discussion, et essayer de trouver des articles sur cette nouvelle maladie pour faire prendre conscience au cyberdépendant des dangers à long terme de son comportement.

Si l'entourage familial fait cette démarche, c'est parce que le premier obstacle rencontré dans la démarche thérapeutique est le **déni de la maladie** (Rochon, 2004)³⁸. Le cyberdépendant a du mal à accepter sa maladie car Internet est intégré dans la vie quotidienne. Cela lui donne de multiples prétextes pour ne pas décrocher voire jusqu'à mentir sur la durée de connexion et sur les activités passées sur le net.

Ainsi, en se réfugiant derrière le caractère virtuel de sa dépendance "qui ne fait de mal à personne", il est souvent incapable de réaliser les conséquences que son addiction peut avoir sur les autres et avant tout sur lui-même.

La deuxième difficulté thérapeutique provient du fait que la dépendance à Internet, est, comme nous l'avons vu, rarement isolée. La plupart du temps, elle est associée à des pathologies psychiatriques, ainsi qu'à d'autres dépendances. Ceci rend la démarche thérapeutique d'autant plus difficile qu'elle doit se concentrer sur plusieurs axes en même temps.

Cependant, la correction de ces troubles associés, bien que nécessaire, ne s'avère pas suffisante. Elle doit être accompagnée d'une véritable désintoxication du rapport à l'ordinateur et au tout puissant Web.

C'est la complexité de cette approche thérapeutique qui fait la spécificité de cette dépendance, et qui n'a pas permis, à ce jour de valider les différents traitements proposés par les acteurs de soin.

La prévention reste donc le meilleur moyen dont nous disposons à ce jour, pour que les plus fragiles apprennent à rester maîtres d'eux-mêmes et puissent disposer d'une véritable liberté de connexion.

1. Prévention

Il s'agit d'informer les internautes sur les dangers que peut représenter l'usage d'Internet et de les encourager à réfléchir sur leurs motivations latentes justifiant leur surconsommation.

Il s'agit aussi de sensibiliser l'entourage professionnel et familial, ainsi que les "personnes relais" (enseignants, éducateurs, assistantes sociales, médecins, infirmiers) pour les rendre capables de faire un diagnostic précoce et d'orienter les plus tangents vers une consultation spécialisée.

L'objectif est de modérer et de structurer le temps de connexion sur Internet. Il s'agit de se fixer des horaires de connexion et s'y tenir, respecter les horaires de repas, de sommeil et de travail, et insister sur la déconnexion au plus tard à 23h. Il faut aussi privilégier les sorties et les activités de loisirs pour éviter de rester cloîtré toute la journée

Des logiciels de filtrage peuvent être nécessaires, surtout sur le lieu de travail où on estime que plus de la moitié du trafic Internet serait d'ordre non professionnel. Ils permettent la restriction voir l'interdiction d'accès à certains sites. Pour les personnes soucieuses de contrôler l'utilisation de *World Of Warcraft*, l'éditeur du jeu propose une fonction de contrôle parental qui permet de déterminer les horaires de jeu, fonction bien méconnue mais dont le mode d'emploi se trouve à cette adresse:

<http://wow-europe.com/fr/info/faq/parentalcontrols.html>

Enfin, certaines associations distribuent des brochures d'information, telle que l'association *LE CAP* sur <http://www.le-cap.org/>

2. Traitement

Comme pour toute dépendance, la motivation du patient est un préalable essentiel voire indispensable à la réussite du traitement.

a) Les netaholics anonymous

Des « Internet Addiction Support Group » sont proposées sur le web. On y trouve des forums de discussion pour *cyberaddicts*, qui vont partager leurs expériences, afin de renforcer la motivation de ceux qui ont envie de retrouver une vie « normale » après des comportements cyberaddictifs.

Leur programme est calqué sur le modèle utilisé par les Alcooliques Anonymes, avec les douze étapes de reconnaissance de l'impuissance devant l'objet ou le sujet de l'addiction: Internet. Leur manière de rentrer en contact utilise le Web, avec une page qui contient des exemples personnels, des témoignages et les adresses d'autres personnes qui ont besoin ou qui peuvent aider. La seule condition requise dans le cadre de leur programme est la reconnaissance sans ambiguïté de l'état de dépendance et de la perte de liberté.

b) Psychothérapies et thérapies cognitivo-comportementales

Depuis peu de temps sont apparues des unités spécialisées en cyberdépendance, à l'Hôpital Bichat et l'Hôpital Marmottan à Paris.

Les traitements proposés sont des psychothérapies et des thérapies cognitivo-comportementales axées sur l'usage abusif de l'Internet.

Elles sont associées si le cyberdépendant présente plusieurs troubles.

c) Traitement médicamenteux

Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (fluoxétine, paroxétine, sertraline...) ont été proposés initialement car ce trouble était considéré comme proche du Trouble Obsessionnel Compulsif. Leur efficacité semble néanmoins décevante (15 % de réponse).

Les Thymorégulateurs (lithium, divalproate de sodium) ont été proposés du fait de la forte prévalence du trouble du contrôle des impulsions et des troubles bipolaires de l'humeur chez ce type de patients. Ces traitements semblent montrer une meilleure efficacité.

d) Cliniques

Virtuelles

La plupart des traitements de la cyberdépendance sont proposés par les cliniques qui expliquent ce qu'est la cyberdépendance et en font le diagnostic.

Ces cliniques offrent une panoplie de services professionnels pour répondre à différents besoins: consultation auprès des entreprises et traitement sur les lieux de travail, consultation individuelle et ateliers, groupes de support sur Internet, supervision professionnelle par Internet, groupes pour les conjoints ainsi que plusieurs publications et enfin un traitement dans une clinique virtuelle.

Le meilleur exemple de ce type de clinique est la clinique virtuelle créée par K.Young sur son site www.netaddiction.com

Les traitements offerts par ces cliniques consistent à aider les gens à développer des stratégies de *coping* efficaces afin de modifier leurs comportements de dépendance face à Internet. Ces traitements s'appuient essentiellement sur les méthodes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Que penser d'un traitement de l'addiction à Internet qui passe par le net? « C'est comme » écrivait M. O'Reilly « si les Alcooliques Anonymes décidaient de se rencontrer dans un bar pour essayer de moins boire... ». Pour d'autres, ces cliniques virtuelles sont dans une logique de profit puisqu'elles proposent une aide en ligne payante aux cyberdépendants et vendent sur Internet leurs ouvrages sur le sujet.

Pourtant ces méthodes peuvent aider certains drogués du net en les incitant à prendre conscience de leurs difficultés, et à évaluer leur besoin d'aide. La connexion à un site d'aide peut être le premier temps d'une démarche qui se complétera par une authentique thérapie soit psychanalytique soit cognitivo-comportementale.

Réelles

Aux Etats-Unis, une clinique de désintoxication aux jeux vidéo "Restart" (Internet Addiction Recovery Program) vient d'ouvrir. Elle a pour but de reconnecter à la réalité les jeunes qui errent des heures durant dans des mondes virtuels.

Outre l'arsenal thérapeutique conventionnel, elle propose aux patients, durant six semaines, de vivre un concentré de vie rêvée. Loin des exercices virtuels de la Wii, on y pratique la relaxation et le sport en plein air. On y inculque quelques bonnes pratiques nutritionnelles et on y fait le point sur le parcours scolaire et professionnel. Surtout, l'encadrement promet une reprise en main psychologique totale.

Le tout pour 14 500 dollars, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

En Asie, la dépendance numérique est d'ores et déjà considérée comme un problème de santé publique majeur. Pour les 10 millions des 100 millions d'adolescents chinois qui souffriraient d'une dépendance virtuelle, quelques 400 centres de désintoxication numérique ont fleuri dans le pays.

Mais les centres chinois recourent aussi à des thérapies plus musclées, dans un style très militaire, pour détourner les jeunes des écrans. En Juillet dernier, le ministère de la Santé a interdit l'usage des électrochocs, après qu'un psychiatre eut administré ce traitement à plus de 3 000 patients dépendants.

Début août, un adolescent a été battu à mort durant dix heures à son arrivée dans un camp de rééducation virtuelle.

Quelques jours plus tard, un autre adolescent, de 14 ans, a été hospitalisé dans un état critique, après avoir été lui aussi frappé dans un de ces centres.

Sa famille avait payé 5 000 yuans (environ 500 euros) pour guérir ce garçon.

e) L'hospitalisation

En règle générale, l'hospitalisation n'est pas nécessaire, tout peut se gérer en consultation. Internet ne donne pas la même toxicité qu'une drogue dure car il n'y a aucune interaction au niveau du métabolisme cellulaire, mais les dégâts peuvent être similaires à plus ou moins long terme sur le retentissement physique, socioprofessionnel de l'individu.

IV. ETUDE CLINIQUE : **LA CYBERDEPENDANCE SUR 48 PATIENTS**

Le but de l'étude est, outre d'évaluer la **prévalence** de la cyberdépendance en Ile-de-France, de répondre aux questions suivantes:

- Y a-t-il un **profil psychologique type** du cyberdépendant? Si oui, quel est-il?
- Quel est son **niveau socioculturel**?
- **A quoi** s'attache sa dépendance?
- „Existe-t-il des **dépendances associées**, significatives par rapport à la population normale?

AJ METHODOLOGIE

1. Première étape: dépistage des cyberdépendants

Il s'agit d'une étude transversale dont la période d'inclusion a duré neuf mois de Janvier à Septembre 2009.

a) Choix du nombre de patients

Il a été posé comme principe que le nombre de patients à inclure pour que l'étude soit significative est de 50 cyberdépendants.

Au moment de la réalisation de l'étude, nous disposions du rapport d'activité 2006 de l'Hôpital Marmottan, permettant de calculer une prévalence de 3% environ sur l'ensemble des patients ayant consulté à l'hôpital.

En conséquence, en prenant en considération ce chiffre, il nous fallait interroger ***a priori*** pour notre étude environ **1500 patients**, afin de pouvoir recueillir un minimum de **50 cyberdépendants**.

b) Choix du questionnaire

Devant un large choix de **grilles d'évaluation**, nous avons décidé de retenir les **critères de cyberdépendance de Dr Young (1996)**⁵¹, pour plusieurs raisons:

- Il est d'abord très simple et court.
- Les questions sont sans équivoque, concises, et permettent de répondre uniquement par "OUI" ou par "NON". Ce questionnaire est donc acceptable pour la plupart des patients limitant ainsi au maximum le nombre de faux négatifs.
- Il a été le premier questionnaire sérieux dont les critères ont servi pour mener l'étude du Dr Young elle-même ainsi que d'autres travaux en Amérique du Nord.

Par conséquent, les résultats de l'étude de Kimberley Young ont servi de référentiel pour notre étude. Le questionnaire utilisé est celui qui suit.

Questionnaire de dépistage de la cyberdépendance

1. Vous sentez-vous préoccupé par Internet/jeux en ligne (en pensant à votre dernière activité sur l'ordinateur et en anticipant votre prochaine session) ?
OUI
NON
2. Eprenez-vous le besoin de naviguer sur le Net/jouer pendant des périodes de plus en plus longues avant d'être rassasié ?
OUI
NON
3. Avez-vous tenté à plusieurs reprises et sans succès de limiter, contrôler ou arrêter votre utilisation de l'Internet /jeux ?
OUI
NON
4. Vous sentez-vous fatigué, épuisé, déprimé ou irritable lorsque vous tentez de limiter ou arrêter votre utilisation de l'Internet/jeux ?
OUI
NON
5. Restez-vous sur le Net/jeux plus longtemps que ce que vous aviez prévu au départ ?
OUI
NON
6. Avez-vous mis en danger ou risquez-vous de perdre une relation significative, un travail, une opportunité de carrière ou d'affaire à cause de l'utilisation d'Internet/jeux ?
OUI
NON
7. Avez-vous menti à votre famille, votre thérapeute ou d'autres personnes afin d'avoir plus de temps pour utiliser l'Internet/jouer ?
OUI
NON
8. Utilisez-vous Internet/jeux pour vous évader et échapper à vos problèmes ou à des émotions négatives (abandon, culpabilité, anxiété, déprime) ?
OUI
NON

c) Mode de réalisation de l'étude

Comment l'étude a-t-elle été réalisée ?

Young (1996)⁵¹ avait utilisé indifféremment son questionnaire comme auto ou hétéro-questionnaire. En effet, dans son étude, une partie des questionnaires avait été remplie en ligne (auto questionnaire) tandis qu'une autre l'avait été par téléphone (hétéro questionnaire).

Initialement, nous avons voulu procéder uniquement par **hétéro-questionnaires** pour éviter les biais causés par :

- la mauvaise compréhension des questions.
- la non réponse aux questions par les analphabètes, les étrangers, et les malvoyants.
- ceux qui ne prennent pas le questionnaire car ils n'ont pas envie d'y répondre à moins d'être directement interrogés.

Où l'étude a-t-elle été réalisée ?

Les questionnaires devaient être remplis dans **les salles d'attente de cabinets de médecins généralistes**, lieu où l'on rencontre typiquement un échantillon neutre représentatif de la population.

Ceux-ci ont été répartis dans quatre cabinets différents:

- deux dans les Hauts-de-Seine,
- deux dans le 18^{ème} arrondissement de Paris.

Le choix des cabinets a été motivé par une répartition équitable entre deux populations n'ayant pas un niveau socioculturel équivalent.

Modification du protocole en cours d'étude

Il s'est vite avéré que les questionnaires étaient difficilement réalisables en hétéro questionnaires. Les patients étaient surpris de la teneur des questions et étaient peu coopératifs pour y répondre. Ainsi, plusieurs éléments, dont l'importance avait été sous-évaluée au départ, ont été mis en valeur :

- le **déni** important pour les symptômes et pour une étude sur l'utilisation d'Internet en général,
- une **méfiance** à l'égard du médecin et plus généralement vis-à-vis d'une personne qu'ils ne connaissent pas,
- difficulté d'interroger le patient dans une salle d'attente tout en préservant le **secret médical**,
- le désir de répondre dans l'**anonymat**,
- le patient n'est pas disposé à répondre alors qu'il vient pour **d'autres préoccupations**.

Ainsi nous avons dû arrêter au bout d'environ 200 questionnaires et reprendre l'étude exclusivement en **auto questionnaires** que le patient devait remplir dans la salle d'attente et remettre en mains propres au médecin ou à sa secrétaire. Cette dernière devait systématiquement proposer le questionnaire aux patients.

On pourrait expliquer le **déni** rencontré au cours de l'étude par le fait qu'Internet est de nos jours un **support neutre sans valeur nocive en soi** (contrairement à d'autres supports de dépendance comme le tabac, la drogue ou l'alcool), et dont l'utilisation, même à outrance, représente un **comportement socialement acceptable**.

Le patient ne voit donc pas en quoi il peut être concerné par un questionnaire dont le résultat pourrait potentiellement l'amener à se considérer comme malade psychiatrique intégrant ainsi le groupe des "malades mentaux".

Bien que ce raisonnement soit aussi vrai pour une étude en auto questionnaire, le fait de répondre **dans l'anonymat** permet au patient d'être plus sincère, d'autant plus que s'y soustrait la **peur d'être jugé** par le médecin qui pose les questions.

d) Critères d'inclusion des patients

**Le questionnaire était positif (autrement dit le patient est cyberdépendant) s'il y avait moins cinq réponses positives, selon les critères de Young.
Seules les personnes majeures pouvaient poursuivre l'étude**

2. Deuxième étape: recueil d'informations complémentaires au sujet des cyberdépendants

Les cyberdépendants inclus ont été recontactés dans un second temps par téléphone, et rencontrés, afin de répondre à des **questions complémentaires**.

Elles visaient à déterminer leur **profil socioculturel et psychologique, l'étendue de leur dépendance**, ainsi que **l'existence ou non de dépendances associées**.

Pour le profil psychologique et les dépendances aux psychotropes nous avons utilisé le **MINI** (Mini International Neuropsychiatric Interview, version DSM IV.1). C'est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (environ 15 minutes), explorant de façon standardisée chacun des critères nécessaires à l'établissement des principaux diagnostics de l'Axe I du DSM IV.

Les dépendances croisées recherchées ont été:

- au **tabac** par le test de Fagerström,
- à l'**alcool** par le test DETA et CDA,
- aux **achats**, par le test élaboré par les Pr Lejoyeux et Adès,
- aux **jeux d'argent** par le test SOGS.

Afin de déterminer la significativité de ces dépendances, **chaque cyberdépendant a été apparié sexe et âge avec un patient du groupe témoin**, et pour lequel on a aussi évalué la dépendance au tabac, à l'alcool, aux drogues, aux achats, et aux jeux d'argent.

B] RESULTATS

1571 questionnaires ont été posés.

207 questionnaires sont revenus inexploitable soit 13,2% des questionnaires.

75 cyberdépendants ont été dépistés dont parmi eux :

- 9 questionnaires inexploitable,
- 5 n'ont pas souhaité poursuivre l'étude,
- 13 mineurs.

Ce qui amène à 48 le nombre de cyberdépendants inclus.

PREVALENCE

P= Prévalence

C= nombre de Cyberdépendants

Q= nombre total de Questionnaires

Calcul de la prévalence brute

$$P=C/Q = 75/1571 = \mathbf{4.77\%}$$

Calcul de la prévalence corrigée

Questionnaires exploitables:

$$Q_c = 1571 - 207 = 1364$$

Cyberdépendants avec questionnaires exploitables:

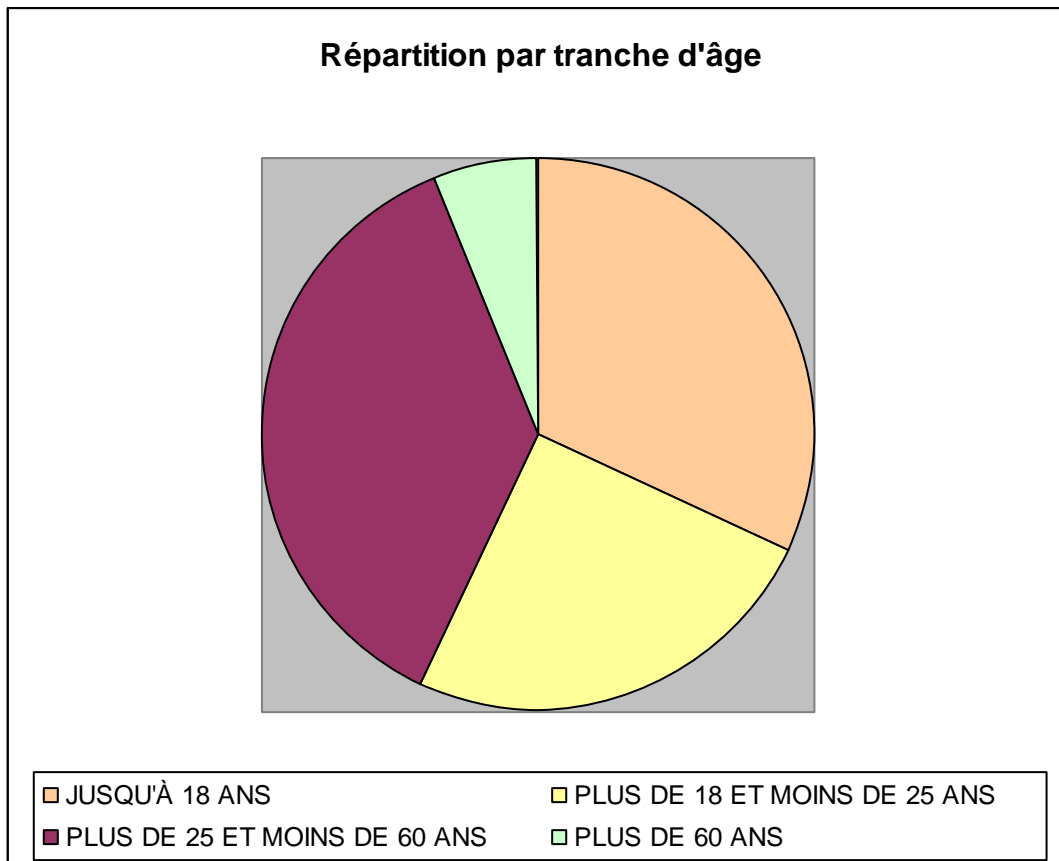
$$C_c = 75 - 9 = 66$$

$$P_c = C_c/Q_c = 66/1364 = \mathbf{4.83\%}$$

AGE

CYBERDEPENDANTS	JUSQU'A 18 ANS	PLUS DE 18 ET MOINS DE 25 ANS	PLUS DE 25 ET MOINS DE 60 ANS	PLUS DE 60 ANS
Hommes	20%	15%	23%	3%
Femmes	12%	10%	14%	3%
Total	32%	25%	37%	6%
Hommes/ Total	66.7%	60%	61%	50%

Age moyen = 28 ans
Sex ratio moyen = 1.7



Le plus jeune a **10 ans** et le plus âgé a **78 ans**.

CORRELATION AGE-STATUT PROFESSIONNEL

Incluant les mineurs donc sur un total de 61 personnes

	JUSQU'A 18 ANS	PLUS DE 18 ET MOINS DE 25 ANS	PLUS DE 25 ET MOINS DE 60 ANS	PLUS DE 60 ANS
CYBERDEPENDANTS	32%	25%	37%	6%
STATUT SOCIOPROFESSIONNEL MAJORITAIRE POUR CET AGE (%)	Etudiant	Etudiant (77%)	Actif (79%)	Retraité (100%)

Au total:

- **57%** des cyberdépendants ont **moins de 25 ans** et représentent en majorité une **population étudiante**.

- **37%** des cyberdépendants ont **entre 25 et 50 ans** et représentent en majorité une **population active**.

STATUT PROFESSIONNEL DES MAJEURS

	CYBERDEPENDANTS	GROUPE TEMOIN
ETUDIANT	35%	39%
ACTIF	44%	52%
CHOMEUR	17%	4%
RETRAITE	4%	4%

Au total:

- **44%** sont **actifs** contre 56% d'inactifs.
- **63%** des inactifs sont **étudiants**.
- **17%** des cyberdépendants sont au **chômage** contre **4%** dans le **groupe témoin**.

NIVEAU D'ETUDES

Le niveau d'études est à **73%** un **niveau universitaire**.

STATUT FAMILIAL

	VIT EN FAMILLE		VIT SEUL	
	CYBERDEPENDANTS	TEMOIN	CYBERDEPENDANTS	TEMOIN
Hommes	66%	72%	34%	28%
Femmes	79%	79%	21%	21%
Total	71%	75%	29%	25%

71% des cyberdépendants vivent **en famille**.

Pas de différence significative de répartition avec le groupe témoin.

DIVORCE

	CYBERDEPENDANTS	TEMOINS
DIVORCE	12.5%	6.25%

12,5% des cyberdépendants sont **divorcés** contre **6,25%** dans le groupe témoin.

DIAGNOSTIC ET DELAI DE RECONNAISSANCE

- **67%** des cyberdépendants ont déjà fait une **psychothérapie** mais le **diagnostic de cyberdépendance** était **inconnu** dans **94%** des cas.

- Le délai moyen de **reconnaissance** de la cyberdépendance est de **27** mois et peut aller jusqu'à **60** mois.

COMORBIDITE PSYCHIATRIQUE

	CYBERDEPENDANTS			TEMOINS
	HOMMES % (nombre de sujets)	FEMMES % (nombre de sujets)	TOTAL % (nombre de sujets)	TOTAL % (nombre de sujets)
Trouble Panique avec agoraphobie	3% (1)	26% (5)	13% (6)	2% (1)
Trouble Panique sans Agoraphobie	10% (3)	21% (4)	15% (7)	0
Phobie sociale	0% (0)	16% (3)	6% (3)	0
Anxiété Généralisée	28% (8)	11% (2)	21% (10)	0
Dépression	7% (2)	11% (2)	8% (4)	2% (1)
Dysthymie	24% (7)	26% (5)	25% (12)	0
Trouble Bipolaire	3% (1)	0% (0)	2% (1)	0
TOC	7% (2)	16% (3)	10% (5)	0
Manie	3% (1)	5% (1)	4% (2)	0
Anorexie/Boulimie	3% (1)	11% (2)	6% (3)	0

Au total:

- **61%** des cyberdépendants ont une **comorbidité psychiatrique**, et
- **73%** d'entre eux sont **polypathologiques**.

- **28%** présentent un **trouble panique** (en majorité des femmes).

- **21%** une **anxiété généralisée** (en majorité des hommes).

- **25%** une **dysthymie** (parité homme-femme).

A noter par ailleurs que **tous les autres troubles psychiatriques sont significativement plus élevés que dans le groupe témoin.**

La phobie sociale est quasi exclusivement féminine.

DEPENDANCES CROISEES

		CYBERDEPENDANTS			TEMOINS
		HOMMES % (nombre de sujets)	FEMMES % (nombre de sujets)	TOTAL % (nombre de sujets)	TOTAL %
Tabac		31% (9)	26% (5)	29% (14)	25%
Alcool	Dépendance			0	0
	Abus	10% (3)	5% (1)	8% (4)	0
Cannabis	Dépendance	3% (1)	5% (1)	2% (1)	2%
	Abus	0	11% (2)	4% (2)	0%
Achats compulsifs		17% (5)	37% (7)	25% (12)	4%
Jeu compulsif				0.5%	0
Toxicomanie (cocaïne)		0	5% (1)	2% (1)	0

Tabac : autres chiffres

66% des dépendants tabagiques ont une **dépendance forte à très forte**,

contre **16%** du groupe témoin.

UTILISATION D'INTERNET

TEMPS DE CONNEXION

Rapport entre la **durée de connexion à Internet** et le **temps de travail sur ordinateur**

CYBERDEPENDANTS		
TEMPS DE CONNEXION SUR INTERNET H/J	TOTAL %	TEMPS DE TRAVAIL MOYEN SUR ORDINATEUR H/J
MOINS DE 4H/J	29%	1
ENTRE 4 ET 8H/J	56%	3
PLUS QUE 8H/J	15%	6

Au total :

- Les cyberdépendants passent en moyenne **deux fois plus de temps sur Internet que leur travail ne l'exige.**

- La moitié d'entre eux passe en moyenne **42h sur Internet par semaine.**

TEMPS DE DECONNEXION

- **36%** n'a pu passer **un jour sans connexion depuis 6 mois.**

- **81%** ne peut passer plus de **trois jours sans connexion.**

ACTIVITES SUR INTERNET

QUE PREFEREZ-VOUS DANS INTERNET?

	MACHINE	COMMUNICATION Vitesse, disponibilité constante	CONTENU Accès aux informations
HOMMES%	17%	21%	62%
FEMMES %	0	53%	47%
TOTAL %	10%	33%	56%

QUE PREFEREZ-VOUS AVEC INTERNET?

	CONTACT AVEC UNE PERSONNE CHOISIE	CHATS ET FORUMS DE DISCUSSION	RENCONTRES NON VIRTUELLES
HOMMES%	66%	21%	14%
FEMMES %	42%	47%	5%
TOTAL %	56%	31%	10%

Jeux vidéo

- **17%** des cyberdépendants sont **accros aux jeux vidéo**.
- **85%** des joueurs sont des **hommes de 18 à 22 ans**.
- La durée moyenne de jeu est de **4h/jour**.
- **50%** d'entre eux a une **comorbidité psychiatrique**.

Vidéos

- **74%** des femmes regardent au moins **une fois par semaine des vidéos** sur Internet contre 66% des hommes.

Achats

- **47%** des femmes y **fait ses courses au moins une fois par semaine** contre 34% des hommes.

Autres chiffres

- Les hommes passent en moyenne **52 min de communication de téléphone portable** par jour contre 40 minutes pour les femmes.

CJ DISCUSSION

1. Points forts et limites de l'étude

L'échantillon de 1571 patients interrogés est à considérer comme un échantillon assez représentatif de la population: du fait de l'incitation par la loi à consulter un médecin traitant pour toute pathologie avant de consulter un spécialiste, le cabinet du médecin traitant représente un formidable échantillon de population de tout âge et de tout milieu socioculturel.

Le biais est qu'il ne prend pas en compte les personnes qui sont rarement, voire jamais malades, ceux qui ne consultent que dans des circonstances exceptionnelles, et ceux qui vont consulter directement certains spécialistes.

Par ailleurs l'âge, le sexe, la personnalité et le niveau socioculturel des patients dépendent beaucoup de ceux du médecin (les patients étant généralement à son image) et de la localisation géographique du cabinet.

Il existe ainsi intrinsèquement un biais de sélection de l'échantillon en rapport avec le médecin et le lieu du cabinet médical lui-même qui atténue légèrement la pertinence des résultats.

Dans ces circonstances, le fonctionnement exclusif en auto questionnaire a eu pour point fort de favoriser :

- une réponse dans l'intimité, à l'abri du secret médical,
- le caractère anonyme,
- la facilité d'accès avec un côté ludique pendant l'attente,
- une disposition d'esprit pour répondre, le questionnaire pouvant être rendu plus tard,

limitant ainsi au maximum les faux négatifs.

Cependant, ce fonctionnement implique plusieurs biais de sélection:

- certains questionnaires ne sont pas rendus tandis que d'autres sont défectueux ou inexploitable,
- le caractère anonyme et ludique lui-même peut faciliter une exagération des réponses positives et donc favoriser les faux positifs,
- les questions peuvent être mal comprises,
- ceux qui ne lisent pas le français et les mal voyants ne peuvent pas répondre.

Enfin, l'échantillon de 48 cyberdépendants retenu pour notre étude est minime compte tenu du nombre d'internautes en Ile-de-France (nous ne disposons pas de chiffres exacts à ce jour pour l'Ile-de-France mais nous savons qu'il y a 32 millions d'internautes actifs en France en 2008), région qui, de par sa densité et son activité diffère de toute façon des autres régions de France.

Il faut donc interpréter les résultats avec précaution et espérer que d'autres études incluant un échantillon plus grand et plus homogène voient rapidement le jour afin d'obtenir des chiffres plus précis.

Bien que ces limites soient significatives, nous pouvons cependant tracer les grandes lignes de la cyberdépendance dans notre étude et tenter les comparer avec celles dont nous disposons à ce jour en France et à l'étranger.

2. Interprétation et comparaison avec les données de la littérature

a) Prévalence

La prévalence que nous avons obtenue est de 4.8%.

En France

Nous ne disposons pas de chiffre précis.

Pour **Vélea et Hautefeuille (1998)**⁴⁹ (Hôpital Marmottan) elle est estimée **entre 1 et 2%**. Toutefois, en extrayant quelques chiffres du rapport d'activité 2006 de l'hôpital Marmottan⁴⁶, nous constatons que: en 2006, l'hôpital Marmottan a reçu 1554 patients, dont 53 patients pour les consultations à type de cyberaddiction dont les motifs sont les jeux vidéos online (avec une majorité de jeunes de 8 à 20 ans jouant à World of Warcraft) et le cybersexe (uniquement composé d'hommes de 30 à 36 ans), ce qui représente environ **3.4%** des patients **traités** au centre Marmottan.

Nous pouvons tenter d'expliquer cette différence significative par 2 raisons majeures:

-Biais de sélection :

Les patients qui viennent consulter à l'hôpital Marmottan sont déjà des patients qui ont conscience de leur trouble, et qui se sentent handicapés au point d'être demandeurs de consultation, et le cas échéant de thérapie. Ceux qui viennent spontanément (ou pressés par le conjoint ou le parent) pousser la porte du psychiatre pour ce motif sont généralement déjà à un stade très avancé de dépendance, avec un retentissement affectif ou socioprofessionnel important.

Or, dans notre étude 43% des malades n'ont jamais vu un psychiatre de leur vie.

C'est-à-dire que 43% d'entre eux ont un retentissement de dépendance qui semble encore acceptable, car ils n'ont pas été amenés à consulter.

-Par ailleurs, même parmi ceux qui ont déjà fait une psychothérapie (67%), 94% d'entre eux ne se savaient pas cyberdépendants. De plus, le délai de reconnaissance moyen de la cyberdépendance est long (de 27 mois jusqu'à 5 ans).

Cette maladie est donc en réalité méconnue par le patient lui-même qui n'a pas conscience de ses troubles pendant une longue période, et de plus, largement sous évaluée en ville par le corps médical.

Ainsi, il est très probable que l'estimation donnée par l'hôpital Marmottan soit inférieure à la réalité.

Pour Jean Charles Nayebi (2007)³¹, elle serait plutôt de l'ordre de 6%.

Ce chiffre donné lors d'une conversation téléphonique en janvier 2009 n'est toutefois qu'une estimation, qui se base notamment sur les études Nord Américaines.

Aux Etats-Unis

La prévalence que retiennent **Dr Young (1996)⁵¹ et Dr Greenfield (1999)¹⁸** est d'environ **6%**. Les études plus récentes (Aboujaoude, 2006)¹ tendent à montrer qu'aujourd'hui elle est plus de l'ordre **de 10 à 14%**.

Il faut relever qu'il existe presque 10 ans d'intervalle entre la première et les dernières études: Internet a considérablement évolué et son accès a été nettement facilité depuis.

Par ailleurs, le temps d'exposition à Internet étant plus important, il n'est pas anormal de considérer que la prévalence a pu doubler en 10 ans.

Il faut toutefois relever que les questionnaires et le mode de recrutement ont été différents pour chacune des études.

Pour notre étude prenons comme point de référence celle de Dr Young:

Cette différence de prévalence est d'autant plus significative que la méthodologie entre les deux études a été sensiblement différente: Dr Young a utilisé le questionnaire indifféremment en auto questionnaire et en hétéro questionnaire alors que nous n'avons réalisé que des auto questionnaires.

Du fait qu'il existe un déni important pour cette affection socialement acceptée, majoré par la peur d'être jugé par le médecin qui pose les questions, il est très probable que la prévalence eût été encore plus importante si l'ensemble de l'étude de Dr Young avait été réalisé en auto questionnaires.

Une telle différence peut s'expliquer :

- par un **biais de dépistage** évident: le Dr Young a proposé le questionnaire à des **volontaires** (donc déjà intéressés par le sujet) et dont l'échantillon de 396 personnes contenait 8% de professionnels du milieu informatique, 61% de femmes, d'étudiants et d'écoliers. Il n'était donc **pas représentatif** de la population générale.

- par une **différence culturelle vraie**; d'une façon générale, il existe une résistance au changement plus importante dans la culture française que dans la culture américaine. Les nouvelles technologies mettant plus de temps à s'implanter en Europe, l'émergence des dépendances liées à ces technologies est ainsi retardée mais aussi moins marquée qu'aux Etats-Unis.

b) Carte d'identité du cyberdépendant

Age et sexe

L'âge moyen du cyberdépendant est de 28 ans, en majorité des hommes (environ 2/3).

C'est l'âge auquel les nouvelles technologies sont en général le mieux maîtrisées.

57% des cyberdépendants a moins de 25 ans.

Il faut relever de plus que 32 % a moins de 18 ans: ce chiffre est comparable à celui de la classe des 25-60 ans, chiffre le plus élevé de toutes les tranches d'âge chez les majeurs!

De plus, une étude INSEE (Mai 2006)²² révèle que les français de 20-50 ans sont ceux qui utilisent le plus Internet avec 58% contre 46% des moins de 18 ans: **il y a donc proportionnellement plus de cyberdépendants chez les mineurs que chez les 25-50 ans.**

Cela semble plausible du fait d'une certaine difficulté à leur âge, à se fixer des limites.

Nous voyons aussi que toutes les tranches d'âge sont touchées: dans notre étude nous avons eu des questionnaires positifs dès l'âge de 10 ans et jusqu'à 78 ans!

L'enfant de 10 ans se considérait déjà comme accro aux jeux vidéo, ce que sa mère nous a confirmé.

Pour le plus âgé, il s'agissait d'un homme veuf, vivant seul dans sa maison en Bretagne et dont les enfants vivant à l'étranger lui avaient appris sur le tard comment se servir d'Internet afin de pouvoir communiquer à distance avec eux par e-mails et web cam. Pris dans l'engrenage, il s'était débrouillé pour télécharger tout seul tous les jours quantité de musiques d'époque et de la musique classique passant par la suite des heures à répertorier, filtrer et classer le tout dans son disque dur. La première chose qu'il faisait le matin en ouvrant les yeux était d'allumer son ordinateur et il ne parvenait pas à se coucher le soir avant de vérifier de nombreuses fois si tout était bien classé et ordonné dans son disque dur. Internet était devenu le support d'expression (ou de décompensation?) de son Trouble Obsessionnel Compulsif.

La plupart des études Nord-Américaines (Young⁵¹, Greenfield¹⁸, Black et *al.*⁹) rapporte un âge moyen de 30 à 35 ans. L'âge le plus jeune a été retrouvé chez Greenfield à 8 ans.

Mais tous s'accordent à dire qu'il n'y a pas **un** âge pour être cyberdépendant.

Enfin, la proportion de 2/3 d'hommes se retrouve chez Greenfield¹⁸ (71% d'hommes) mais pas chez Young⁵¹ (parité homme-femme).

Statut professionnel et corrélation avec l'âge

Dans notre étude :

1/4 des cyberdépendants a entre 18 et 25 ans et représente en majorité une population étudiante.

1/3 des cyberdépendants a entre 25 et 60 ans et représente en majorité une population active.

La population étudiante majeure est donc moins touchée que la population active et la population étudiante mineure.

Comment expliquer que la population étudiante majeure soit le moins touchée?

Par rapport à la population active, ces derniers sont pour l'instant moins amenés à utiliser l'ordinateur dans le cadre de leurs études supérieures que dans un contexte professionnel. Or, nous avons vu que le travail sur Internet est un facteur favorisant de développer une cyberdépendance.

Enfin, par rapport aux étudiants mineurs, les étudiants majeurs ont aussi plus de maîtrise d'eux-mêmes et donc plus de facilité à se fixer des limites.

En effet, pour certains mineurs, l'adolescence est une période difficile durant laquelle de nombreuses questions identitaires se posent. On peut avoir une mauvaise image de soi ou être mal à l'aise socialement. Internet permet alors de fuir les difficultés de la vie quotidienne.

Néanmoins, être étudiant aujourd'hui reste toujours facteur de risque d'addiction à Internet: **dans notre étude, la majorité des inactifs est étudiante (63%)**. Young et Rodgers (1998)⁵³ retrouvent 68 % d'étudiants dans le groupe d'inactifs et Greenfield (1999)¹⁸ le confirme.

Enfin, les inactifs sont plus touchés (56%) que les actifs (44%).

Young⁵¹, et Greenfield¹⁸ décrivent le contraire.

Taux de chômage

Le taux de chômage est significativement plus élevé que dans le groupe témoin:

Nous savons que le temps libre et l'ennui sont des facteurs favorisant la connexion à Internet (Rochon, 2004)³⁸.

La question serait de savoir dans quelle mesure le chômage est une cause de cyberaddiction ou la cyberaddiction une cause de chômage.

Niveau socioculturel

Cette dépendance atteint particulièrement les personnes à niveau socioculturel élevé: 73% des cyberdépendants ont fait des études au moins jusqu'à l'université.

En France, l'étude INSEE (2006)²² révèle que les diplômés supérieurs utilisent quatre fois plus Internet que les non-diplômés. Il n'est donc pas surprenant de voir un taux de cyberdépendance plus élevé dans cette catégorie.

Nous retrouvons cette idée aussi dans l'étude de Greenfield (1999)¹⁸ où 87% ont atteint le niveau "College" (c'est-à-dire l'équivalent d'une maîtrise ou d'un diplôme d'école en France) et chez Black et *al.* (1999)⁹.

Statut familial

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le cyberdépendant n'est pas une personne solitaire cloîtrée dans sa chambre: **la cyberdépendance touche en majorité les foyers puisque 71% d'entre eux vivent en famille.**

Cette même proportion se retrouve dans le groupe témoin.

Cela va bien dans le sens d'un comportement socialement acceptable.

Davis (2001)¹³ et Caplan (2002)¹¹ décrivent au contraire que l'isolement social est un facteur important de cyberdépendance.

Cependant, il y a eu deux fois plus de divorces chez les cyberdépendants que dans le groupe témoin: là encore il y a lieu de se demander si le divorce est une cause ou un effet de la cyberdépendance, ou les deux.

Nous ne disposons pas à ce jour de point de comparaison avec les données de la littérature sur ce sujet. Toutes les études mentionnent cependant qu'un grand nombre mariages aboutissent à une rupture ou un divorce après découverte d'une relation extraconjugale (liée à Internet) ou cyber sexuelle.

c) Comorbidité psychiatrique

La majorité des cyberdépendants présente plusieurs pathologies psychiatriques associées à leur dépendance: 61% des cyberdépendants ont une comorbidité psychiatrique et **73% d'entre eux sont polypathologiques**. La plupart des pathologies retrouvées est significativement plus élevée que dans le groupe témoin avec pour les plus importantes :

- Trouble panique 28%
- Dysthymie 25%
- Anxiété généralisée 21%
- TOC 10%
- Dépression 8%
- Phobie sociale 6%
- Anorexie boulimie 6%

Le trouble panique est nettement plus marqué chez les femmes, tandis que l'anxiété généralisée est nettement plus marquée chez les hommes.

Il y a parité homme-femme pour la dysthymie.

La phobie sociale atteint quasi exclusivement féminine.

Comparaison avec les données de la littérature :

	Notre étude (2009) Sur 48 patients	Black et <i>al.</i> (1999) Sur 21 patients	Shapira et <i>al.</i> (2000) Sur 20 patients
- Trouble panique	28%		10%
- Dysthymie	25%	24%	70%
- Anxiété généralisée * trouble anxieux	21%	19%	10%
- TOC	10%		15%
- Dépression	8%		10%
- Phobie sociale	6%		40%
- Anorexie boulimie	6%	10%	5%

Chacune des études a été réalisée sur un échantillon faible.

Néanmoins, il ressort de ces trois études une certaine cohérence.

Les résultats obtenus dans notre étude:

- retrouvent les mêmes pathologies mentales associées que dans chacune des deux autres études,
- sont identiques à ceux de Black et *al.* (1999)⁹ dans leurs proportions.

Concernant la dépression:

Young et Rogers (1998)⁵³ retrouvent aussi sur 259 patients des scores plus élevés que dans la population normale.

Par ailleurs :

- Pour Black et *al.* (1999)⁹, les émotions déclenchant le plus souvent l'envie de se connecter sont la tristesse et la dépression (38 %), ainsi que la frustration (24 %).

La dépression est donc une cause potentielle de cyberdépendance.

- Toutefois, nous disposons d'une étude réalisée en Pennsylvanie par R. Kraut et *al.*(1998)²⁴ sur 169 personnes (appartenant à quatre écoles et communautés de Pittsburgh), qui a montré **qu'une heure d'utilisation d'Internet par semaine augmente en moyenne de 1% le potentiel de dépression de l'internaute et réduit de 2,7 personnes le cercle moyen des connaissances (établi à 66 personnes).**

C'est ce qu'ils appellent "le paradoxe Internet": **alors qu'Internet est censé être un outil de communication et ayant des effets positifs, il s'avère au contraire qu'il a des conséquences néfastes sur l'humeur et la sociabilité de la personne.**

d) Dépendances croisées

Interprétation et comparaison avec les données de la littérature :

		Notre étude		Black et <i>al.</i> (1999)	Shapira et <i>al.</i> (2000)	
		Cyberdépendants	Témoins			
Tabac		29 % (14)	25%			
Alcool	Dépendance	0	0	14%	10%	
	Abus	8% (4)	0			
Cannabis	Dépendance	2% (1)	2%			
	Abus	4% (2)	0			
Toxicomanie (Cocaïne)		2% (1)	0			
Achats compulsifs		25% (12)	4%	19%		
Jeu compulsif		0.5%	0	10%	5%	

Tabac

La dépendance au tabac est identique à celle du groupe témoin

Dans la qualité de cette dépendance, il existe toutefois une différence significative: **la dépendance au tabac est nettement plus forte dans le groupe des cyberdépendants (avec 66% de dépendance forte à très forte) que dans le groupe témoin (16%).**

Alcool et drogues

L'abus d'alcool et de cannabis est plus élevé chez le cyberdépendant que dans le groupe témoin. Les chiffres sont comparables à ceux de Black et *al.*⁹

Achat compulsif

Il y a plus d'acheteurs compulsifs chez les cyberdépendants, en majorité des femmes.

Ce chiffre est comparable à celui de Black et *al.*⁹

Jeu Compulsif

Nous n'avons pas eu de joueurs compulsifs dans notre étude seulement quelques patients portés sur le jeu.

Il est intéressant de relever que Black et *al.* (1999)⁹ ainsi que Shapira et *al.* (2003)⁴¹ ont des taux de joueurs compulsifs plus élevés que dans la population normale mais relativement bas tout de même: pour eux comme pour nous, le jeu compulsif arrive bien derrière les pharmacodépendances et les achats compulsifs.

Dès lors, si les troubles de la cyberdépendance sont très proches de ceux du joueur pathologique, pourquoi ne trouve-t-on pas une plus grande proportion de joueurs pathologiques chez les cyberdépendants?

Si ces deux pathologies sont voisines du point de vue de leurs mécanismes, nous devrions théoriquement avoir un taux significativement élevé de joueurs compulsifs.

La question se pose alors de savoir si la cyberdépendance ne s'apparente pas plus, du point de vue des mécanismes, à l'achat compulsif qu'au jeu compulsif.

N'y a-t-il pas de notion de pouvoir et de maîtrise dans la cyberdépendance que l'on retrouve dans l'achat compulsif?

e) Utilisation d'Internet

Temps de connexion

La moitié des cyberdépendants est connectée entre 4 et 8 heures par jour sur Internet soit environ 42 heures par semaine.

Mais la dépendance n'est pas forcément en rapport avec une certaine durée de connexion, puisque 29% d'entre eux ne se connectent qu'entre 1 et 4 heures par jour.

Il est cependant significatif, quelque soit la durée de connexion, **que le cyberdépendant ayant une activité professionnelle passe environ deux fois plus de temps sur Internet que le temps de connexion exigé par son travail.**

Pour Young (1996)⁵¹, les cyberdépendants passent environ 39h/semaine sur la toile.

Pour Sherer (1997)⁴³, le meilleur signal d'alerte de dépendance est le fait de passer deux fois plus de temps en ligne qu'un non dépendant.

Il faut souligner que ces deux études ne distinguent pas le temps passé sur Internet pour des raisons professionnelles et le temps passé pour des raisons personnelles.

Dès lors, rapporter la dépendance à une durée de connexion est non significatif.

Ainsi, pour Costa et al. (2000)¹², le nombre d'heures passées quotidiennement sur Internet ne donne que peu d'indications sur le degré de dépendance.

En revanche, dans notre étude, il semble que **quelle que soit la durée de connexion, le fait de se connecter deux fois plus longtemps que son travail ne l'exige est un indicateur de cette dépendance. En outre, plus le cyberdépendant passe de temps de connexion pour son travail, plus il en passera pour lui-même.**

Temps de déconnexion

Un tiers des cyberdépendants n'a pu passer un jour sans connexion depuis 6 mois. **La grande majorité** n'a pu rester plus de 3 jours sans connexion depuis 6 mois.

Ainsi, le temps de déconnexion, semble, comme le temps de connexion, ne pas être un indicateur de grande valeur au sujet de la cyberdépendance, puisque près des 2/3 des dépendants peuvent se décrocher d'Internet au moins une journée voire plus.

f) Activités sur Internet

Surf et communication

Les hommes et les femmes sont portés sur l'accès aux informations (surf), et les contacts avec une personne choisie (chat, e-mails).

Les femmes recherchent en plus l'échange, notamment au travers des forums de discussion.

Mais attention, cela ne veut pas dire que les femmes sont plus dépendantes à la communication que les hommes: ces derniers passent en effet plus de temps sur leur téléphone portable que les femmes!

Ainsi les femmes sont plus accros à la cybercommunication que les hommes.

Elles préfèrent l'échange virtuel à l'échange réel.

Ceci est d'autant plus intéressant que la phobie sociale concerne surtout les femmes dans notre étude.

Achats

Parmi les cyberdépendants, 47% des femmes fait ses courses sur le net au moins une fois par semaine pour 34% des hommes.

Un résultat aussi élevé (près de la moitié pour les femmes et plus d'un tiers pour les hommes) peut s'expliquer par la proportion plus importante d'acheteurs compulsifs parmi les *cyber-addicts* (et encore plus chez les femmes) que parmi la population classique.

Jeux Vidéo

Cette activité touche surtout les adolescents et jeunes adultes puisque 85% des dépendants aux jeux vidéo sont des hommes de 18 à 22 ans.

17% des cyberdépendants y sont accros (pour Young⁵¹ ils sont 28%) et y jouent environ 4 heures par jour.

Cette dépendance est moins associée à une maladie mentale que toutes les autres.

CONCLUSION

La cyberdépendance, qui touche désormais plus de 300 000 personnes en France, est un fait de société en passe de devenir un véritable problème de santé publique. Et l'épidémie n'en est probablement qu'à ses débuts, car Internet se développe de façon fulgurante.

Même si elle est encore contestée sur sa définition, son retentissement, lui, est bien réel: il concerne tous les secteurs de la vie, personnel, professionnel, socio-économique, et affectif. La nouveauté de cette dépendance est d'atteindre tous les âges et toutes les couches de population.

Sa spécificité est de permettre l'expression, et souvent l'aggravation de troubles latents, mêlant de ce fait dépendances comportementales et pharmacodépendances.

Elle rend ainsi difficile l'élaboration d'une thérapeutique standardisée, et nécessite la plupart du temps plusieurs traitements au long cours.

A l'heure actuelle, le seul moyen efficace dont nous disposons pour lutter contre la cyberdépendance reste la prévention.

Face à cet état de fait, la population doit être mieux informée, et le corps médical mieux formé, car ce trouble est encore largement sous diagnostiqué.

La population doit être sensibilisée aux effets potentiellement nocifs d'Internet, ainsi que sur les mesures simples à prendre pour s'en préserver: par l'éducation à l'école, et par des campagnes publicitaires d'information.

Les médecins généralistes, en première ligne, doivent pouvoir établir un diagnostic précoce, particulièrement chez les sujets à risque, en proposant systématiquement un questionnaire aux plus fragiles, au même titre que pour le tabac et l'alcool.

Enfin, l'universalité du phénomène soulève plusieurs questions: quel facteur a pu en favoriser l'émergence de façon aussi retentissante, serait-ce lié à une perte de repères, voire à un effondrement des valeurs? Pourquoi, au delà d'Internet, la "religion" du virtuel rencontre-t-elle autant de succès? Serait-ce la manifestation d'un besoin impérieux de combler un vide, dans une recherche éperdue de sens?

Une liberté totale asservit. Et Internet, de par sa nature, s'inscrit au cœur de ce paradoxe.

Nos sociétés modernes ont désormais un défi de taille à relever : savoir canaliser cet outil pour en faire un tremplin vers l'apprentissage de la véritable liberté.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOUJAOUDE E. *Internet addiction: too much of a good thing?*
Stanford University News. [En ligne] Mis à jour le 18/10/2006 [Consulté le 4 Janvier 2009]
Disponible sur:
<http://news-service.stanford.edu/news/2006/october18/med-internet-101806.html>
2. ADES J., LEJOYEUX M., ROMO L. *Addiction à l'Internet*.
Elsevier Masson Consulte Psychiatrie: Elsevier Masson, 2003; 37-396-A-27.
3. ADES J., LEJOYEUX M. *Les "dépendances comportementales": achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie*.
Elsevier Masson Consulte Psychiatrie: Elsevier Masson, 1999; 37-396-A-20.
4. Agence Française pour le Jeu Vidéo (AFJV) [En ligne] *La cyberdépendance, état des lieux et propositions*.
AFJV. Rapport de Mme Arlette Grosskost et de M. Paul Jeanneteau, Députés Assemblée Nationale, 2008
[Consulté le 7 Avril 2009] Disponible sur:
http://www.afjv.com/press0811/081121_rapport_cyberdependance.htm
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, traduit de l'anglais par J.D.Guelfi *et al.* DSM IV: *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
Paris: Masson, 1996, 1008 p., 4e éd. version internationale. Avec les codes CIM-10, 1996
6. BARMAN J.D. *Dépendances, tous accros?*
Paris: Saint Augustin, 2008; 174 p.
7. BEARD K. W., WOLF E.M. *Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction*.
Cyberpsychology and Behavior, 2001; 4: 377-383.
8. BERGERET J. *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*
Paris: Dunod, 1981.
9. BLACK D.W., BELSARE G., SCHLOSSER S. *Clinical features, psychiatric comorbidity and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior*.
Journal of Clinical Psychiatry, 1999; 60, 839-844.
10. BRENNER V. *An initial report on the on-line assessment of Internet addiction*.
The first 30 days of the Internet usage survey [En ligne] 1996 [Consulté le 10 Décembre 2008]
Disponible sur <http://www.ccsnet.com/prep/pap/pap8b/638b012p.txt>
11. CAPLAN S.E. *Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument*.
Computers in Human Behavior, 2002; 18, 553-575.
12. COSTA P., LAYANI G., ALEXANDRE L. *La cyberdépendance, drogue high-tech?*
Medcost, 2000.
13. DAVIS R.A. *A cognitive-behavioral model of pathological Internet use*.
Computers in Human Communication, 2001; 17, 187-195.

14. FENICHEL O. avant-propos M. Fain, traduit de l'anglais par M. Fain *et al.* *La théorie psychanalytique des névroses. Tome 1 : Introduction. Le développement mental. Les névroses traumatiques et les psychonévroses.* Traduit de l'anglais *The psychoanalytic theory of neurosis* (1945) Paris: Bibliothèque de psychanalyse, 1979 (3e éd.); 392 p.
15. GARNEAU J. *Les recherches sur la cyberdépendance.*
Complément de l'article « La cyberdépendance : mythe ou réalité? »
La lettre du psy 1999 volume 3, n°10 [En ligne] 1999 [Consulté le 10 Janvier 2009].
Disponible sur <http://www.redpsy.com/infopsy/cyberdependance.html>
16. GAUTIER J. *L'étude sur l'addiction à Internet.*
Accroweb [En ligne] 2005 [Consulté le 17 Mars 2009]
Disponible sur <http://j.gautier.free.fr>
17. GOODMAN A. *Addiction definition and implications.*
British Journal of Addiction 1990; 85: 1403-1408.
18. GREENFIELD D. *Virtual Addiction: sometimes new technology can create new problems.*
[En ligne] 2005 [Consulté le 21 Décembre 2009].
Disponible sur <http://www.virtual-addiction.com>
19. GRIFFITHS M. *Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence.*
Paper presented at the 105th annual meeting of the American Psychological Association. Chicago, 1997.
20. GRIFFITHS M., DANCASTER I. *The effect of type. A personality on physiological arousal while playing computer games.*
Addictive behaviour, 1995; 20, 543-548.
21. GROHOL J. M. *Internet Addiction Guide* [En ligne] 1999 . Mis à jour le 16 Avril 2005
[Consulté le 12 Fév. 2009] Disponible sur <http://www.psychcentral.com/netaddiction/>
22. Institut National de la Statique et des Etudes Economiques (INSEE) *Internet au quotidien : Un français sur quatre.*
INSEE [En ligne] 2006 [Consulté le 05 Mars 2009].
Disponible sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1076.pdf
23. KO C.H., YEN J.Y., YEN C.F., et al. *The comorbid psychiatric symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility.*
Journal of Adolescent Health, 2005; 41, 1: 93-98.
24. KRAUT R., PATTERSON M., LUNDMARK V., et al. *Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being?*
American Psychologist 1998; 53, 9: 1017-1031.
25. Le Journal du Net. *Les chiffres clés, nombre et répartition des internautes dans le monde.* [En ligne] Mis à jour le 19/10/2009 [consulté le 12 Décembre 2009]. Disponible sur:
http://www.journaldunet.com/cc/01_internautes/inter_nbr_mde.shtml
26. LEJOYEUX M., FEUCHE N., LOI S., et al. *Study of impulse control disorders among women presenting nicotine dependence.*
International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2006; 10, 4: 241-246.

27. LEJOYEUX M. *Du plaisir à la dépendance*.
Paris: De la Martinière, 2007; 380p.
28. LEJOYEUX M. *Les secrets de nos comportements*.
Paris: Plon, 2009; 307p.
29. MANUILA L., MANUILA A., NICOULIN M. *Dictionnaire médical (4^{ème} édition)*
Masson, 1991; ISBN 2-225-81957-2.
30. MOHARAN-MARTIN J., SCHUMACHER P. *Incidence and correlates of pathological Internet use among college students*.
Computers in Human Behavior, 2000; 16, 13-29.
31. NAYEBI J.C. *La cyberdépendance en 60 questions*
Paris: Retz, 2007.
32. NIE N.H, ERBRING L. *Internet and society, a preliminary report*.
Stanford Institute for the Quantitative Study of Society (SIQSS) [En ligne] 2000 [Consulté le 15 Avril 2009] Disponible sur:
http://www.stanford.edu/group/siqss/Press_Release/Preliminary_Report.pdf
33. NIEMZ K., GRIFFITHS M., BANYARD P. *Prevalence of pathological internet use among university students and correlations with self-esteem, the general health questionnaire (GHQ), and disinhibition*.
Cyberpsychology and Behavior, 2005; 8, 562-570.
34. O'REILLY M. *Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon*.
Canadian Medical Association Journal, 1996; 154: 1882-1883.
35. OLIEVENSTEIN C. *La vie du toxicomane*.
Paris: Presses Universitaires de France, 1982 p.11, 26, 28, 29, 68, 108.
36. PEELE S., BRODSKY A. *Love and addiction*.
New-York: Taplinger, 1975; 284p.
37. PRATARELLI M.E., BROWNE B.L., JOHNSON K. *The bits and bytes of computer in internet addiction: a factor analytic approach*.
Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 1999; 31: 305-314.
38. ROCHON J.P. *Les accros d'Internet*.
Quebec: Libre Expression, 2004; 271p.
39. SALMANDJEE Y. *Les drogues. Tout savoir sur leurs effets, leurs risques et la législation*.
Eyrolles: Collection Eyrolles pratique, 2003.
40. SHAFFER H.J., HALL M.N, VANDER BILT J. *Computer addiction: a critical consideration*.
American Journal of Orthopsychiatry, 2000; 70, 162-16
41. SHAPIRA N.A., GOLDSMITH T.D., KECK P.E. Jr, et al. *Psychiatric features of individuals with problematic Internet use*.
Journal of affective disorders, 2000; 57, 267-272.

42. SHAPIRA N.A., LESSIG M.C., GOLDSMITH T.D. et al. *Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria*.
Depression and Anxiety, 2003; 17, 207-216.
43. SCHERER K. *College life on-line: Healthy and unhealthy Internet use*.
The Journal of College Student Development, 1997; 38, 655-665.
44. SHOTTON M. *The costs and benefits of "computer addiction"*.
Behaviour and Information Technology, 1991; 10, 3: 219-230.
45. STEIN D., BLACK D.W, SHAPIRA N.A., et al. *Hypersexual disorder and preoccupation with Internet pornography*
American Journal of Psychiatry, 2001; 158, 10: 1590-1594
46. VALLEUR M., VELEA D. *Les addictions sans drogue(s)*
Revue Toxibase, 2002; 6.
47. VALLEUR M. Centre Médical Marmottan *Rapport d'Activité 2006* [En ligne] 2006
[Consulté le 08 Septembre 2009] Disponible sur:
http://www.hopital-marmottan.fr/spip/IMG/doc/Rapport_2006.doc
48. VAUGEOIS P. *La cyberdépendance : fondements et perspectives*
Centre québécois de lutte aux dépendances [En ligne] 2006 [Consulté le 20/11/2008]
Disponible sur <http://www.cqld.ca/publications/cyberdependance.pdf>
49. VELEA D., HAUTEFEUILLE M. *La toxicomanie au Web*.
Synapse, 1998; 144: 21-28.
50. WHANG L.S.M., LEE S., CHANG G. *Internet over-users psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction*.
Cyberpsychology and Behavior 2003; 6, 143-150.
51. YOUNG K.S. *Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder*.
Paper presented at the 104th Annual Meeting of the American Psychological Association
Toronto, 1996.
52. YOUNG K.S. *Internet Addiction Test (IAT)* Center for Internet Addiction [En ligne]
1998 [Consulté le 02 Nov. 2009] Disponible sur:
http://www.netaddiction.com/resources/internet_addiction_test.html
53. YOUNG K.S., ROGERS RC. *The relationship between depression and internet addiction*.
Cyberpsychology and Behavior 1998; 1: 25-28.
54. YOUNG K.S. *Internet addictio : symptoms, evaluation, and treatment*.
Innovations in Clinical practice: a source book, 1999; 17, 19-31
55. ZUCKERMAN M. *The sensation seeking motive. Progress in experimental personality research*.
New York: Maher BA Academic Press, 1974.

ANNEXES : LA CYBERDEPENDANCE EN IMAGES...



Questionnaire de dépistage de la cyberdépendance

1. Vous sentez-vous préoccupé par Internet/jeux en ligne (en pensant à votre dernière activité sur l'ordinateur et en anticipant votre prochaine session) ?
OUI
NON
2. Eprenevez-vous le besoin de naviguer sur le Net/jouer pendant des périodes de plus en plus longues avant d'être rassasié ?
OUI
NON
3. Avez-vous tenté à plusieurs reprises et sans succès de limiter, contrôler ou arrêter votre utilisation de l'Internet /jeux ?
OUI
NON
4. Vous sentez-vous fatigué, épuisé, déprimé ou irritable lorsque vous tentez de limiter ou arrêter votre utilisation de l'Internet/jeux ?
OUI
NON
5. Restez-vous sur le Net/jeux plus longtemps que ce que vous aviez prévu au départ ?
OUI
NON
6. Avez-vous mis en danger ou risquez-vous de perdre une relation significative, un travail, une opportunité de carrière ou d'affaire à cause de l'utilisation d'Internet/jeux ?
OUI
NON
7. Avez-vous menti à votre famille, votre thérapeute ou d'autres personnes afin d'avoir plus de temps pour utiliser l'Internet/jouer ?
OUI
NON
8. Utilisez-vous Internet/jeux pour vous évader et échapper à vos problèmes ou à des émotions négatives (abandon, culpabilité, anxiété, déprime) ?
OUI
NON

Vu :
Le Président de Thèse
Faculté de Médecine Paris7
Denis Diderot
Monsieur le Professeur
Michel Lejoyeux

Vu :
Le Doyen de la faculté
Faculté de Médecine Paris7
Denis Diderot
Monsieur le Professeur
Benoit Schlemmer

Vu et Permis d'imprimer
Pour le Président de l'Université Paris 7 – Denis Diderot
Et par délégation

Le Doyen

Benoit SCHLEMMER

Résumé :

La cyberdépendance est un phénomène de santé publique aux Etats-Unis et en Asie.

En France nous n'avons que très peu de connaissances sur le sujet.

Pour connaître le portrait type des accros du net français, nous avons réalisé une étude sur 1571 patients dans deux départements d'Ile-de-France, au sein de cabinets de médecins généralistes, dépistant 48 cyberdépendants. Les critères d'addiction utilisés, ont été ceux établis par Dr Young.

Les résultats montrent que ce trouble atteint 4,8% des français, représentés par une majorité d'hommes jeunes, vivant en famille, avec un bon niveau socioculturel, et souvent polypathologiques. Le temps de connexion ou de déconnexion importe peu.

Ces caractéristiques sont comparables à celles retrouvées Outre-Atlantique, malgré le faible échantillon étudié, et les différences culturelles.

Toutefois, il semble que dans notre étude, cette addiction touche une population plutôt inactive, qu'elle soit étudiante, au chômage ou retraitée. Les actifs, eux, ont un temps de connexion à Internet deux fois plus important que celui nécessaire à leur travail.

La cyberdépendance est la plupart du temps méconnue par patient lui-même, et largement sous diagnostiquée tant par les médecins généralistes que les psychiatres.

La formation et l'information en constituent les axes de prévention majeurs.

MOTS CLES : Internet, Cyberdépendance, dépendance comportementale, polyaddictions, médecine générale, étude transversale, Ile-de-France, prévention.