LA CYBERDÉPENDANCE

ÉTAT DES CONNAISSANCES, MANIFESTATIONS ET PISTES D'INTERVENTION

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances

Rédaction

Louise Nadeau, Ph. D.,
Directrice scientifique du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal

Didier Acier, Ph. D.,
Psychologue clinicien, Maître de conférences, Université de Nantes

Laurence Kern, Ph. D.,
Maître de conférences, Université Paris Ouest Nanterre la Défense

Carole-Line Nadeau, M.A.,
Conseillère aux communications,
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Collaboration à la rédaction

Pascale Audrey Moriconi,
Candidate au doctorat en psychologie, Université de Montréal

Collaboration à la recherche

Carole-Line Nadeau,
Conseillère aux communications,
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Mathieu Goyette,
Candidat au doctorat en psychologie, Université de Montréal

Soutien à la rédaction

Magali Dufour,
Professeure agrégée, Service de toxicomanie, Université de Sherbrooke

Sylvie R. Gagnon,
Clinicienne – chercheur,
Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin

Michel Landry,
Conseiller à la recherche,
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Révision et édition

Carole-Line Nadeau,
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Karine Bélanger,
Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT)
du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Révision linguistique, conception et montage graphique

www.agencemediapresse.com

LA CYBERDÉPENDANCE
ÉTAT DES CONNAISSANCES, MANIFESTATIONS ET PISTES D'INTERVENTION

/ Louise Nadeau / Didier Acier / Laurence Kern / Carole-Line Nadeau /

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances

AVANT-PROPOS

Cet état des connaissances se veut un texte de référence relativement à l'intervention auprès des personnes présentant des problèmes liés à l'utilisation d'Internet. Pour les besoins de ce texte, nous nommerons ce phénomène « cyberdépendance ».

L'émergence des dépendances sans substance a amené de profondes transformations dans la recherche et la pratique clinique. Si l'inclusion des jeux de hasard et d'argent est venue remettre en question le rôle clé de la substance dans le processus addictif, la grande utilisation d'Internet pousse encore plus loin la réflexion relative à une conceptualisation intégrée de la dépendance. Faut-il penser autrement le rapport à la réalité à cause de l'espace virtuel ? La création d'avatars est-elle une simple projection, qui consiste à situer dans le monde extérieur des pensées, des affects, des désirs – ou faut-il sortir du cadre des modèles actuels de la personnalité pour conceptualiser autrement ce type de relation ? En quoi est-ce pareil, ou différent, des contes de Perrault (eux-mêmes issus de la tradition folklorique du Moyen Âge), de la lecture de romans qui altèrent notre état de conscience tellement ils nous habitent pendant la lecture, ou encore de notre relation passionnelle à certains animaux, certains objets ou même certaines idées ? Ce que l'on nomme cyberdépendance nous force à revoir les idées reçues sur les addictions : l'habitude peut-elle dégénérer en nécessité (Rush, 1790/1808) ? Peut-il y avoir perte de contrôle face à un objet de dépendance ou incapacité de s'abstenir (Jellinek, 1960) ? Y a-t-il sentiment de perte de liberté intime face à Internet (Edwards & Gross, 1976 ; Fouquet, 1951) ? S'agit-il d'une vraie dépendance ou est-ce qu'on emprunte le concept aux addictions parce que c'est plus facile de penser à l'intérieur d'un cadre connu ?

Internet fait maintenant partie intégrante de nos vies sociale, éducative, culturelle – ce texte a été écrit à l'ordinateur à partir de sources qui étaient en version électronique, consultées sur la Toile tandis que les auteurs de cet état des connaissances suggèrent au lecteur des textes qui sont sur le Web. C'est un changement aussi radical dans l'histoire de l'humanité que celui des premiers dessins, puis de la peinture et de l'écriture, puis de l'imprimerie et du cinéma et enfin, de la télévision. Toutes ces techniques ont modifié les représentations que les individus se faisaient du monde, et Internet fait cela aussi. Leur introduction a, en leur temps, été accueillie avec des sentiments mitigés, et la peur a souvent fait partie de l'ambivalence face au changement. Il serait utile de retourner à l'histoire pour se rappeler la peur qu'ont engendrée l'imprimerie, au XV^{e} siècle, et le cinéma, au début du siècle dernier. Toute technique apportant autant de renforçateurs à la vie d'un individu peut aussi être perçue comme comportant un risque d'usage immodéré, qui à son tour entraîne des problèmes.

En matière d'addiction, l'idée d'une cyberdépendance pose avec encore plus d'actualité la question qui hante

la psychiatrie depuis la publication du texte de référence de Canguilhem (1943/2011) : quelle est la frontière entre le normal et le pathologique ? Canguilhem soutenait qu'il n'y a pas d'opposition nette entre le normal et le pathologique, bien qu'il y ait une différenciation quantitative et qualitative entre les deux états. Cette conceptualisation a été respectée dans ce guide parce qu'elle suggère la prudence. Nous proposons des critères et des mesures pour quantifier la cyberdépendance afin d'aider très concrètement les intervenants dans leur travail. Par ailleurs, nous suggérerons aussi aux intervenants de prêter une attention aux changements qualitatifs qui peuvent être vécus par les personnes aux prises avec une cyberdépendance parce que nous avons besoin d'entendre un autre discours et présenter un tableau clinique différent de celui des autres dépendances. En bref, ce texte pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses ; mais en revanche, le champ des dépendances n'a jamais été aussi passionnant !

Cet état des connaissances doit être lu comme un travail en évolution – un *work in progress*. Les données de recherche dans ce champ d'études n'ont pas la maturité de celles publiées dans le champ de l'alcool et des drogues, et sont aussi derrière celles portant sur les jeux de hasard et d'argent. Nous n'avons aucune donnée sur les trajectoires d'évolution dans le temps des utilisateurs d'Internet parce que nous n'avons pas encore vu vieillir nos usagers. Notre expérience clinique est également limitée en raison des faibles volumes de consultation. Il faut de plus se rappeler que la cyberdépendance n'est incluse dans aucune des deux classifications reconnues de troubles mentaux, soit celle de l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association [APA]), qui publie le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, dit DSM, et celle de l'Organisation mondiale de la santé, qui publie une *Classification internationale des maladies*, dite CIM. Concrètement, un médecin ne peut facturer pour le traitement de la cyberdépendance parce que le trouble n'a pas d'existence nosologique. Nous écrivons donc au sujet d'un trouble mental qui a un nom, qui suscite un énorme intérêt de la part des cliniciens, des chercheurs et des médias, mais qui, de fait, est encore mal documenté si on compare les travaux existants aux recherches autrement plus documentées sur l'alcool, la dépression ou les grandes pathologies mentales.

Et pourtant, les problèmes reliés à Internet n'attendent ni la recherche ni un corpus éprouvé de meilleures pratiques pour se manifester. Les clients ont déjà commencé à frapper aux portes des centres de réadaptation en dépendance (CRD), et il faut répondre au mieux de notre connaissance à la situation qui les fait souffrir et aux problèmes associés à leur utilisation d'Internet. Conséquemment, malgré une documentation scientifique peu robuste et une expérience clinique qui se construit au moment d'écrire ces lignes, les responsables de l'organisation des services sociaux ont jugé, à juste titre, qu'il faut ouvrir le dialogue sur cette question dans notre réseau de services. Le lecteur devra donc accepter les limites de cet état des connaissances, qui sont celles des données cliniques et de recherche existantes.

Cet état des connaissances a été rédigé à partir des sources suivantes :

- *Une recension des écrits* faite par Didier Acier, qui était jusqu'en 2010 chercheur au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD), et Laurence Kern, alors chercheuse invitée au même CDC-IUD. Tous deux ont rédigé un état de la question plus long et plus exhaustif que cet état des connaissances, lequel a servi de base à la rédaction du présent ouvrage. Cette recension a été mise à jour en 2010 par Mathieu Goyette, candidat au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal.

- *Deux groupes de discussion* ou *focus groups* réalisés l'un en juin 2008 et l'autre en juin 2009. Ces groupes de discussion avaient pour but de discuter des cas de cyberdépendance qui avaient été traités dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec. Ces rencontres ont réuni les mêmes intervenants à un an d'intervalle ; ceux-ci nous ont renseignés sur leurs pratiques cliniques auprès de personnes venues chercher de l'aide en raison de leur usage problématique d'Internet. Le premier groupe de discussion a été analysé par Pascale Audrey Moriconi, candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal, et le second, par Laurence Kern.

- Des cliniciens de plusieurs centres de réadaptation en dépendance participent aussi au projet de recherche sur *l'Évaluation des personnes présentant une cyberdépendance*, une étude de cas dont il sera question dans cet ouvrage. Voici donc l'ensemble des cliniciens-chercheurs qui, par leur soutien, leurs réflexions et leurs observations, ont contribué depuis 2008 à documenter cet ouvrage : Dany Bellerose, Laurent Brisson, Geneviève Cantin, Carole Couturier, Pascale Desaulniers (supervisée par Estelle Toulouse), Nancy Dionne, Kathleen Dubois, Nancy Hickey, Éric Laflamme, Ronald Lambert, Colette Leblanc, Chantal Michaud, Richard Pesant, Danielle Pinsonneault, Caroline Plouffe, Claude Ratelle, Catherine Richard, Guy-Pierre Tapp, Valérie Van Mourik et Dale Walker. Leur engagement avec les usagers, leur motivation et la qualité des échanges constituent l'essentiel de la partie clinique de cet état des connaissances.

- *Les lectures, autres travaux de recherche et commentaires* de Magali Dufour, Sylvie R. Gagnon et Michel Landry qui ont constitué, avec moi, l'équipe cyberdépendance au sein de la Direction de la mission universitaire du CDC-IUD.

Jusqu'en décembre 2009, Didier Acier a été la personne responsable, au CDC-IUD, de la recherche préalable à la rédaction de ce guide. Outre la rédaction de l'état des connaissances sur la cyberdépendance, il a organisé les deux groupes de discussion et préparé l'étude clinique en cours.

Nous avons aussi une dette de reconnaissance à l'endroit de Mathieu Goyette, assistant de recherche, de Valérie Van Mourik, clinicienne au CDC-IUD et de Marie-Anne Sergerie, psychologue et auteure d'un site sur la cyberdépendance. Nous avons préparé ensemble une formation sur la cyberdépendance; offertes à trois reprises au CDC-IUD, ces journées de formation nous ont permis de préciser notre pensée et de saisir les préoccupations des intervenants au sujet de la cyberdépendance.

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sous la forme d'un contrat de recherche accordé au CDC-IUD. Le mandat principal du contrat avait pour objet la préparation d'un état des connaissances à l'intention des intervenants du réseau pour les soutenir dans le développement d'interventions pour les personnes aux prises avec des problèmes psychosociaux liés à leur utilisation d'Internet. Les auteurs espèrent que c'est mission accomplie.

/ LOUISE NADEAU, PH. D. / PROFESSEURE TITULAIRE
/ DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
/ DIRECTRICE SCIENTIFIQUE, CENTRE DOLLARD-CORMIER – INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES

RÉSUMÉ

L'omniprésence d'Internet dans toutes les sphères de nos vies peut entraîner, chez certaines personnes, un usage problématique d'Internet ou de certaines de ses applications. Les intervenants des centres de réadaptation en dépendance rencontrent en effet des personnes qui présentent des signes de dépendance au Web. Ce phénomène, que nous nommerons ici cyberdépendance, est encore méconnu et peu documenté. À l'heure actuelle, la cyberdépendance n'a d'ailleurs pas d'existence nosologique ; aucune des deux classifications reconnues pour les troubles mentaux ne définit la cyberdépendance.

Cette monographie recense l'essentiel des travaux de recherche menés à ce jour sur la cyberdépendance, ses manifestations et les applications jugées plus à risque de créer une dépendance. Bien qu'on ne puisse parler de critères diagnostiques, cet état des connaissances s'inspire des règles reconnues dans d'autres champs de dépendance pour aider les cliniciens à reconnaître les signes d'une dépendance à Internet. Les éléments clés des travaux menés au Québec par l'équipe de rédaction sont également rapportés tout en rappelant l'importance de considérer la cyberdépendance avec un regard neuf. Les pistes d'intervention suggérées réfèrent aux approches et pratiques reconnues dans le traitement des dépendances aux substances ou aux jeux de hasard et d'argent.

Mots-clés / Cyberdépendance
/ Usage problématique d'Internet
/ Jeux vidéo en ligne

TABLE DES MATIÈRES

1. DE L'USAGE D'INTERNET À LA CYBERDÉPENDANCE / 1

1.1 LES CONDITIONS POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC / 3

2. L'UTILISATION D'INTERNET / 5

2.1 LES ASPECTS SPÉCIFIQUES DE L'UTILISATION D'INTERNET / 5

2.2 LES APPLICATIONS ASSOCIÉES / 7

2.2.1 L'univers des jeux / 8

2.2.1.1 Les jeux d'action / 9

2.2.1.2 Les jeux de rôle massivement multi-joueurs – *Massive Multiplayer Online Role-Playing Games* / 10

2.2.2 Les relations virtuelles / 12

2.3 CONCLUSION / 13

3. LE TABLEAU CLINIQUE / 15

3.1 LES SIGNES CLINIQUES COMMUNS À LA CYBERDÉPENDANCE ET AUX AUTRES DÉPENDANCES / 17

3.1.1 Les préoccupations / 18

3.1.2 Le désir persistant ou les efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation / 19

3.1.3 L'agitation ou l'irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt / 19

3.1.4 L'utilisation se prolonge plus longtemps que prévu / 19

3.1.5 La mise en danger ou la perte d'une relation affective importante, des activités professionnelles, sociales, occupationnelles ou de loisirs en raison de l'utilisation d'Internet / 20

3.1.6 La poursuite de l'utilisation malgré la connaissance de l'existence d'un problème déterminé ou exacerbé par l'utilisation / 21

3.1.7 Les mensonges à la famille, au thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes d'utilisation / 21

3.1.8 L'utilisation vise à échapper aux difficultés ou à soulager une humeur dysphorique / 21

3.2 LES ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES DE LA CYBERDÉPENDANCE / 22
3.2.1 La durée d'utilisation / 22
3.2.2 L'impact sur les relations interpersonnelles / 25
3.2.3 La valorisation grâce à un personnage virtuel / 26
3.2.4 Le rapport à la réalité / 28

3.3 CONCLUSION / 29

4. LES TROUBLES CONCOMITANTS / 30

4.1 LE PHÉNOMÈNE DE LA COMORBIDITÉ / 30

4.2 LES TROUBLES ASSOCIÉS / 31

4.3 CONCLUSION / 33

5. LES STRATÉGIES CLINIQUES / 34

5.1 L'ABSTINENCE OU LA RÉDUCTION DES MÉFAITS / 36

5.2 LES PRATIQUES RECONNUES DANS LE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES / 37

5.3 LES OUTILS PROPRES À LA CYBERDÉPENDANCE / 40

6. CONCLUSION / 41

ANNEXES / 43

ANNEXE 1. ENTREVUE D'ÉVALUATION / 43

ANNEXE 2. FICHE D'AUTO-OBSERVATION DES USAGES D'INTERNET ET DES NOUVELLES TECHNOLOGIES / 69

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES / 73

DE L'USAGE D'INTERNET À LA CYBERDÉPENDANCE

1

Le concept à l'origine d'Internet remonte aux années 1950, mais ce n'est qu'une décennie plus tard que ses premières applications se concrétiseront. D'abord développé aux États-Unis, le réseau ARPANET permet, en 1969, d'établir des communications entre des ordinateurs situés à distance et non reliés sur un même réseau. Dès lors, les connexions et les communications entre réseaux informatiques se développent et se multiplient dans le monde jusqu'à la création, au début des années 1980, du « réseau des réseaux » : Internet. Mais c'est avec l'arrivée du *World Wide Web*, au début des années 1990, qu'Internet connaît une véritable explosion. Cette application, de même que le courrier électronique, la messagerie instantanée et les récentes applications du Web 2.0 comptent aujourd'hui parmi les plus populaires. Avec Twitter, Facebook, Skype et les SMS, le quotidien d'une grande partie des habitants de la planète est transformé.

En vingt ans à peine, Internet a non seulement révolutionné le monde des télécommunications, il a aussi eu d'immenses répercussions économiques, sociales et scientifiques. Et tout permet de croire que ce vaste réseau continuera à se développer dans les années à venir. En mars 2011, on compte en Amérique du Nord plus de 272 millions d'utilisateurs d'Internet, ce qui représente un taux de desserte de 78 % par rapport à l'ensemble de la population. À la même période, le Canada compte près de 27 millions d'internautes, ce qui représente un taux de pénétration de 79,2 % (Miniwatts Marketing Group, 2011). Le Québec ne fait pas exception puisqu'en 2010, 75,4 % des adultes québécois étaient des utilisateurs réguliers d'Internet, c'est-à-dire sur une base hebdomadaire ; et à cela s'ajoutent quelque 7 % d'utilisateurs occasionnels. La proportion d'internautes réguliers atteint 92 % chez les 18-34 ans, 89 % chez les 35-44 ans et 80 % chez les 45-54 ans. Internet ne rallie pas que les jeunes puisque les dernières données indiquent que 68 % des personnes de 55 à 64 ans, et 40 % des plus de 65 ans sont aussi des utilisateurs réguliers. Que ce soit à la maison, au travail ou sur Internet mobile, les internautes réguliers passent environ 17 heures par semaine sur le Web.

Le courriel reste l'application la plus populaire puisque 81 % des internautes possèdent une adresse électronique, et que 68 % d'entre eux l'utilisent pour communiquer avec leurs proches. La recherche d'information, les achats, les transactions bancaires et l'écoute d'émissions de radio ou de télévision figurent également parmi les activités les

plus populaires sur la Toile. Trente pour cent des internautes jouent à des jeux en ligne, une proportion qui atteint 38 % chez les 18-34 ans (CEFRIO, 2010).

Une partie importante de la population fait un usage quotidien, et souvent professionnel, d'Internet. L'immense majorité de ces personnes a une utilisation pratique, agréable et sans dommage d'Internet. Seule une fraction restreinte d'utilisateurs en ferait un usage problématique. Ainsi, une enquête en population générale, menée en 2008 auprès des étudiants universitaires de Montréal, montre que, parmi les 2 139 répondants, ceux qui utilisent Internet pour jouer, incluant les jeux massivement multijoueurs, sont pour la plupart des joueurs de poker en ligne (Mihaylova, Kairouz, & Nadeau, sous presse). Cette étude a en outre permis de constater que, contrairement aux jeux de hasard et d'argent comme le poker, les jeux vidéo en ligne ne présentent pas de problème significatif chez les étudiants universitaires.

Internet offre en fait de multiples possibilités aussi bien dans les domaines du travail, de l'éducation, du loisir que de la communication. Cependant, chez certaines personnes, l'utilisation d'Internet est telle que des problèmes de santé et de fonctionnement psychosocial peuvent en découler. Ce tableau clinique comporte des similitudes avec les autres conduites addictives, comme le jeu pathologique et la dépendance aux substances, bien que le phénomène soit récent en comparaison des dépendances aux substances et aux jeux de hasard et d'argent.

Le terme « cyberdépendance » a vu le jour en 1995 avec la plaisanterie d'Ivan Goldberg, psychiatre américain. Ce dernier écrit un courriel dans lequel il propose une définition de la dépendance à Internet et recommande de s'inscrire à un groupe d'entraide. Le canular tourne mal lorsqu'il reçoit des demandes réelles de personnes présentant une véritable souffrance. Le phénomène est repris l'année suivante par Kimberley Young lors du congrès annuel de l'*American Psychological Association*. Young (1996) propose alors une liste de symptômes inspirée par les critères du jeu pathologique du DSM-IV (APA, 1994), eux-mêmes inspirés de ceux de la dépendance aux substances. Ses analyses qualitatives suggèrent des différences significatives entre un groupe de personnes utilisatrices d'Internet et un groupe de personnes « dépendantes à Internet ». Ces différences concernent la durée d'utilisation, les applications sur Internet et les difficultés qui s'ensuivent sur les plans professionnel, relationnel, financier et physique (Young, 1996). Depuis, et comme nous le verrons dans ce guide, plusieurs chercheurs et cliniciens se sont intéressés à l'utilisation potentiellement délétère d'Internet et ont mené des travaux de recherche sur le sujet. Une synthèse des recherches quantitatives sur la dépendance à Internet menées entre 1996 et 2006 a pour sa part permis de faire un bilan des connaissances à ce jour (Byun et al., 2009), suggérant du même coup des pistes de recherche à explorer.

Les termes pour décrire l'utilisation potentiellement délétère d'Internet varient d'un chercheur à l'autre, d'une étude à l'autre. Nous avons recensé au moins 11 vocables différents : la cyberdépendance, la dépendance à Internet (Gimenez,

Baldo, Horassius, & Pedinielli, 2003), *Internet addiction disorders* (troubles liés à l'addiction à Internet) ; *pathological Internet use* (utilisation pathologique d'Internet, Morahan-Martin & Schumacher, 2000) ; *problematic Internet use* (utilisation problématique d'Internet, Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla, & McElory, 2000) ; *excessive Internet use* (utilisation excessive d'Internet) et *compulsive Internet use* (utilisation compulsive d'Internet, Widyanto & Griffiths, 2006) ; *cyberspace addiction* (addiction au cyberespace), *online addiction* (addiction en ligne), *net addiction* (addiction au net), *Internet addiction* (addiction à Internet, Young, 1998), et *high Internet dependency* (grande dépendance à Internet, Davis, Flett, & Besser, 2002).

Nous avons retenu le vocable « cyberdépendance » qui semble être le choix d'autres collègues du Québec (cyberdependance.ca). Mais quel que soit le terme choisi, il faut retenir qu'il y a maintenant de nombreux cas documentés de personnes dont la vie est affectée négativement par leur utilisation d'Internet, y compris dans les centres de traitement du Québec.

1.1 LES CONDITIONS POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC

La cyberdépendance ne constitue pas un diagnostic reconnu dans la nosologie psychiatrique. Pour qu'un syndrome clinique soit reconnu comme un trouble mental dans la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association psychiatrique américaine (APA), il y a deux grandes conditions. Tout d'abord, il faut qu'un corpus de données probantes documente de manière valide et fidèle le caractère pathologique du phénomène. Par données probantes, on entend : 1) des enquêtes avec des échantillons représentatifs de la population générale utilisant des mesures dont les qualités psychométriques ont été démontrées ; 2) des études cliniques qui répondent aux critères scientifiques actuellement reconnus ; 3) des études sur l'évolution du trouble afin de pouvoir établir s'il s'agit d'une condition transitoire, limitée dans le temps, ou d'une condition dont l'évolution est progressive et s'aggrave dans le temps. Ensuite, il faut que l'OMS et l'APA, qui rédigent les deux manuels diagnostiques de référence, prennent la décision de réunir officiellement des experts afin d'établir un consensus relativement aux critères diagnostiques du syndrome à l'étude.

Parce qu'Internet est si récent, l'état actuel des connaissances en matière de cyberdépendance est tel que ces conditions ne sont pas encore réunies. Il n'y a pas consensus, à ce jour, ni dans la communauté scientifique ni chez les cliniciens, sur le nom qui servirait à désigner ce trouble, les critères diagnostiques pour le définir, le nombre de symptômes requis pour atteindre le seuil clinique et la période de référence nécessaire pour que la souffrance soit cliniquement significative. Bref, la cyberdépendance n'a pas d'existence nosologique (Goyette et Nadeau, 2008). Conséquemment, nous ne pouvons pas utiliser dans ce texte

des vocables comme trouble mental ou critère diagnostique. C'est tout simplement prématuré.

Cela dit, il y avait des alcooliques et des écrits sur l'alcool bien avant que les experts de l'OMS, au milieu des années 1950, ne s'entendent sur une définition commune de l'alcoolisme. Le médecin néerlandais qui, en 1561, a écrit sur l'étiologie et le traitement du jeu pathologique n'a pas non plus attendu de consensus pour proposer une stratégie de soins (Joostens d'Eeklo, 1541/1618). *Mutatis mutandis*, il y a présentement des personnes aux prises avec des problèmes associés à leur utilisation d'Internet, et plusieurs présentent un ensemble de signes cliniques qui sont ceux-là mêmes qui décrivent la dépendance.

Ainsi, les cliniciens nous disent que certains usagers qui consultent pour cyberdépendance éprouvent un sentiment intime de perte de liberté et sont l'objet de préoccupations intrusives relativement à leur utilisation d'Internet. En outre, ils se perçoivent comme incapables de s'abstenir d'utiliser Internet, notamment parce qu'ils ont fait des tentatives infructueuses pour réduire ou cesser leur utilisation. De plus, ils constatent des effets délétères de l'utilisation d'Internet dans plusieurs sphères de leur vie – la santé physique et mentale, le travail, l'école, ou les deux, les relations interpersonnelles. En bref, ces usagers des CRD du Québec présentent les signes caractéristiques d'une dépendance : ils ont le sentiment d'avoir perdu la liberté de ne pas utiliser Internet bien qu'ils aient souvent essayé, sans réussir, de modifier leur conduite (Edwards & Gross, 1976; Fouquet, 1951). Ils présentent un handicap significatif dans leur fonctionnement psychosocial et ressentent une souffrance jugée cliniquement significative. Devant de telles similitudes, on peut convenir que des termes comme syndrome clinique, conduite addictive, utilisation pathologique d'Internet ou cyberdépendance correspondent à leur état de santé mentale. C'est dans cet esprit – où la relation à Internet comprend d'importantes similitudes avec les autres dépendances – que le terme cyberdépendance sera utilisé dans cet état des connaissances.

L'UTILISATION D'INTERNET

\2

Cette deuxième partie présente la cyberdépendance, depuis l'apparition du terme en passant par les différentes approches du phénomène, les applications qui y sont associées jusqu'aux multiples définitions qui s'y rattachent.

2.1 LES ASPECTS SPÉCIFIQUES DE L'UTILISATION D'INTERNET

L'utilisation d'Internet comporte des aspects spécifiques qui distinguent cette activité potentiellement addictive des autres dépendances. Ces caractéristiques uniques sont fort probablement associées au risque spécifique que comportent certaines activités comme les jeux vidéo d'action et d'aventure et les relations virtuelles, que nous décrirons ultérieurement. Ainsi, outre le fait que l'internaute doit d'abord utiliser des périphériques pour percevoir l'application et son contenu (écran et sons) et interagir avec lui (clavier, souris, commandes vocales), on observe les trois caractéristiques suivantes introduites par le chercheur Al Cooper dans le cadre de ses travaux sur les dépendances sexuelles ; il définit alors Internet comme le « Triple-A Engine » pour *Anonymity, Accessibility and Affordability* (Cooper, Delmonico & Burg, 2000). Les clients qui ont consulté dans les CRD pour cyberdépendance ont validé, par leurs propos, ce qui suit.

- **L'accessibilité**. Internet est disponible 24 h sur 24 et peut être utilisé de n'importe quel point de connexion au monde disposant d'un ordinateur avec accès à Internet. Internet offre une multitude de possibilités : communiquer avec ses proches et ses collègues de travail, faire son épicerie, acheter des vêtements, faire des rencontres virtuelles, jouer au casino, à des jeux d'action et d'aventure ou consulter des contenus à caractère sexuel, etc. Ces utilisations peuvent se faire à toute heure du jour et de la nuit, et sans sortir de chez soi. C'est une spécificité importante, car des activités non virtuelles prennent habituellement place dans un cadre défini de temps et de lieu : il faut se rendre physiquement au casino pour jouer, aller à la boutique érotique ou au bar de rencontre pendant les heures d'ouverture. Sur Internet, ces contraintes changent ou disparaissent. Internet est devenu un moyen de communication significatif, notamment pour les personnes qui n'ont pas d'attachement dans la vie non virtuelle : comme nous l'ont rapporté les personnes qui ont consulté les CRD, il y a toujours quelqu'un qui est là, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit. Il n'y a pas de limite, pas de fermeture. C'est également devenu un moyen de faire des rencontres amoureuses, quelles que soient

l'orientation ou les préférences sexuelles des usagers d'Internet. En corollaire, les personnes cyberdépendantes utilisent souvent Internet une partie de la nuit, ce qui vient bouleverser tout l'horaire de leur vie, leurs rapports avec les proches et leur insertion sociale. Chez les usagers des CRD, cet usage intensif a amené des problèmes de santé aux yeux, aux mains, au dos, de l'inactivité physique et parfois, des problèmes de poids.

- **L'anonymat**. Internet permet de cacher son identité ou d'en utiliser une fausse, ce qui peut procurer un sentiment de confiance dans les interactions avec autrui ou dans le type d'applications utilisées. Cet aspect est particulièrement important chez les personnes anxieuses, réservées ou timides. Ces dernières peuvent trouver dans l'anonymat d'Internet la possibilité d'expérimenter une « autre » vie. Cet aspect est aussi important pour les applications à caractère pornographique ou sur des thèmes tabous, puisque les utilisateurs d'Internet peuvent vivre leurs fantaisies tout en demeurant incognito. Sur Internet, l'utilisateur a le sentiment d'être « invisible », à moins d'accepter de se révéler. Cet anonymat peut toutefois être levé si les personnes y consentent, et des rencontres virtuelles peuvent devenir réelles. Parmi les personnes qui ont consulté, plusieurs étaient des introvertis qui avaient peu de contacts, ou des relations difficiles avec les autres. Internet rend les contacts moins anxiogènes. Nous avons aussi vu quelques cas avec des traits narcissiques, pour qui les relations en ligne étaient l'occasion d'avoir un contrôle sur leurs relations avec les autres, de se mettre en valeur, de penser qu'ils ont un grand pouvoir, une influence considérable, d'être enfin des *Kings*.

- **Faible coût**. L'utilisation d'Internet, une fois l'abonnement payé, reste peu coûteuse, sinon gratuite. Cependant, plusieurs jeux en ligne exigent des déboursés, surtout si le joueur veut se maintenir dans la compétition. Il en est de même pour certains sites de rencontre, où des frais mensuels offrent aux abonnés un plus large éventail de possibilités. Parmi les personnes qui ont consulté, les dépenses n'étaient pas considérables. De fait, ces personnes avaient peu de revenus, et une proportion assez importante était peu instruite et vivait, même à l'âge adulte, chez leurs parents.

2.2 LES APPLICATIONS ASSOCIÉES

Dans un état des connaissances comme celui-ci, il faut obligatoirement faire des choix de contenus. Au terme des discussions que nous avons eues en équipe, nous avons fait consensus sur deux principales utilisations et applications d'Internet pouvant poser des problèmes significatifs : 1) les jeux vidéo d'action et d'aventure ; 2) les relations virtuelles, via le clavardage/*chat* ou les sites de rencontre (Chen & Chou, 1999 ; Young, 1998, 1999 ; Vachey, Magalon & Lançon, 2005). Par ailleurs, plusieurs activités impliquant l'usage d'Internet ont été exclues de ce guide :

- **Les jeux de hasard et d'argent en ligne** parce qu'Internet est un contexte pour jouer au même titre qu'aller au casino ou jouer chez soi au poker avec des amis. C'est le fait de miser de l'argent dans une situation déterminée par le hasard qui constitue la caractéristique prédominante des jeux de hasard et d'argent. Cet aspect de l'activité en ligne prend le pas sur Internet, de l'avis des auteurs. En outre, le réseau de la santé et des services sociaux propose déjà sur tout le territoire du Québec des services pour les joueurs pathologiques et les intervenants ont été spécialement formés en cette matière. À cela s'ajoutent le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*[1], élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec la Table interministérielle sur le jeu pathologique, et le guide *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance* (Desrosiers & Jacques, 2009), publié par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ)[2]. En bref, la formation et les ressources pour ces services sont déjà en place.

- **La consultation de sites à contenu érotique ou pornographique** parce qu'Internet est le moyen utilisé pour une activité motivée par des facteurs qui relèvent d'autres dimensions que celles liées à la cyberdépendance et jugées cliniquement prépondérantes. Cependant, nous constatons qu'une fraction significative des demandes de services pour cyberdépendance, chez les adultes, provient de personnes qui consultent des sites pornographiques en ligne et qui demandent des services à cause de ce qu'ils estiment être une dépendance à ces sites virtuels. Ce sera aux cliniciens d'évaluer s'il s'agit d'un problème et, si oui, s'il est lié à un trouble relevant de la sexologie (paraphilies), de la vie du couple ou de la dépendance, ou d'une interaction des trois.

[1] Ce plan d'action peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse **www.msss.gouv.qc.ca**

[2] Ce guide peut être consulté sur le site Web de l'ACRDQ, à l'adresse **www.acrdq.qc.ca/publication.php**

- **Les achats en ligne et la recherche de connaissances et d'informations** parce que ces deux applications ne se retrouvaient ni dans les publications consultées ni dans les groupes de discussion (*focus groups*) menés auprès des cliniciens.

- **Le « boursicotage » (ou *day-trading*)**, soit le comportement de ceux qui font des transactions boursières chaque jour ou dans un délai très court, achetant et vendant le même titre boursier en profitant des variations financières de la journée. La question est de savoir s'il s'agit d'un jeu de hasard et d'argent ou d'un investissement : plusieurs cliniciens considèrent qu'il s'agit d'un jeu de hasard et d'argent tandis que les économistes considèrent qu'il s'agit d'une stratégie d'investissement.

2.2.1 L'univers des jeux

Il existe de nombreux types de jeux, comme les jeux de simulation, les jeux de gestion, de réflexion ou d'action. Ces jeux sont basés sur des interactions en temps réel ; les plus utilisés sont les jeux d'action ainsi que les jeux de rôles massivement multi-joueurs, où le joueur incarne un personnage – un avatar – intégré dans une histoire et un scénario. Le prototype est *World of Warcraft* (WoW). Ces jeux comportent plusieurs aspects ludiques et renforçateurs comme des graphismes attrayants et de haute qualité, la capacité de communiquer en direct, ou les deux[3]. Ils offrent aussi toute une écologie dans laquelle le joueur peut s'investir.

Les jeux en ligne proposent, comme le suggère Maxime Coulombe (2010) dans *Le monde sans fin des jeux vidéo*, une nouvelle forme de socialisation :

> « WoW est un univers partagé. Le sujet y rencontre d'autres individus, eux-mêmes drapés d'une identité virtuelle. Naissent de ces rencontres de nouvelles formes de socialisation fondées peut-être moins sur la présence de l'autre que, précisément, sur son absence. Ces socialisations paradoxales, équivoques et parfois même fantasmatiques, se font pourtant le terreau d'une nouvelle communauté élective : la communauté des joueurs. Communauté de passion, elle prolonge l'expérience du jeu en l'extirpant du simple soliloque entre le joueur et son ordinateur. Elle donne une *réalité* à l'expérience du jeu » (p. 24).

Les jeux présentent aussi des possibilités de développement et d'apprentissage. La documentation scientifique suggère que les jeux d'action peuvent améliorer différents processus liés aux perceptions visuelles. Ainsi, Green et Bavelier (2007) ont démontré que les jeux

[3] Le lecteur qui veut en connaître davantage sur les jeux vidéo peut consulter le site de la World Cyber Games (**http://www.wcg.com/6th/main.asp**). Ce site permet de découvrir les plus récents développements en matière de jeu, de saisir, à partir de l'examen des divers commanditaires des événements, qu'il s'agit d'abord d'une industrie et non d'une bonne œuvre, et enfin, de sentir combien on renforce le sentiment d'appartenance. Cela dit, ce n'est pas le seul site Internet qui répond à ces caractéristiques.

d'action améliorent la résolution spatiale, c'est-à-dire la capacité de discerner deux structures : petites et proches. Les jeux sont utilisés dans un grand nombre de contextes thérapeutiques et médicaux : par exemple, certains jeux améliorent la tolérance des enfants qui subissent des traitements médicaux difficiles. Les jeux sont aussi utilisés dans un contexte de réadaptation physique ou de psychothérapie (Griffith, 2004). On a en effet recours à des simulations virtuelles dans le traitement des joueurs pathologiques, notamment au Laboratoire de Cyberpsychologie (w3.uqo.ca/cyberpsy) dirigé par Stéphane Bouchard du Département de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais.

Les jeux vidéo peuvent également être utilisés à des fins éducatives. Par exemple, Éduc'alcool a développé le jeu « Pocheville » (www.pocheville.ca) pour prévenir la consommation excessive d'alcool chez les jeunes de 12 à 16 ans. Lors de sa première phase en 2009-2010, Pocheville a rejoint 170 000 jeunes. Une évaluation du programme comparant un groupe de jeunes ayant visité Pocheville et un groupe de contrôle a fait ressortir que le groupe à l'étude avait des attitudes plus prudentes que le groupe de contrôle, que l'impact avait été plus important chez les garçons que chez les filles et que les conséquences sociales (violence, perte d'amis, solitude) étaient moins bien comprises que les conséquences physiques de l'abus d'alcool[4].

Au-delà de leurs fonctions ludiques et récréatives, les forces et les attraits des jeux vidéo sont en fait mis à contribution dans divers jeux dits sérieux (*serious games*) développés à des fins pédagogiques ou thérapeutiques et utilisés dans des domaines aussi variés que l'économie, la gestion, la médecine, l'éducation et la formation professionnelle.

2.2.1.1 Les jeux d'action

Les jeux d'action sont basés sur des interactions en temps réel qui font appel aux réflexes et à l'habileté des joueurs. Il existe ici encore un grand nombre de sous-catégories. Par exemple, certains jeux mettent en œuvre des situations de confrontation, comme les *shoot them up*, de combat ou de tir subjectif (*First Person Shooter*). Des compétitions existent pour les adeptes de ces jeux : certaines personnes les considèrent comme un sport, s'organisent en équipe et participent à des tournois nationaux et internationaux, exigeant que les équipes « s'entraînent » tous les jours avec discipline et rigueur. Selon Valleur (2008), la compétition est l'un des facteurs de l'addiction, associée au sentiment de pouvoir et de maîtrise procuré par le jeu.

L'univers des jeux d'action et d'aventure ne cesse par ailleurs de s'étendre puisque les toutes dernières générations de consoles de jeu (Nintendo Wii, Xbox, PlayStation, etc.) peuvent

[4] Communication de Hubert Sacy, directeur général d'Éduc'alcool, avec les auteurs, 6 mars 2011.

désormais être branchées sur Internet, offrant du même coup aux adeptes de nouvelles occasions de jouer en ligne et de se mesurer à d'autres joueurs. De même, les réseaux sociaux comme Facebook et les téléphones intelligents offrent à leurs membres ou abonnés un vaste choix de jeux en ligne. Plusieurs voient dans ces téléphones une des interfaces de l'avenir, bien que les coûts soient beaucoup plus significatifs que l'ordinateur fixe.

Les jeux vidéo exercent une fascination. Coulombe (2010) explique le phénomène :

« Le joueur pénètre dans un environnement englobant, féérique, dans lequel se perdre et mettre en sourdine les douleurs et les difficultés du monde réel. Il trouve à portée de souris un lieu qui, par son pouvoir d'attraction même, permet de s'enfuir, d'oublier. Et peut-être d'abord de *s'oublier* un peu. De cette distance instituée avec le monde réel naît la possibilité d'être un autre en se choisissant un corps de fantasme, un «avatar». À le maîtriser, le joueur en arrivera à ne faire qu'un avec cet *alter ego*, cette prothèse de soi plus grande que nature. En ligne, il pourra voler, contrôler les éléments, renaître de ses cendres, se téléporter sur un autre continent, commander des armées. En ligne, il sera omnipotent. » (p. 13).

On comprendra, à partir d'une telle description, que plusieurs cliniciens et chercheurs s'interrogent à savoir si ces jeux vidéo ne sont pas susceptibles d'être associés, chez des sujets vulnérables, à des comportements assimilables à ceux d'une addiction.

2.2.1.2 Les jeux de rôle massivement multi-joueurs – *Massive Multiplayer Online Role-Playing Games*

Les jeux de rôle massivement multi-joueurs – *Massive Multiplayer Online Role-Playing Games* ou MMORPG – se définissent par trois critères : 1) le jeu possède un univers virtuel qui n'est accessible que sur le réseau Internet ; 2) il est persistant, c'est-à-dire qu'il existe en permanence sur Internet, que des joueurs y soient branchés ou non ; 3) il est accessible à un très grand nombre de joueurs simultanément. On considère généralement qu'un jeu est massivement multi-joueurs lorsqu'il peut accueillir un minimum d'une centaine de joueurs en même temps. Ce type de jeu a connu une forte croissance et, comme le genre se joue exclusivement sur Internet, il tend à se développer de plus en plus, au rythme de la disponibilité de l'accès au réseau.

Ces jeux permettent à chaque joueur de créer un ou plusieurs personnages sous la forme d'avatars. L'identité de chacun des avatars peut varier selon le genre, l'âge, la profession, la race ou la religion. Par exemple, un joueur peut incarner un personnage humain ou d'une race fantastique, avec une profession qui le destine à jouer seul ou en groupe. Il a en somme la liberté de créer un personnage à l'image des attributs, des valeurs, des forces, des pouvoirs et des habiletés qu'il juge importants ou attrayants. Ce jeu de projections est en soi fascinant. Les joueurs peuvent aussi se regrouper en factions ou guildes, organisées en fonction de leurs expériences, de leurs croyances ou de leurs objectifs. Le contenu même du jeu prévoit

que certaines épreuves, comme la conquête d'un donjon par exemple, ne peuvent être franchies qu'en groupe de 25 ou 50 joueurs.

Ces jeux possèdent habituellement une zone d'exploration virtuelle très importante qui prendrait plusieurs heures à parcourir en temps réel. La géographie et l'univers que proposent ces jeux sont très détaillés et riches aux niveaux graphique et sonore, plongeant le joueur dans un monde en trois dimensions (3D) très stimulant, à la fois féérique et réaliste.

Une fois branché sur le jeu, le joueur conserve encore la possibilité de rester seul ou de jouer avec d'autres. Les moyens de communication sont également très développés, permettant du clavardage ou une communication vocale entre les joueurs. Le joueur peut aussi faire communiquer son personnage ou avatar de façon non verbale grâce à des *emote*, c'est-à-dire des séquences de comportements préprogrammées, comme saluer de la main, mettre un genou par terre, danser, etc. Les interactions sociales entre les joueurs sont souvent primordiales pour faire face aux défis du jeu. Ces interactions peuvent également prendre la forme de relations virtuelles entre joueurs, et ainsi donner lieu à des échanges de salutations, de l'entraide, de la compétition ou de la séduction. Elles peuvent avoir lieu dans le jeu, mais peuvent aussi, chez les joueurs qui le souhaitent, continuer à l'extérieur du jeu dans le cadre de forums de discussion, de clavardage ou d'échanges de courriels.

Les possibilités du jeu évoluent dans le temps et sont infinies, comme le montre un des premiers classiques du genre, *Everquest*; le joueur peut incarner, dans un monde fantastique et héroïque, un avatar dont il peut personnaliser l'apparence (morphologie, couleur des yeux et des cheveux), les fonctions et les attributs personnels dans le jeu. L'avatar acquiert des habiletés et des pouvoirs à force d'effectuer des quêtes, et ce, généralement en coopérant avec d'autres joueurs. Valleur et Matysiak (2006a, p.110) rappellent que les jeux d'action et d'aventure permettent des échanges virtuels par des applications incluses dans le jeu lui-même. Ces échanges sont nécessaires dans la plupart des jeux de rôles massivement multi-joueurs pour utiliser toutes les ressources du jeu. Il y a donc possibilité de rencontres, bien qu'elles soient d'un autre type que celles des interactions en face à face.

Maxime Coulombe (2010) s'interroge sur le risque de dépendance chez les sujets vulnérables :

« Analyser les jeux vidéo à partir de la notion de dépendance permet de mettre en évidence leur pouvoir à dissoudre la vie personnelle de certains individus. Une telle approche lisse toutefois les particularités de ces univers en ligne, à commencer par la nature de la fascination qu'elles savent susciter chez les joueurs : ce désir d'habiter ces univers virtuels. Rappelons-nous que si certains chavirent, ce n'est qu'à d'abord avoir été séduits. Il importe donc de s'attarder à cette séduction, d'en rendre la densité et l'étoffe. Ce n'est qu'ainsi que s'éclairera, d'une part leur pouvoir à répondre à certains besoins et à certains manques du sujet, d'autre part la nature de la menace, de la dépendance parfois, qu'ils peuvent susciter » (p. 16-17).

Cela dit, pour qui possède une expertise sur les dépendances aux substances ou sur les jeux de hasard et d'argent, ce type de dépendance

est à la fois connu et inconnu. On ne peut que rappeler aux cliniciens de tenter de faire table rase et de se questionner, à partir de zéro.

2.2.2 Les relations virtuelles

Le courrier électronique, ou courriel, est l'un des moyens de communication d'Internet parmi les plus connus. Il permet l'envoi de messages entre un émetteur et un ou plusieurs destinataires. La messagerie instantanée, pour sa part, permet l'échange de messages textuels entre plusieurs utilisateurs branchés sur Internet. Contrairement au courrier électronique, ce moyen de communication est caractérisé par le fait que les messages s'affichent presque en temps réel et permettent un dialogue interactif. Ce système de communication est souvent désigné en franglais sous le nom de *chat* ou son verbe *chatter*. En français, on utilise le mot clavardage (Office québécois de la langue française) ou dialogue en ligne (Commission générale de terminologie et de néologie de France). Le clavardage implique l'utilisation d'un logiciel qui se connecte à un serveur permettant les discussions en temps réel. La plupart des services offrent un système de notification de présence, indiquant si les individus de la liste de contacts sont en ligne et disponibles pour discuter. La messagerie instantanée a aussi intégré les fonctionnalités de voix et de vidéo grâce à une *webcam* (une caméra installée dans l'ordinateur qui permet de voir son interlocuteur) et comporte également toutes sortes d'applications, d'envoi de messages automatiques et de notifications (Messagerie instantanée, s.d.).

Certaines applications, particulièrement celles impliquant des interactions humaines, sont plus susceptibles de favoriser le développement de dépendances. Il s'agit des relations virtuelles (courriels, clavardage) ou d'autres applications associées à des aspects interactifs d'Internet (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). En effet, les études auprès des personnes qui font un usage problématique d'Internet montrent une utilisation importante des applications permettant les communications et les interactions humaines (c'est-à-dire les forums de discussion, les courriels et autres applications permettant un échange) (Chou, 2001 ; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla, & McElory, 2000 ; Young, 1998).

Notons que les réseaux sociaux et les microblogues, tels Facebook et Twitter, sont de plus en plus populaires et occupent une place importante dans les habitudes de navigation et de communication de nombreux utilisateurs. En juillet 2010, Facebook disait compter 500 millions de membres dans le monde. Ces réseaux constituent également une source d'information non négligeable pour la presse, dans les événements sociaux de tous genres, et pour chacun des usagers de ces réseaux. Sans compter que le développement des téléphones intelligents rend désormais de multiples applications Internet accessibles en tous lieux, en tout temps. De fait, parmi les personnes qui ont consulté pour cyberdépendance dans les CRD, un grand nombre passaient plusieurs heures par semaine sur Facebook.

2.3 CONCLUSION

Force est de constater qu'avec Internet, nous nous trouvons face à une situation à la fois familière et inconnue. Comme la consommation de substances et les jeux de hasard et d'argent, Internet est un moyen, sinon une habitude, qui constitue, règle générale, un apport à la qualité de vie des utilisateurs. Son utilisation est d'ailleurs d'une grande innocuité pour la très grande majorité des internautes. Cependant, l'histoire des dépendances nous apprend que toute situation qui apporte autant de renforçateurs à la vie d'un individu comporte également un risque d'usage immodéré. Le plaisir peut devenir un problème. En cela, Internet vient rejoindre l'alcool, le cannabis, le tabac, l'alimentation, les jeux de hasard et d'argent, les activités sexuelles, le magasinage. Or, tout comme l'alcool, les drogues et les jeux de hasard et d'argent, Internet est bel et bien là pour rester. Plus encore, Internet et le vaste domaine des technologies de l'information et des communications (TIC) sont en constante évolution. Ils font l'objet d'une médiatisation importante et leur usage est très valorisé dans de nombreux segments de la population.

Par ailleurs, voici une invention qui est venue, depuis les deux dernières décennies, bouleverser toute notre organisation sociale. La communication entre les personnes, la communication dans les médias, les mille et un détails de l'organisation de nos vies sont de plus en plus tributaires d'Internet.

« Nous sommes modelés par les moyens techniques qui nous environnent presque autant que nous les modelons : le système de valeurs qui leur a fait voir le jour se prolonge en organisant leur usage, puis, de proche en proche, les comportements des individus les employant. Le téléphone portable n'apparaît nécessaire que dans une culture où le sujet s'impose – ou se voit imposé – d'être disponible en tout temps. En rendant possible cette mobilisation permanente, le téléphone portable participe ainsi à transformer une mentalité le rendant lui-même essentiel… La télévision est le fruit d'une conception spécifique de la communication, mais pouvons-nous nier qu'elle ait eu une incidence réciproque sur l'information, sur sa perception, puis sur notre propre vision du monde ? » (Coulombe, 2010, p. 136).

Sous l'angle qui nous occupe, qui est celui de la cyberdépendance, on ne peut que s'interroger sur l'impact du cyberespace sur la personnalité. Il faut avoir en mémoire que savoir lire et écrire, compétences qui se sont généralisées avec l'accessibilité des livres suite à l'invention de l'imprimerie en 1450, a changé radicalement la façon de penser, de sentir et d'agir. La scolarisation est maintenant reconnue comme un apprentissage essentiel pour la constitution de la personnalité au point où l'analphabétisme est considéré comme un handicap grave. Internet apporte-t-il un changement aussi considérable à la personnalité que l'alphabétisation ? Plus encore, les utilisateurs excessifs d'Internet ont-ils une identité, sinon une personnalité, différente de celle des non-utilisateurs ou des utilisateurs fonctionnels ? Ce texte n'apportera aucune réponse à ces questions. Il serait cependant utile de prendre en compte que la consommation d'alcool fait partie du quotidien de notre société et des rituels religieux

judéo-chrétiens depuis des millénaires, que la plupart des adultes ont, depuis l'enfance, gagé et joué à des jeux de hasard, mais que l'explosion d'Internet, elle, date d'à peine vingt ans. Pour qui s'intéresse au changement, c'est relativement court dans l'histoire d'une société. On peut toutefois comprendre que cela fasse peur et que l'on se sente désemparé devant un joueur de WoW qui refuse de sortir de chez lui parce qu'il doit être présent pour ses avatars et ses compagnons de guilde dont il se sent responsable, ou devant un proche qui se lève la nuit pour consulter ses courriels. Internet est un changement radical, envahissant, qui laisse peu de sphères de nos vies intactes. Comme l'apprenti sorcier dont le balai inoffensif devient progressivement destructeur et incontrôlable, plusieurs craignent qu'Internet devienne destructeur et incontrôlable chez les personnes vulnérables, incompétentes ou naïves, comme l'était l'apprenti sorcier.

LE TABLEAU CLINIQUE

\3

Nous avons fait référence dans l'*Avant-propos* à l'ouvrage de Georges Canguilhem sur le normal et le pathologique et avons retenu pour ce guide l'idée qu'il n'y a pas d'opposition nette entre le normal et le pathologique, bien qu'il y ait une différentiation quantitative et qualitative entre les deux états. Valleur et Matysiak (2006b, p. 32) ont également proposé ces mêmes deux façons de définir les dépendances, et plus particulièrement la cyberdépendance. Voici les deux perspectives.

La première perspective

La première perspective est celle qui s'inspire du DSM et qui propose d'examiner les signes cliniques et les conséquences néfastes qui se manifestent en association avec l'utilisation d'Internet. On cherche ici à évaluer, de la manière la plus objective possible, si les signes cliniques extérieurs qui constituent les critères diagnostiques de la cyberdépendance sont présents. C'est l'aspect quantitatif de Canguilhem.

Cette perspective comporte deux volets. Le premier est le fait de ne pas pouvoir se passer d'Internet, sous peine de vivre les souffrances liées à la privation. La dépendance pathologique est la constatation autorévélée par la personne d'avoir perdu la liberté de s'abstenir d'une activité, un comportement que souvent la personne elle-même réprouve (Fouquet, 1951). Depuis Jellinek (1960), et bien avant lui dans les écrits sur l'ivrognerie de Rush (1790/1808), la notion de « perte de contrôle » est au centre des descriptions cliniques de toutes les conduites addictives. En Angleterre, Edwards et Gross (1976, p. 1060) évoquaient la souffrance de leurs patients alcooliques « qui se sentaient aux prises avec quelque chose d'étranger, de non voulu et qui, pour les patients très dépendants, était difficile à communiquer ». Vingt-cinq ans plus tôt, en France, Pierre Fouquet (1951) affirmait que l'alcoolisme était la perte de liberté de pouvoir s'abstenir de consommer de l'alcool. C'est ce que les Alcooliques Anonymes nomment avoir perdu la maîtrise de sa vie.

Le deuxième volet est tout aussi déterminant puisqu'il est, la plupart du temps, l'objet de la demande d'aide. Ce sont les problèmes psychosociaux qui sont associés au fait de ne pouvoir se passer d'Internet : le temps consacré à l'activité au détriment des autres obligations et devoirs de la personne, des problèmes significatifs au travail, avec les proches et le réseau élargi à cause de l'addiction, le maintien de l'activité en dépit de la prise de conscience de la personne que les problèmes qu'elle rencontre sont reliés à son addiction. Ces deux volets constituent la définition

habituelle de la dépendance, que ce soit la consommation d'alcool ou de drogues, l'obsession mentale liée à la nourriture, aux achats compulsifs, au sexe, aux jeux de hasard et d'argent.

Ainsi, faire état d'une dépendance qui atteint le seuil clinique, que ce soit une dépendance à Internet, à une substance psychoactive ou une passion amoureuse irrationnelle, c'est tenter de décomposer puis d'opérationnaliser en plusieurs composantes le syndrome clinique précédemment décrit. C'est ce que font les deux classifications des troubles mentaux présentement en usage, celle de l'*American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR) et celle de l'Organisation mondiale de la santé (CIM, 10e édition), en proposant des critères diagnostiques pour dégager les éléments constitutifs de ce syndrome clinique, de cette expérience de perte de liberté et des problèmes qui lui sont associés. Par exemple, ce sont, pour la dépendance à l'alcool, les sept critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2003) dont trois sont requis pour atteindre le seuil clinique. La partie suivante de cet état des connaissances, qui est consacrée aux descriptions provisoires de ce que nous nommons ici, la cyberdépendance, s'inscrit dans cette première perspective. En un mot, la convention présentement en usage pour les troubles liés aux substances a été appliquée, presque en faisant du « copier/coller », à la cyberdépendance.

La deuxième perspective

La seconde perspective s'intéresse essentiellement à l'expérience subjective de la personne, à savoir la réalité interne particulière de l'internaute dans laquelle la relation aux activités privilégiées sur Internet prend toute la place. Chez les usagers réellement dépendants d'Internet, c'est-à-dire habités de manière tyrannique par cette réalité virtuelle, il s'agit d'une manière radicalement différente, pathologique, d'être au monde. Cette manière d'être au monde peut être décrite comme une nouvelle manière de traiter l'information. La personne cyberdépendante a développé un système de représentations particulier lié à sa relation à Internet, et ce système de représentations est à la fois envahissant et totalitaire. Souvent, la personne cyberdépendante perçoit différemment les informations de la vie quotidienne (objets matériels, gens et événements) et, par conséquent, y réagit différemment. Une série d'émotions et d'attentes comportementales apparaissent également, perturbant ainsi la vie affective et les comportements de la personne, ce qui est mesuré dans la perspective quantitative de l'évaluation.

Cette seconde perspective, soit cette manière autre d'être au monde propre à la cyberdépendance, prend toute son importance dans cet état des connaissances parce que, dans la partie qui suit, nous allons proposer une description plus objective du tableau clinique. Or, en l'absence d'une définition de la cyberdépendance qui soit reconnue par la communauté scientifique, les cliniciens auraient intérêt à s'interroger sur la façon dont leurs clients organisent l'information relativement à leurs activités sur la Toile, et à examiner

l'impact de ce type de traitement de l'information sur les différentes sphères de leur vie. En effet, ce ne sont ni le nombre d'heures passées sur Internet, ni un réseau de soutien de petite taille, ni une personnalité introvertie, pourtant tous des facteurs de risque documentés dans la littérature scientifique, qui vont signaler au clinicien si la personne devant lui est aux prises avec une « vraie dépendance ». Un « vrai » cyberdépendant, avec ou sans les facteurs de risque connus, est quelqu'un dont la vie intérieure est structurée par certaines de ses activités sur Internet : s'il est dépendant, comme dans les autres addictions mieux connues, la vie intérieure de la personne s'est progressivement réaménagée autour de l'autre vie, celle qui se passe dans ses activités à l'écran. Le clinicien est face à une autre forme de cohérence interne, une autre manière de conceptualiser ce qui donne du sens à la vie de son client. On connaît le phénomène pour l'alcoolisme, pour les toxicomanies, notamment celles aux drogues dures, et pour le jeu pathologique. Cette expérience, « celle d'être la proie d'une possession, avec ce que l'expérience présente de dépersonnalisant » (Valleur & Matysiak, 2006b, p. 21) constitue, pour la personne elle-même, la cyberdépendance, au-delà des conséquences délétères liées à l'utilisation d'Internet, et bien que ce soit ces problèmes psychosociaux qui l'amènent par ailleurs à consulter.

En somme, dans cette seconde perspective, cette nouvelle cohérence interne, dans laquelle la relation aux activités privilégiées sur Internet prend toute la place, est le principe intégrateur de la dépendance pathologique à Internet. On s'intéresse à l'expérience subjective de la personne alors que, dans la convention présentement en usage, on cherche à évaluer, de la manière la plus objective possible, si les signes cliniques extérieurs qui constituent les critères diagnostiques de la cyberdépendance sont présents. On permettra aux auteurs d'affirmer que l'un et l'autre sont utiles pour le clinicien.

3.1 LES SIGNES CLINIQUES COMMUNS À LA CYBERDÉPENDANCE ET AUX AUTRES DÉPENDANCES

Le texte qui suit reprend les sept critères qui servent à l'établissement d'un diagnostic de trouble lié à une substance dans le DSM-IV (APA, 1996). Pour ce qui est de la cyberdépendance, ces signes, qui sont des « copier/coller » des critères décrivant les troubles liés aux substances, servent de repères pour aider l'intervenant à établir le seuil clinique.

Dans ce texte, le seuil clinique fait référence à deux dimensions. Une première dimension est liée à la gravité : il faut que le signe clinique soit suffisamment envahissant pour affecter la qualité de vie de la personne. Un exemple serait une « agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt ». Il faut que le sujet soit en mesure de rapporter plusieurs incidents (et non pas un seul) au cours desquels il a ressenti une anxiété incontrôlable et souffrante parce qu'il n'était pas à l'écran, ou qu'il a agi de manière socialement inacceptable pour ces mêmes raisons. L'examinateur doit s'assurer que l'anxiété ou le comportement socialement inacceptable

est associé au manque et non à une autre situation dans la vie du sujet.

Une seconde dimension est la durée. On convient dans le DSM que, pour atteindre le seuil clinique, il faut que la manifestation sévère du signe clinique ait perduré depuis au moins 30 jours. En bref, il ne peut être question de pensées furtives, d'états émotionnels passagers, ou de comportements isolés. En outre, ces états de détresse psychologique doivent être spécifiquement liés à la cyberdépendance. Chez des personnes dont le taux de comordibité est élevé, établir cette distinction n'est pas chose facile. Nous y reviendrons à la section 4, qui aborde les troubles concomitants.

De plus, et au risque de nous répéter, rappelons que la cyberdépendance n'est pas un diagnostic dans l'état actuel des connaissances. Les signes que nous allons décrire sont empruntés à la dépendance aux substances telle que définie dans le DSM-IV (APA, 1996). De plus, il faut avoir en mémoire que ces signes cliniques communs pourront changer dans le DSM-V qui doit paraître en 2013. On sait déjà, cependant, que la section sur les troubles liés aux substances et la section sur le jeu pathologique vont subir des modifications importantes et que la cyberdépendance n'en fera pas partie. Le principe de précaution s'impose donc.

3.1.1 Les préoccupations

Le premier signe commun est un niveau de préoccupation pour la conduite addictive qui atteint le seuil clinique. Pour les personnes qui demandent de l'aide relativement à leur utilisation d'Internet, ces préoccupations font référence aux représentations de la personne par rapport à ses activités sur le Web, c'est-à-dire la qualité, la fréquence et l'intensité de ses pensées quant à son utilisation d'Internet. Est-ce que la personne se préoccupe ou se souvient de ses anciennes activités sur Internet ? Est-ce qu'elle pense souvent à son prochain moment de connexion ? Est-ce qu'elle anticipe le prochain week-end où elle va pouvoir passer de longues heures devant son ordinateur ? Les préoccupations pour Internet font principalement référence aux représentations cognitives de la personne, à la vivacité et à la profondeur – voire l'obsession – de ses pensées au sujet d'Internet.

Au niveau affectif, on s'intéresse à l'engagement de la personne envers Internet par rapport à l'ensemble de ses relations et des autres sphères de vie, ainsi qu'à l'évolution de cet engagement au cours des dernières années. Il s'agit en somme d'évaluer l'investissement affectif par rapport aux activités reliées à Internet. Ce critère correspond à la deuxième perspective, la perspective subjective, décrite au point 3.

3.1.2 Le désir persistant ou les efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation

Le deuxième signe commun est une incapacité, perçue par la personne, de limiter ou de cesser l'activité, et ce, en dépit d'efforts répétés. Par exemple, la personne veut réduire le nombre d'heures passées sur Internet à une durée qu'elle considère raisonnable, mais n'y parvient pas. Cette tentative de reprendre le contrôle sur des conduites qui lui échappent fait référence à la perte de liberté décrite précédemment. La personne a de plus en plus de difficultés à choisir librement d'utiliser ou non Internet. Il peut s'agir d'une décision qui n'a jamais été concrétisée ou de l'incapacité de mettre fin à l'utilisation d'une application particulière sur Internet que la personne considère comme problématique. Douglas et al. (2008) rapportent que les personnes cyberdépendantes se trouvent impuissantes à limiter ou à contrôler leur utilisation d'Internet. Les outils mis en annexe, dont une fiche d'auto-observation qui permet de comptabiliser le nombre d'heures passées sur Internet, peuvent aider le clinicien à évaluer ce critère.

3.1.3 L'agitation ou l'irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt

Le troisième signe commun a pour objet une souffrance cliniquement significative lors de l'arrêt, qui est alors ressentie comme un manque par la personne.

Celle-ci est inquiète de devoir passer du temps sans ordinateur, se sent agitée ou irritable si elle n'est pas branchée, et stressée si elle n'utilise pas son application favorite aussi longtemps que prévu. Certaines personnes rapportent des sensations d'anxiété et de modification de l'humeur lorsqu'elles ne sont pas en ligne (Tsai & Lin, 2003). D'autres encore sont irritées si elles sont dérangées pendant l'utilisation d'Internet. Comme on l'a dit précédemment, il faut que les désagréments soient sévères et qu'ils soient répétés.

3.1.4 L'utilisation se prolonge plus longtemps que prévu

Le quatrième signe a pour objet une durée d'utilisation plus longue que prévu ou souhaité. L'utilisation d'Internet dépasse la durée initialement prévue, ou encore se manifeste par le besoin de toujours rester quelques minutes de plus en ligne alors qu'une autre activité est prévue. La personne peut ainsi rester branchée toute la nuit alors qu'elle avait prévu se coucher tôt. Elle peut également annuler ou repousser des activités familiales, sociales, professionnelles ou de loisirs afin de naviguer plus longtemps sur Internet. Dans ce dernier cas, il convient de différencier une utilisation d'Internet plus longue que prévu de l'élément qui suit (cinquième signe portant sur la mise en danger du réseau familial, social, professionnel ou de loisirs). À nouveau, la grille d'auto-observation mise en annexe peut aider le clinicien à évaluer ce signe clinique.

3.1.5 La mise en danger ou la perte d'une relation affective importante, des activités professionnelles, sociales, occupationnelles ou de loisirs en raison de l'utilisation d'Internet

Le cinquième signe porte sur les répercussions de l'utilisation d'Internet sur les relations et les autres activités. Ces conséquences sont très variées : délaisser ses responsabilités, que ce soit l'école, le collège, l'université ou le travail, arriver régulièrement en retard lorsqu'il y a une obligation, perdre des relations sociales ou abandonner ses relations avec son groupe d'amis pour privilégier ses activités sur le Web, ne pas satisfaire à des exigences professionnelles ou encore engendrer des conflits familiaux. Toutes les sphères de la vie peuvent être touchées par une utilisation problématique d'Internet. Le manque de sommeil est clairement rapporté dans la documentation (Anderson, 2001 ; Nalwa & Anand, 2003 ; Young, 2008). Les longues heures passées sur Internet retardent souvent le coucher au petit matin et perturbent les habitudes de sommeil, causant ainsi de la fatigue durant la journée. Plusieurs études indiquent des difficultés au niveau scolaire, les étudiants cyberdépendants ayant des problèmes à réaliser toutes les tâches qui leur sont assignées, comme préparer leurs examens, et à rester attentifs durant les cours à cause du manque de sommeil causé par l'utilisation prolongée d'Internet (Douglas et al., 2008).

D'autres auteurs rapportent que certains utilisateurs présentent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles (Lin & Tsai, 2002) ou une diminution des interactions sociales dans la vie réelle (Kraut et al., 1998).

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Les cliniciens des CRD rapportent le *déséquilibre des sphères de vie* pour faire référence à l'abandon d'activités sociales, professionnelles (incluant l'école) ou de loisirs importantes en faveur du temps passé sur Internet. Par exemple, les cliniciens observent que les cyberdépendants « n'ont plus de vie » (*no-life)* à l'extérieur d'Internet et que leurs intérêts et investissements sont presque entièrement dédiés à Internet. Ils observent aussi que les cyberdépendants, tout comme leur entourage, remarquent des changements de priorités tels qu'on ne « reconnaît plus » la personne.

« […] *Une des choses que moi je remarque chez ces gens-là, si je fais le parallèle avec les autres dépendances comme le jeu pathologique et avec les toxicomanies et l'alcoolisme, il y a un déséquilibre dans les sphères de vie. Un déséquilibre chez la personne en faveur du temps passé sur Internet. Donc, selon les circonstances, moins de temps pour les études, moins de temps pour la famille* » (Clinicien).

3.1.6 La poursuite de l'utilisation malgré la connaissance de l'existence d'un problème déterminé ou exacerbé par l'utilisation

Le sixième signe commun a pour objet le maintien du niveau d'utilisation même si la personne a pris conscience que cet usage amplifie ou crée des difficultés dans sa vie. Bien que la personne réalise pleinement que son utilisation dépasse son contrôle et a des conséquences négatives sur une ou plusieurs sphères de sa vie, elle ne peut pas s'empêcher de continuer. Par exemple, un adolescent joue à des jeux d'action et d'aventure toute la nuit tout en sachant qu'il ne sera pas prêt pour son examen du lendemain. Une autre personne continue de passer tout son temps libre à jouer en ligne, malgré une entente contraire conclue avec son conjoint. Bien qu'elle s'interroge sur sa possible dépendance ou réalise qu'elle devrait demander une aide professionnelle, la personne continue son utilisation.

3.1.7 Les mensonges à la famille, au thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes d'utilisation

Le septième signe commun se manifeste par le besoin, pour la personne, de dissimuler l'ampleur et l'intensité de son utilisation. La personne ment ou cache son utilisation réelle d'Internet lorsqu'on la questionne. Ainsi, certaines personnes rapportent mentir à propos du temps qu'elles ont passé sur Internet et disent dissimuler les factures reliées à son utilisation (Griffiths, 1998).

3.1.8 L'utilisation vise à échapper aux difficultés ou à soulager une humeur dysphorique

Certains auteurs clés ajoutent un huitième signe, bien qu'il ne soit pas un critère pour les troubles liés aux substances. Nous mentionnons ce critère parce qu'il est présent dans la documentation, mais le lecteur le retrouvera à la section 4 sur les troubles concomitants. *Stricto sensu*, l'idée d'automédication contrevient à la règle d'or selon le DSM-III (1983) et qui est la suivante : on ne définit pas un trouble mental par son étiologie – ici une fonction d'automédication – mais uniquement par ses manifestations, qui sont les critères diagnostiques. La façon de travailler dans cette circonstance est d'identifier les signes d'anxiété ou de dépression chez la personne et, ensuite, de faire le lien entre la cyberdépendance et les autres troubles mentaux concomitants qui sont également présents. Dès lors, le clinicien a un tableau clinique complet. Il faut rappeler ici que plusieurs personnes qui développent une cyberdépendance n'ont pas de troubles associés. Par exemple, une personne pourrait être retenue à la maison pendant quelques semaines à cause d'une fracture de la jambe et développer

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Les événements déclencheurs
Les cliniciens soulignent la présence d'événements déclencheurs dans l'histoire personnelle de certains utilisateurs problématiques, tels qu'un accident de travail ou de voiture, le développement d'un trouble d'agoraphobie ou d'une phobie sociale, un gain d'argent substantiel chez un joueur de casino virtuel ou encore une difficulté d'adaptation suite à un déménagement. En plus des impacts psychologiques imaginables de ces événements, ils ont généralement comme conséquence immédiate d'immobiliser la personne à la maison, ce qui expliquerait l'intensification de l'utilisation d'Internet. Selon les cliniciens, et comme le montre l'extrait qui suit, l'événement déclencheur semble plus présent dans l'histoire d'adultes utilisateurs problématiques que chez les adolescents :

« J'aurais peut-être aussi plus tendance à penser que c'est une activité de jeunes. Quand les adultes y adhèrent, c'est là où l'événement déclencheur est peut-être plus présent, au niveau des adultes. Une espèce de changement majeur qui s'est fait chez les adultes qui a fait en sorte que… ce n'est vraiment pas scientifique, mais j'ai l'impression que ce qui fait que l'adulte s'adonne à cet activité-là, j'ai l'impression que… » (Clinicien 1).

« Ça fait partie de la mode au niveau des jeunes actuellement. Chez un adulte ce serait plus un accident de parcours » (Clinicien 2).

« Oui, c'est ça. J'ai l'impression qu'il y aurait plus un élément déclencheur chez l'adulte plutôt que chez le jeune pour qui ça fait partie de sa culture » (Clinicien 1).

une cyberdépendance. Le travail clinique consistera à l'aider à réduire le temps d'utilisation et à prévenir la rechute. D'autres personnes, au contraire, vivaient d'importantes difficultés avant de consacrer beaucoup de temps à Internet, et plusieurs cliniciens y verraient une forme d'automédication.

3.2 LES ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES DE LA CYBERDÉPENDANCE

Tout en s'appuyant sur les sept signes précédemment décrits, le clinicien doit en outre exercer son jugement clinique pour déterminer s'il est en présence d'une personne aux prises avec une dépendance pathologique à Internet. Quelques éléments spécifiques de la cyberdépendance ont été décrits dans certains textes de la documentation consultée et peuvent ainsi servir de complément d'information lors de l'évaluation. Ils concernent surtout les adolescents et les jeux vidéo. Au moment de mettre sous presse, ces cas sont rares dans les CRD – nous avons surtout des personnes aux prises avec une vie pour laquelle ils n'ont aucune appétence et qui « passent le temps » sur Internet. Les passionnés de jeux vidéo sont sans doute plus frappants que les individus plus discrets qui demandent de l'aide.

3.2.1 La durée d'utilisation

Le nombre d'heures passées en ligne est important et doit être mesuré, mais il ne peut être considéré comme un facteur déterminant dans l'établissement du seuil clinique.

L'omniprésence d'Internet dans plusieurs sphères de nos vies rend d'ailleurs difficile l'établissement d'un seuil normal d'utilisation. Ainsi, un usage plus intensif d'Internet peut n'être que conjoncturel. Il importe d'évaluer si l'usage problématique d'Internet est transitionnel, ou s'il s'inscrit de manière permanente non seulement dans le temps, mais également dans les pensées et toutes les sphères de vie de la personne.

La majorité des internautes naviguent sur Internet en passant d'une application à l'autre, sans préférence marquée ou excessive pour l'une d'elles. Compte tenu des applications retenues comme potentiellement problématiques dans le présent guide – les jeux vidéo en ligne et les relations virtuelles – une présence et une durée jugées immodérées sur Internet ne devraient pas être interprétées comme un indice déterminant de cyberdépendance. Tout au plus représentent-elles un moyen supplémentaire de procrastination ou d'évitement des obligations quotidiennes, perçues comme sources d'angoisse, de stress ou d'ennui. Une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement liée à l'utilisation d'Internet devraient être nettement prépondérantes dans l'évaluation clinique[5].

Par exemple, un employé qui ne peut, malgré les menaces répétées de sanctions, résister à l'envie de jouer en ligne pendant ses heures de travail, mérite qu'on s'y attarde. Il en est de même d'un parent tellement captivé par ses échanges sur les sites de rencontre qu'il en oublie de préparer les repas ou de mettre ses enfants au lit. Ainsi, la durée et la fréquence d'utilisation d'Internet

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

L'isolement social
L'isolement social est une caractéristique qui ressort lorsqu'il est question des cyberdépendants rencontrés par les cliniciens. Ces derniers soulignent l'importance du développement d'un sentiment d'appartenance chez leurs usagers. L'utilisation d'Internet va permettre aux individus d'avoir accès à un réseau social virtuel : elle leur permet de socialiser, de se sentir moins seuls et de combler l'isolement que certains vivaient auparavant dans leur vie.

Certains cliniciens notent que le choix des types d'utilisation dépend des besoins à combler. En d'autres termes, les besoins des cyberdépendants dictent les types d'utilisation à privilégier.

« Il y a des besoins derrière ça. Dans les jeux d'argent, il y a toute la notion de faire de l'argent aussi, l'excitation. L'autre, c'était l'attrait de séduire, le manque de confiance de le faire dans la vraie vie. Ça le valorise de le faire comme ça. Il y a vraiment des spécialisations effectivement. Une personne qui a une problématique a souvent une passion en particulier » (Clinicien).

[5] Chen et Chou (1999) rapportent qu'un groupe de personnes à risque (n=62) passe significativement plus de temps sur Internet (avec une moyenne de 20 heures par semaine) qu'un groupe d'utilisateurs qui ne semble pas à risque (n=1 232) (avec une moyenne de 9 heures par semaine). Une étude de Griffiths, Davies et Chappell (2004) rapporte le nombre d'heures passées par semaine pour 540 utilisateurs uniquement sur un jeu d'aventure en ligne est jusqu'à 10 h pour 16 %, de 11 à 20 h pour 36 %, de 21 à 30 h pour 24 %, de 31 à 40 h pour 14 %, de 41 à 50 h pour 5 % et plus de 50 h pour 5 % des personnes. Dans leur recension des études qualitatives sur la cyberdépendance, Douglas et al. (2008) affirment que les personnes cyberdépendantes utilisent Internet jusqu'à huit fois plus que les personnes qui ne le sont pas. Young (2004) rapporte une utilisation hebdomadaire de 40 h et 80 h pour les personnes présentant une cyberdépendance. Parmi les personnes qui ont consulté dans les CRD, certaines passent trois ou quatre heures par jour sur Facebook et un total de 70 à 90 heures par semaine devant l'écran. Chez ces personnes, la durée est en soi un problème.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Relations de couple et familiales
Certains événements et facteurs peuvent contribuer à un usage problématique d'Internet ou le favoriser. Les cliniciens rapportent notamment des facteurs psychologiques, sociaux, familiaux et environnementaux, lesquels peuvent différer entre les adultes et les adolescents.

« Avec les adultes, il y a souvent un symptôme : l'entourage. La madame qui est venue, son mari qui était toujours sur l'ordi, c'était un problème de couple qu'ils avaient. Eh bien, au lieu de régler [le problème], il a géré ça comme ça [par Internet]; puis, il y a eu escalade, tout le temps. Elle, elle a voulu mettre son pied à terre avec moins d'heures et il lui dit qu'elle le contrôle. […] Il la taxe de contrôlante, il dit non, alors elle ne sait plus… » (Clinicien).

Chez les adolescents, la cyberdépendance semble parfois être une adaptation du jeune à son contexte familial ou social. Les déménagements fréquents, le manque de repères, les intimidations font de l'ordinateur et de ses nombreuses applications un refuge, un outil rassurant qui est toujours là, disponible.

« Moi, ça m'arrive souvent que les jeunes me parlent de comment ça se passe à la maison, et je me dis que moi aussi je m'en irais dans ma chambre. Tu sais, c'est ce que je me dis dans ma tête quand j'entends les histoires de ce qui se passe à la maison… C'est clair que ce n'est plus ta maison, ça fait que l'ordinateur ouvre tellement de possibilités. Avant ça, t'étais malade. Tu faisais le tour de ta maison et t'avais quoi à la maison ? T'avais rien, mais là, maintenant, tu peux aller jouer, surfer, ça ouvre plein de possibilités, en restant juste à la même place. Ça paraît presque infini… » (Clinicien).

peuvent aider le clinicien à évaluer l'évolution des comportements sur Internet et surtout, à examiner les éléments addictifs dans l'utilisation d'Internet au sens décrit précédemment – sentiment intime de perte de liberté, incapacité subjective d'arrêter, préoccupations lorsque loin de l'écran, apparition d'effets délétères associés à l'usage d'Internet.

3.2.2 L'impact sur les relations interpersonnelles

La recension de Douglas et al. (2008) indique que les personnes cyberdépendantes sont attirées par Internet, car cela facilite leurs relations sociales et leurs échanges. En effet, comme nous l'avons évoqué plus tôt, le contexte d'anonymat d'Internet peut offrir à des personnes très timides ou anxieuses la possibilité d'interagir dans un environnement virtuel, qu'elles maîtrisent ou qu'elles trouvent plus sécuritaire (Quayle & Taylor, 2003 ; Young, Pistner, O'Mara, & Buchanan, 1999). De plus, le fait d'échanger sur Internet dissimule des difficultés ou handicaps personnels, une faible estime de soi, des problèmes à aborder ou à communiquer avec les autres. Ainsi, selon Griffiths (1998), les personnes cyberdépendantes sentent que, sans Internet, elles n'auraient pas de vie sociale et n'essaieraient pas de rencontrer d'autres personnes dans la vie réelle. Par contraste, selon Douglas et al. (2008), les personnes qui ne sont pas cyberdépendantes font référence à Internet comme une ressource très importante pour le travail et les communications.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

La famille désengagée
Les cliniciens évoquent aussi le caractère privé, intime de l'utilisation d'Internet. En raison de la place physique importante qu'occupe le jeune dans la maison, certains parents ont l'impression de ne plus être chez eux, de perdre le contrôle de leur enfant. En effet, ce dernier va se réfugier dans sa chambre, domaine strictement interdit aux parents, lieu où se trouve l'ordinateur. Toutes les sphères de la vie du jeune vont ainsi être touchées.

« Souvent ce que je vais regarder, c'est la chambre du jeune. Sa chambre, avec interdiction aux parents : tu rentres plus là. Il s'approprie des parties de la maison, il ne prend plus le temps de manger à table. Le jeune a pris tellement d'expansion dans la maison que le parent est obligé de se tasser. Internet, des fois, fait partie d'une problématique comme la consommation, mais habituellement quand on gratte un petit peu, on s'aperçoit que… » (Clinicien 1).

« Comme l'enfant roi, tu veux dire ? » (Clinicien 2).

« Oui, il est roi devant l'ordi… Ou bien il va prendre l'ordi et puis il va rentrer dans sa chambre, ou le parent va acheter un portable, puis il va le mettre dans sa chambre et le parent n'aura plus de contrôle là-dessus. Donc, une perte de contrôle du parent par rapport, peut-être, à toutes les sphères de la vie du jeune […] » (Clinicien 1).

Les cliniciens font état de parents qui semblent n'avoir aucune autorité sur leur enfant. Par contre, selon un clinicien, la structure familiale (divorcée, monoparentale) ne semble pas être en cause dans le développement ou le maintien d'un usage problématique d'Internet.

« Je ne suis pas sûr que la structure familiale soit un élément déterminant. J'ai regardé mes dossiers dernièrement : j'ai des familles qui sont séparées, mais j'ai des familles qui sont ensemble également. Ça ne veut rien dire dans le sens que la qualité des liens qui sont tissés à l'intérieur des familles, l'absence de rituels familiaux et le désinvestissement sont similaires. C'est pourquoi, tranquillement, j'en viens à parler de familles désengagées. Désengagées de leur rôle de parents, mais aussi de tout ce que cela implique en termes de réseau familial et de tous les autres aspects de la vie familiale qui sont nécessaires, surtout pour l'adolescent qui est en quête, en recherche identitaire » (Clinicien).

Pour mesurer l'importance et le rôle que joue Internet dans les relations interpersonnelles d'un client, le clinicien doit donc replacer son utilisation dans un contexte plus large. Ainsi, il pourra évaluer si Internet est perçu par la personne comme la cause de son isolement, la conséquence de cet isolement, ou plutôt comme une réponse ponctuelle – voire un refuge – qui le préserve (ou le distrait) d'autres difficultés relationnelles présentes dans sa vie.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Le besoin de valorisation
L'ensemble des cliniciens considère que l'utilisation d'Internet répond à certains besoins, tels que les besoins de valorisation, de pouvoir ou de contrôle. Selon eux, cette perspective explique le développement et le maintien de la cyberdépendance. Les besoins de valorisation et de pouvoir peuvent être comblés ou compensés par l'entremise de l'utilisation d'Internet. Par exemple, dans le cas des jeux d'aventure, les cliniciens parlent « d'identification projective au personnage » ou de « transfert sur l'avatar ». Il semble que les clients aient tendance à vivre virtuellement non seulement ce qu'ils se sentent incapables de vivre réellement, mais également ce qui est effectivement impossible d'expérimenter dans le monde non virtuel : représenter un personnage tout-puissant, avoir un avatar féminin alors qu'on est de sexe masculin, etc. Les besoins de valorisation et de pouvoir peuvent aussi être comblés par la reconnaissance et le statut obtenus au sein du réseau virtuel, en raison de leurs performances par exemple, et par le fait même qu'ils deviennent souvent indispensables aux autres joueurs, ne pouvant plus, du même coup, quitter le jeu.

« Mon cas, c'est aussi une aspiration à devenir meilleur. J'ai la chance de rencontrer le quatrième mondial. J'en ai un autre pour qui c'était clair qu'il voulait faire sa carrière sur des sites où les gens gagnent leur vie sur un LAN (Local Area Network) qu'on appelle. Donc, c'était très important, une source de grande valorisation. J'en ai un qui a vu qu'il ne pouvait plus monter plus haut donc là, ce qui le valorise, c'est qu'il aide les moins forts. Donc il s'associe à des moins forts et les accompagne » (Clinicien).

3.2.3 La valorisation grâce à un personnage virtuel

Les jeux peuvent aussi représenter un mode d'exploration identitaire rassurant, notamment chez les adolescents. Coulombe (2010) écrit à ce sujet :

« Là où la plupart des jeux de console (Zelda, Mario Bros, etc.) imposent d'incarner un personnage préexistant, WoW propose au contraire une prodigieuse liberté de choix dans la détermination de son avatar. […] Expérimentation de soi et moment où se déprendre de son identité physique, l'avatar se fait ainsi le moyen d'une exploration identitaire. Cette exploration – largement glosée – n'est pourtant que le premier moment d'un processus plus large, menant à l'identification du sujet à son avatar. Il saura faire de cette histoire personnelle le moyen, symbolique, de construire son estime de soi, de réussir » (p. 24).

Plusieurs auteurs soulignent l'importance accordée aux personnages virtuels – les avatars – que les internautes créent principalement dans les jeux d'aventure de type MMORPG. Ces personnages virtuels peuvent être très investis par les personnes présentant une cyberdépendance, et ils peuvent devenir une source de valorisation pour leur créateur, surtout si l'avatar est reconnu, apprécié ou admiré dans le réseau où il évolue. De manière informelle, les joueurs reconnaissent entre eux ceux qui sont les meilleurs, les plus débrouillards ou les plus drôles. Dans certains jeux, les récompenses offertes à la suite d'un exploit sont très visibles ; un vêtement, une pièce d'armure chez un avatar témoignent de ses habiletés, de sa puissance, accordant au joueur un statut social, une notoriété reconnue de tous. De plus, dans

WoW, des systèmes intégrés par les développeurs classent les joueurs en fonction de leurs talents, de leur importance ou de leurs accomplissements. L'avatar, qui a une existence propre, peut ainsi s'élever dans la hiérarchie jusqu'à devenir le plus « célèbre » d'un monde virtuel.

« WoW, par son recours à un univers féérique, englobant, immersif, à l'histoire dense et complexe, par la transe opératoire qu'exige la maîtrise de l'avatar, s'offre comme une prodigieuse *parenthèse* au monde réel. […] Le pouvoir de fascination des jeux vidéo massivement multijoueurs ne se résume pas qu'à une logique de fuite. […] une fois immergé, le sujet se retrouve dans un univers aux règles claires et nombreuses grâce auxquelles il pourra se déplacer, se battre, accomplir des quêtes et, ainsi, *réussir*. C'est peut-être d'ailleurs en cela que les jeux vidéo sont des environnements narcissiques : ils permettent de bâtir, au fur et à mesure de ses réussites, une version grandiose de soi, une sorte d'idéal du moi (Ich-Ideal). […] Cette version grandiose de soi, on l'aura reconnue, est l'avatar. Être extraordinaire de force, de beauté, de magie, de combativité, de résistance, héros adulé, il permet enfin au sujet d'exceller, d'être respecté, admiré. Posé là, devant soi, l'avatar forme un objet d'investissement idéal en ce qu'il est facile de l'améliorer, de le perfectionner, d'en prendre soin » (Coulombe, 2010 p. 71).

Ce jeu devient cyberdépendance lorsque les rapports avec les autres deviennent insignifiants, notamment en raison d'une perception de soi déformée par les jeux vidéo, et qu'un ensemble de problèmes psychosociaux se développent à cause de ces difficultés interpersonnelles. Nous connaissons le cas d'un jeune adulte en Europe qui s'est enfermé pendant deux ans dans sa chambre pour s'occuper de sa guilde. On comprendra les importants problèmes d'adaptation auxquels ce jeune homme a fait face lorsqu'il a voulu que sa vie change.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

L'attrait des jeux vidéo

Les cliniciens ont aussi observé que les jeux vidéo peuvent aider certaines personnes à compenser des besoins relationnels déficitaires, à créer des liens d'appartenance, à s'affirmer, à développer des compétences, à rechercher du plaisir ou à fuir des situations problématiques… tout en évoluant dans un milieu sécurisé. En bref, les jeux peuvent constituer une façon pour la personne de se structurer.

« Des jeunes qui vont jouer à des jeux vidéo vont se valoriser, comme une espèce d'affirmation aussi; tu sais la fille qui est potelée, puis qui ne pogne pas, elle va s'affirmer, elle va se valoriser. Les phobies, on met ça de côté parce qu'on est dans un environnement où on est sécurisé. […] Ça vient répondre à ces besoins là » (Clinicien 1).

« Le jeune avec qui je travaille, il fait partie d'une guilde. Lui, à l'école, il ne fonctionne pas. Il casse toujours les pieds de tout le monde. Il fait partie d'une guilde et il a un rôle dans cette guilde-là. Il se maintient dans ce rôle-là. Il est heureux, il est content, il est valorisé, il est reconnu, il est quelqu'un, c'est merveilleux ! J'essaie de le convaincre qu'il y a une autre réalité : dans sa réalité, en trois ans, ça fait cinq fois qu'il déménage, son père n'est plus dans le décor depuis très longtemps… » (Clinicien 2).

Wallace (1999) considère que ces jeux peuvent être hautement addictifs, car ils provoquent un conditionnement qui influence le temps passé en ligne. L'équation est simple : plus le nombre d'heures passées en ligne est important et plus l'avatar du joueur acquiert de la puissance, du prestige et de la valeur. Le renforcement tient aussi au fait que plus un avatar est connu des autres joueurs, plus il devient un personnage emblématique dans l'univers virtuel dans lequel il évolue.

Wan et Chou (2006) font l'hypothèse que, pour les personnes cyberdépendantes, les MMORPG comblent des besoins de relations interpersonnelles qui ne sont pas remplis dans la vie réelle de ces personnes. Les avatars permettent ainsi de vivre une reconnaissance sociale qui est peut-être rare, sinon difficile, dans la vie de tous les jours de ces joueurs. Ces joueurs font aussi l'expérience d'une solidarité qu'ils ne connaissent pas toujours dans leur vie non virtuelle. Les adolescents sont particulièrement vulnérables à ce type d'expériences :

> « Ces univers sont populaires chez les adolescents et les jeunes adultes, car ils savent offrir ce que la culture contemporaine peine à proposer ; ils sont en quelque sorte des solutions palliatives. Les jeux vidéo bâtissent un monde dans lequel s'enfoncer, où le joueur pourra s'inscrire dans une structure où les valeurs et les rôles sont clairs, où les moyens de reconnaissance sont cristallins, et nombreux » (Coulombe, 2010 p. 18).

3.2.4 Le rapport à la réalité

L'accessibilité croissante d'Internet favorise une utilisation fréquente, et ce, dès le plus jeune âge. On ne connaît pas encore l'impact de ces nouvelles pratiques sur le rapport à la réalité, mais on peut poser l'hypothèse que la fréquentation assidue d'Internet peut être en lien avec un rapport différent à la réalité non virtuelle.

Le virtuel peut effectivement exercer une réelle attraction, notamment pour les personnes qui trouvent leur quotidien souffrant, insignifiant :

> « On ne joue pas à WoW pour se retrouver dans une version virtuelle du monde réel, mais bien plutôt pour entrer dans un univers où la magie a encore cours et pallie à la déréliction, un univers possédant son rythme propre. Un univers à l'histoire complexe et dense où un destin nouveau attend le joueur. Un univers partagé avec d'autres joueurs avec qui réaliser des aventures, explorer, se lier d'amitié. Un univers dans lequel plonger, puis *s'immerger*. Un univers, donc, où rompre avec l'adhérence courante de la réalité » (Coulombe, p. 23-24).

Valleur (2007) précise à ce sujet que les joueurs ne confondent pas jeu et réalité : « même les plus accrocs parmi les *hardcore gamers* savent très bien qu'ils ne font que jouer » (p. 70). À notre connaissance, la documentation ne rapporte aucun cas de perte de contact avec la réalité ou de développement de schizophrénie suite à l'utilisation d'Internet[6]. La même remarque pourrait être faite au sujet de la télévision. On l'a dit, l'imaginaire

[6] Un exemple est le film néerlandais *Ben X* de Nic Balthazar (2007) mettant en scène un personnage ayant un syndrome d'Asperger et qui utilise un jeu d'action et d'aventure. Notre interprétation est que le jeu virtuel est une échappatoire pour le personnage principal, mais n'est pas la cause de son syndrome d'Asperger.

et les comportements d'une personne peuvent être affectés par l'espace virtuel, mais on ne peut qualifier cela de perte de contact avec la réalité au sens que l'on donne à ce terme dans la tradition psychiatrique[7].

Cela dit, la présence et l'utilisation croissantes d'Internet dans plusieurs sphères de nos vies soulèvent des questions quant à la frontière entre un usage normal et pathologique, tel que signalé précédemment. Un exemple en serait donné par les jeunes qui ont passé leur adolescence à des jeux vidéo et à qui on propose un retour à la vie « normale », celle des études, du travail, de la famille, de l'amour et de l'amitié. Ils trouvent difficile d'accepter les contraintes de la vie de jeune adulte alors que les jeux vidéo étaient sans soucis, toujours stimulants, dans un environnement où le statut de dominant était relativement rapide et, tout compte fait, facile à obtenir.

En conclusion de son ouvrage, Coulombe (2010) termine par cette réflexion qui pose, mieux que nous ne pourrions le faire, les enjeux relatifs à l'espace virtuel :

> « Le sujet peut se développer, apprendre, prendre aussi ses marques dans le monde par le biais des jeux vidéo massivement multi-joueurs. Mais il peut aussi s'y dissoudre […]; ce sujet qui peine à assembler, à conjoindre les parts réelle et imaginaire de son existence; ce sujet gagné par le principe de plaisir et n'ayant su trouver dans le réel les moyens de sa valorisation. À terme, celui-ci pourrait préférer la proximité du monde virtuel aux altérités du monde réel, l'interactivité à l'activité, préférer fuir les contingences du monde contemporain plutôt que de les interroger, voire de les affronter. Voilà bien pourquoi il importe d'aménager une distance critique face à ces jeux vidéo, quelque chose comme un *contrepoids* réflexif à leur pouvoir de fascination » (p. 138).

3.3 CONCLUSION

À la lumière des informations présentées dans cette troisième partie, l'intervenant a en main des points de repère visant à l'aider à mieux comprendre, dans l'état actuel des connaissances, la cyberdépendance et ses manifestations. Pris isolément, aucun de ces indicateurs n'a de valeur absolue ni déterminante. Toutefois, la somme et le croisement de ces observations, conjugués à son expérience et à son jugement cliniques, devraient guider le clinicien dans son évaluation. Le niveau de détresse d'un client, la perte de liberté associée à l'usage d'Internet, l'envahissement de la vie réelle par les activités et les relations virtuelles et la nuisance qu'elles représentent dans l'exercice de ses devoirs et obligations sont autant de facteurs à considérer dans l'établissement du seuil clinique. Le contexte dans lequel l'usage d'Internet est devenu problématique de même que certaines vulnérabilités personnelles pourront également l'éclairer dans son évaluation.

[7] La perte de contact avec la réalité est un phénomène associé à la psychose : « Si l'individu semble avoir une conviction inébranlable en la réalité de sa perception ou de sa position, il peut s'agir d'une conviction psychotique. De façon générale, la psychose se caractérise par la perte de contact avec la réalité ou une partie de celle-ci, de même que par une désorganisation de sa vie, de ses émotions ou de sa personnalité. » **http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=64**,11,0,0,1,0, à troubles psychotiques, consulté le 2011-08-01.

4/ LES TROUBLES CONCOMITANTS

Les chapitres suivants s'intéressent davantage à l'intervention. Ils visent essentiellement à rassurer les intervenants qui, devant un problème de santé mentale associé aux nouvelles technologies, pourraient en venir à croire que leur formation est désuète. La cyberdépendance est un cas particulier de la grande famille des dépendances.

4.1 LE PHÉNOMÈNE DE LA COMORBIDITÉ

La comorbidité est la présence, chez une même personne ou chez un groupe de personnes, d'une combinaison de problèmes mentaux ou psychiatriques. Les troubles les plus fréquents sont l'association de diverses dépendances – par exemple, la moitié des joueurs pathologiques ont également une dépendance à l'alcool – et l'association des troubles liés aux substances avec des troubles de l'humeur ou de l'anxiété, avec des troubles de la personnalité, avec des troubles sévères, tels le trouble bipolaire ou la schizophrénie. L'idée selon laquelle un trouble mental ne vient pas seul n'est pas nouvelle. Ceux qui se sont intéressés à la surconsommation de substances ont souvent fait des liens entre le développement d'une consommation inadaptée et une très grande détresse psychologique liée à des conditions de vie déplorables, à la survenue d'une épreuve ou encore à une situation d'insatisfaction chronique. Le processus est vraisemblablement similaire pour toutes les dépendances.

Les troubles mentaux concomitants constituent un objet de préoccupation sur le plan clinique parce qu'il est plus difficile de retenir en traitement les clients qui présentent plusieurs troubles en même temps : ils quittent le traitement prématurément, de façon plus hâtive que les clients avec un seul diagnostic, et les traitements ont sur eux une efficacité réduite. Ces abandons ont été expliqués, notamment, par les difficultés de ces personnes à s'engager dans le traitement et à établir une alliance thérapeutique. Ils ont perdu espoir qu'une amélioration de leur rapport à l'écran est possible, ils ont peine à croire que quelqu'un a la compétence pour les accompagner dans ce qu'ils estiment être un long calvaire (Nadeau, 2001a ; 2001b). Bref, ils sont dépendants et présentent une détresse psychologique qui atteint le seuil clinique.

L'importance accordée à la comorbidité repose sur la constatation de la prévalence élevée du phénomène chez les personnes qui prennent la décision de consulter pour des problèmes de dépendance. De fait, c'est la règle plutôt que l'exception en clinique. Ce sont les cas les plus graves de la population générale qui viennent en traitement et ceux qui, dans la population

générale, présentent la prévalence la plus élevée de comorbidité psychiatrique (Centre de toxicomanie et de santé mentale & Stratégie canadienne antidrogue, 2002). Bien que nous n'ayons pas de données à cet effet, on peut penser que c'est également le cas de personnes qui, actuellement, consultent pour cyberdépendance au Québec alors qu'aucun service n'est publicisé à cet effet : on peut faire l'hypothèse que, s'ils viennent en traitement, c'est que la détresse ressentie est incapacitante.

Pour les besoins de ce document, nous examinerons seulement deux types de comorbidité : l'association avec les troubles liés aux substances, d'une part, et les troubles anxieux et de l'humeur, d'autre part.

4.2 LES TROUBLES ASSOCIÉS

Il est prudent d'examiner si les personnes qui viennent chercher de l'aide pour cyberdépendance ont également une consommation excessive ou problématique d'alcool et/ou de drogues. Cette évaluation peut se faire de la même manière qu'elle se fait dans les CRD ; nous ne nous y attarderons pas puisque cette compétence est maîtrisée dans les CRD. Pour commencer, on peut tout simplement demander à la personne de nous décrire sa consommation d'alcool, de drogues et de tabac. On peut, si on veut, utiliser le repère qui est proposé en annexe, ce qui permet d'identifier si la consommation de produits a lieu au même moment que les activités sur Internet ou dans un contexte différent.

Si Internet est utilisé comme moyen d'échapper, du moins subjectivement, à des responsabilités, des difficultés interpersonnelles ou émotionnelles (Quayle & Taylor, 2003 ; Young, Pistner, O'Mara, & Buchanan, 1999), on suggère au clinicien d'être vigilant quant aux autres troubles mentaux concomitants. Ce mécanisme d'évitement peut être le signe d'une comorbidité. Le processus est bien connu pour les substances et il est le même pour la cyberdépendance. À court terme, le recours à Internet soulage la personne et lui permet, subjectivement, d'oublier ses difficultés. La personne prend donc acte, consciemment ou non, qu'Internet est une réponse efficace à sa détresse. Ce conditionnement rend l'évitement de plus en plus facile et la modification de la conduite de plus en plus difficile, comme dans tous les cas de comorbidité. D'autres auteurs ont nommé ce processus automédication. Quel que soit le vocable, le processus est le même : la cyberdépendance a commencé par être une solution à un problème avant de devenir un problème à part entière. Dans les groupes de discussion que nous avons menés et dans les cas que nous avons examinés, plusieurs personnes semblaient effectivement présenter une détresse psychologique cliniquement significative tout en étant dépendantes d'Internet. Mais il s'agit d'anecdotes parce que nos cas ne sont pas assez nombreux.

Certains cas présentaient des profils de troubles concomitants auxquels notre pratique avec les clients dépendants ne nous avait

pas habitués. Pour certains, Internet a constitué un mode de valorisation que seule la toile, avec son anonymat et ses jeux en ligne, peut apporter à une personne. Quelques individus avaient des traits narcissiques et les jeux vidéo ont été pour eux l'occasion d'être conformes à leur soi idéal, un être en contrôle, tout puissant, admiré, un *king*. On comprendra que le retour à la réalité est plus difficile pour ces personnes. D'autres personnes ont présenté des mécanismes de défense qui ont exigé un travail nouveau et patient des cliniciens. En effet, certaines personnes aux traits de personnalité dépendante étaient incapables d'accepter que leur interlocuteur, qu'elles ne connaissaient que par Internet, les avait trompées et qu'il était manifestement un imposteur qui visait à tirer profit de leur incrédulité. Elles étaient incapables d'accepter qu'elles avaient été trahies. Certains cas avaient donné d'importantes sommes d'argent à ces imposteurs, et il n'a pas été facile de les aider à mettre un terme à ces dons. Enfin, parmi les personnes ayant consulté pour cyberdépendance, plusieurs ne consommaient pas de substances psychoactives et avaient des symptômes subcliniques de dépression et d'anxiété. Elles étaient rivées à l'écran de 70 à 90 heures par semaine, et nous avons fait le parallèle entre l'effet hypnotique de la télévision et celui de l'écran. Ces personnes décrivaient une vie sans intérêt, sans attachement, laissant au clinicien une impression plus ou moins profonde de vide, d'inutilité, une sorte de syndrome amotivationnel. Ces personnes semblaient « passer le temps » devant l'écran. Nous ne savons pas quelle est la définition clinique de ce qui est apparu à notre équipe comme une condition comorbide que nous ne savons trop comment nommer présentement.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Portrait psychologique
Les cliniciens font ressortir différentes caractéristiques psychologiques chez les cyberdépendants qu'ils ont rencontrés (majoritairement adolescents), les plus saillantes étant : une fragilisation de l'identité, une image de soi mal définie (non intégrée), une faible estime de soi, une impression globale d'avoir peu de pouvoir sur sa propre vie, des faiblesses marquées au niveau des habiletés sociales et une souffrance liée aux difficultés relationnelles. La majorité serait des jeunes inhibés, introvertis, timides, réservés, plutôt renfermés sur eux-mêmes et présentant des difficultés à exprimer leurs besoins et émotions. Ils sont aussi décrits comme souffrant de problèmes émotionnels au sens large, en tant que « *mal-être généralisé* », « *ne pas être bien avec soi-même fondamentalement* ».

4.3 CONCLUSION

En matière de comorbidité, l'intervenant devrait garder en mémoire que la concomitance de troubles mentaux et d'une dépendance n'est pas la juxtaposition de plusieurs pathologies mentales, mais bien une intégration de plusieurs troubles dans un seul tableau clinique. Dans le cas qui nous occupe, c'est un jeu d'interactions entre ce que l'on nomme ici la cyberdépendance et les caractéristiques des autres troubles mentaux qui font partie du tableau clinique. Au niveau phénoménologique, c'est-à-dire de l'expérience vécue, indépendamment des divers diagnostics qui sont mis en cause, le tableau clinique des troubles multiples et concomitants doit être conceptualisé comme un tout organique. Ce sont les émotions, les cognitions et les comportements associés à tout ce que vit la personne qui sont l'objet de la demande d'aide.

Une partie de la clientèle rencontrée à ce jour dans les CRD présentait un usage problématique d'applications qui relève d'un autre champ que celui de la cyberdépendance. Les usagers qui jouent aux jeux de hasard et d'argent en ligne devraient être adressés au programme de jeu pathologique d'un CRD. Les utilisateurs de sites pornographiques devraient être dirigés vers des organismes qui offrent des traitements aux personnes aux prises avec une paraphilie ou une déviance sexuelle. Par ailleurs, certains hommes qui consultent des sites pornographiques viennent en traitement parce que leurs compagnes l'exigent. Le clinicien doit alors s'interroger s'il agit d'un problème de couple ou d'un problème qui relève de la sexologie.

Enfin, l'Association des centres en réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) a produit un document fort utile sur la comorbidité, et il est disponible en ligne (Beaumont et al., 2005).

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

L'expérience d'un clinicien avec un client présentant un trouble concomitant de santé mentale et de cyberdépendance

« *Moi, le client que je vois actuellement, il a un suivi en santé mentale. Il a un trouble de personnalité. Ça fait deux ans qu'il n'a pas travaillé, et puis, il est suivi par une psychologue du CLSC de son territoire. Il vient chez nous pour la cyberdépendance. […] Donc, on est deux personnes, pas de la même place, mais on travaille ensemble. On a des autorisations pour se parler... Puis, quand il vient me voir, il sait que c'est pour la cyberdépendance et puis quand il va en santé mentale, il sait pourquoi il va là. Je pense qu'il va mieux.* »

« *On essaie de ne pas tout mêler. S'il parle de cyberdépendance, sa thérapeute lui dit de venir m'en parler. Chez elle, quand il va la rencontrer, il ne dira pas un mot de cyberdépendance. Mais quand il vient me voir, il s'est passé des choses avec l'autre. Il lui arrive de pleurer dans mon bureau parce qu'il a appris avec son autre thérapeute que, finalement, il s'est élevé tout seul et que son côté affectif est vide. Depuis, il a diminué son jeu* » (Clinicien).

5/ LES STRATÉGIES CLINIQUES

Devant l'idée d'aborder la thérapie pour un problème aussi nouveau que celui de la cyberdépendance, les auteurs du présent texte souhaiteraient rappeler quelques constatations rassurantes, issues de la documentation scientifique, qui s'appliquent à toutes les psychothérapies.

Premièrement, une constellation d'études permet maintenant de constater que la variable clé de l'efficacité thérapeutique est l'expertise du clinicien, soit son aptitude personnelle à s'adapter à ce qu'il y a d'unique chez son client (Asay & Lambert, 1999 ; Association des centres en réadaptation en dépendance du Québec, 2010 ; Baldwin, Wampold & Imel, 2007 ; Barlow, 2004 ; Beutler et al., 2003 ; Castonguay & Beutler, 2006 ; Ilgen, McKellar, Moos, & Finney, 2006 ; Morgenstern & McKay, 2007 ; Pilgrim, Rogers & Bentall, 2009). Ce sont les compétences facilitatrices qui distinguent les meilleurs cliniciens des autres – leur capacité à être chaleureux et empathiques, à exprimer des émotions, à persuader, à mettre en mots ce qui se passe, à résoudre des problèmes et à donner de l'espoir. En bref, la capacité des intervenants de parler à leurs clients, à chacun d'eux « personnellement en personne », tout en mettant leurs compétences professionnelles au service des projets de leurs clients (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, & Vermeersch, 2009). Pilgrim, Rogers et Bentall, (2009) résument l'état de la question dans un article remarquable qui fait le point sur cette question :

« Des recherches élaborées et répétées sur le lien entre le processus et l'issue du traitement ont démontré que la *qualité de la relation* [ital. des auteurs] prédit de manière répétée l'issue du traitement, indépendamment du modèle de référence ou de la condition traitée. Il y a des variations à cet égard à l'intérieur d'un même modèle et entre les modèles et les nouveaux thérapeutes peuvent être aussi efficaces que les plus expérimentés. Ainsi, ce sont les qualités du thérapeute (c.-à-d. une personne de confiance et chaleureuse) et du client (c.-à-d. qui exprime activement le besoin de faire confiance à un soignant digne de foi) qui entrent *en interaction* [ital. des auteurs] de manière importante. Par exemple, un thérapeute de confiance peut se référer à un modèle qui ne fait pas de sens pour un client qui demande de l'aide et le client quittera le traitement. Ainsi, c'est la relation, plutôt que les qualités de chacune des parties, qui semble importante dans la prédiction de l'issue du traitement » (p. 244, Traduction des auteurs).

Les cliniciens capables d'engager les forces vives de leurs clients au service de leur amélioration ont des clients qui vont mieux. Ce sont ces mêmes habiletés qui devraient être utiles avec les clients qui se présentent pour cyberdépendance. Pour en savoir plus, nous suggérons de consulter le document en ligne suivant : *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en*

dépendance, rédigé par un groupe de collègues réunis par l'Association des centres en réadaptation en dépendance du Québec (Desrosiers & Ménard, 2010) et plus spécifiquement le chapitre sur l'alliance thérapeutique (p. 32).

En second lieu, aucune technique qui a fait l'objet d'une évaluation systématique n'est supérieure à une autre. Bien que, statistiquement, ce ne soit pas un résultat significatif, il serait sans doute imprudent de penser que le cadre thérapeutique, quel qu'il soit, est inutile. Pour plusieurs clients, la lecture interprétative de leur tableau clinique est une composante de leur rétablissement parce que le clinicien donne une représentation verbale éclairante à des représentations mentales complexes qui sont là, qui agissent et qui constituent des handicaps au quotidien pour leurs clients. Force est cependant de constater que, analyse statistique après analyse statistique, le sentiment d'être reconnu comme personne prend le pas, quantitativement, sur le modèle théorique du clinicien. Le messager qu'est le clinicien compte davantage que le contenu du message lui-même dans l'efficacité du traitement au point d'annuler, du moins statistiquement, l'effet des différents modèles théoriques. En bref, de nombreux travaux de recherche clinique ont été faits afin d'identifier quelle approche ou méthode de traitement en psychothérapie est la plus efficace. Toutes les études en viennent à la même conclusion : les approches qui ont été évaluées sont d'une efficacité équivalente. C'est le clinicien qui fait la différence.

Un exemple de cette équivalence des approches est donné dans le second groupe de discussion que nous avons mené avec les cliniciens qui ont reçu en consultation des personnes aux prises avec une cyberdépendance. Ceux-ci avaient des modèles théoriques, et donc des interprétations, très différentes des problèmes que rencontraient leurs clients. Par exemple, dans ce groupe de discussion, il y avait : 1) un participant qui travaillait exclusivement dans une approche motivationnelle ; 2) un autre qui avait une approche systémique axée sur l'analyse du réseau relationnel de la personne ; 3) un troisième adoptait une approche psychodymanique axée sur l'analyse des problèmes sous-jacents ; 4) un quatrième travaillait dans une approche intégrée en collaboration avec les services de santé mentale et de sexologie de sa région. Or, le dénominateur commun de tous ces cliniciens était leur engagement vis-à-vis de leurs clients et leur capacité de nous faire entendre ce qu'il y avait d'unique dans chacune des personnes qui les avaient consultés. Ils cherchaient avec leurs clients comment aller mieux et aimaient faire ce travail avec eux. Leur attitude illustrait pourquoi aucune technique qui a fait l'objet d'une évaluation systématique n'est supérieure à une autre alors que, dans l'algorithme du succès, la compétence clinique des thérapeutes ressort comme une variable clé.

En troisième lieu, l'issue du traitement dépend largement des caractéristiques des clients à leur arrivée en traitement. Les analyses statistiques des enquêtes d'épidémiologie psychiatrique, ici et ailleurs, indiquent que le niveau socioéconomique constitue le principal prédicteur des troubles mentaux (Kairouz,

Boyer, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008). Sous cette variable parapluie qu'est le niveau socioéconomique, outre le revenu, sont notamment compris le QI et autres variables génétiques, le réseau social de soutien et les ressources offertes dans la collectivité, tels les systèmes scolaire, d'aide sociale et de justice, et les possibilités d'emploi. Ce sont ces facteurs qui soutiennent, ou limitent, à court et à long terme, le rétablissement des clients qui utilisent les services cliniques. Ces inégalités sociales liées aux caractéristiques socioéconomiques des clients sont une constante dans tous les échantillons, populationnels ou cliniques. Elles sont incluses, même si les auteurs ne les nomment pas explicitement, dans les études de Asay et Lambert (1999) lorsqu'ils en viennent à la conclusion que le succès thérapeutique est déterminé à 55 % par les variables qui précèdent l'admission en traitement. Il est impossible que cela ne soit pas également vrai pour les clients cyberdépendants. En bref, les cliniciens n'exercent aucun commandement sur les contraintes que sont la pauvreté, le chômage, la solitude, une intelligence au-dessous de la moyenne, bien que ces limites affectent considérablement l'efficacité de leur intervention. En un mot, la thérapie est efficace, mais elle est plus efficace pour les uns que pour les autres selon la position du client à la ligne de départ.

Cela dit, la thérapie est efficace : que ce soit pour les problèmes de santé mentale ou pour les addictions, les groupes de personnes qui ont été en traitement s'améliorent davantage que les groupes qui n'ont pas profité de services cliniques. Comment ne pourrait-il en être ainsi pour les personnes aux prises avec une cyberdépendance ?

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

L'abstinence

« *Ce qu'ils me disent pour pouvoir arriver à cesser l'utilisation, il faut passer souvent par la diminution; on n'a jamais, en tout cas à date, on n'a jamais fait du 50 heures à 0. Il y a toujours une gradation, pour changer le contexte, le mode de vie puis joindre d'autres activités pour changer, pour remplacer…* » (Clinicien 1).

« *Peut-être à court terme, comme une désintox… Pour que, vraiment, il se retrouve, reprenne un équilibre. Peut-être que cette ouverture-là, quand c'est 60 heures [sur Internet], peut- être, je ne sais pas… Ça devient un moyen, l'abstinence est un moyen pour, des fois, se rééquilibrer. Parce que si tu veux savoir jusqu'où t'es pogné, arrête ! Mets-toi en abstinence et là tu vas avoir plein d'affaires qui vont venir à ta face, à savoir : jusqu'où je suis pris, jusqu'où ça me crée des malaises. Et là, tu peux comparer entre l'état où tu étais et l'état actuel, étant donné le manque; mais après ça tu vas avoir besoin souvent d'un rééquilibre* » (Clinicien 2).

5.1 L'ABSTINENCE OU LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

Si on peut vivre sans alcool ou sans tabac, il n'était pas envisageable pour plusieurs cliniciens dans nos groupes de discussion de proposer l'abstinence aux personnes cyberdépendantes. Une non-utilisation complète d'Internet ne semblait pas un objectif réaliste dans le contexte

actuel, et ce, pour plusieurs raisons : il s'agit d'un moyen de communication facile et accessible, omniprésent sinon indispensable dans certains milieux, et largement valorisé dans notre société. Chez les adolescents notamment, Internet et ses multiples applications sont aussi un outil de reconnaissance et d'appartenance. L'abstinence pourrait avoir des effets négatifs, entre autres en marginalisant et en excluant des jeunes qui seraient privés de ce mode de communication. Par contre, proposer l'abstinence (spécifique à certaines applications) à des clients permettrait d'évaluer la place qu'occupe Internet dans leur vie et de mesurer jusqu'à quel point ils en sont dépendants.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

La réduction des méfaits
« *J'ai l'impression qu'effectivement, quand tu travailles "dans la réduction", où la personne fait des essais-erreurs, j'ai l'impression que si la personne réussit à diminuer, pas à arrêter mais à diminuer, je pense que là, les vraies choses, les vrais problèmes finalement vont apparaître. Je trouve ça aussi au niveau du jeu à un moment donné… Et puis, ils vont vivre la solitude, des choses parfois beaucoup plus profondes comme ça. Je pense qu'à ce moment-là, on peut y avoir accès* » (Clinicien).

Bref, comme pour l'obésité où les personnes en surplus de poids doivent trouver une nouvelle manière de manger, Internet est devenu une sorte de nourriture essentielle à la survie psychosociale. Le travail du clinicien est d'aider son client à trouver une nouvelle manière d'utiliser Internet. Les extraits ci-contre font état du débat qui a eu lieu sur les questions relatives à l'abstinence et à la réduction des méfaits. À cette étape-ci de l'évolution des travaux, les auteurs choisissent de poser la question plutôt que d'y répondre. Nous avons dit que cet état des connaissances est un *work in progress*, une réflexion inachevée. C'est au lecteur de la compléter.

5.2 LES PRATIQUES RECONNUES DANS LE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

À partir des constatations précédentes, le clinicien peut recourir à l'une des approches thérapeutiques reconnues efficaces avec laquelle il est à l'aise et familier pour intervenir et établir un plan de traitement auprès d'une personne qui présente des signes de cyberdépendance. Parmi celles-ci, mentionnons notamment l'approche motivationnelle et l'approche comportementale cognitive. De plus, puisque les impacts liés à un usage problématique d'Internet se répercutent sur toutes les sphères de vie de la personne cyberdépendante, et en premier lieu sur les membres de l'entourage – couple, famille – une approche systémique mérite d'être envisagée. Les cliniciens des CRD ont utilisé les stratégies suivantes : donner une banque de temps Internet au cours de la semaine pour aider les clients à développer de l'autocontrôle ; tenir un journal de bord pour bien évaluer son emploi du temps ; planifier les

temps libres d'avance afin d'avoir des activités incompatibles avec l'utilisation d'Internet.

Il faut mentionner que plusieurs personnes qui ont consulté dans les CRD pour cyberdépendance sont souvent étonnées de l'ampleur de leur désinsertion sociale. Le terme utilisé par les cliniciens est celui de personnes qui « se sont enlisées dans la cyberdépendance » et qui mesurent mal l'écart qui s'est creusé entre elles et leurs vis-à-vis en matière d'habiletés sociales. Deux cliniciens de notre groupe ont pris la décision d'adresser leurs clients à un traitement en interne et ce fut un succès. En effet, leurs clients étaient très démunis, avaient perdu ou jamais acquis des habiletés sociales de base. Ils en étaient venus à croire que, seul un séjour en résidence, avec un emploi du temps rigide et « normal » (un lever

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Approche systémique et entourage
La majorité des cliniciens associent d'ailleurs les membres de l'entourage à leur intervention. Une approche systémique, permettant à la fois de travailler sur les différentes composantes de la vie d'une personne et de mettre à contribution les ressources appropriées, est également préconisée.

- « *[Pour réduire le temps d'utilisation], c'est graduel, y aller par désensibilisation… puis il y a toujours la collaboration. Quand c'est la conjointe, je la fais venir, et puis on regarde ça ensemble. On va signer un contrat, une entente pour que les deux soient d'accord, et que lui aussi, le joueur d'Internet, soit d'accord* » (Clinicien).

- « *C'est l'usager qui décide de sa durée ?* » (Chercheur).

- « *Oui parce que je veux qu'il garde son "power", je trouve ça bien important parce que je vais le perdre sinon; il va à son rythme aussi. Je cherche des alternatives aussi : je remplace le nombre d'heures [sur Internet] par autre chose. Par exemple, pour une phobie sociale, je vais l'envoyer à Phobies-Zéro, dans les groupes, pour qu'il apprenne à s'affirmer, et pour faire quelque chose pour compenser. Je fais cela parce que je n'ai pas le feeling que ça marcherait si on n'offrait rien au retour, j'en suis convaincu…* » (Clinicien).

Lorsqu'il s'agit d'adolescents qui consultent en raison d'un usage problématique d'Internet, la participation des parents est fortement encouragée, voire essentielle au traitement.

et un coucher qui suit le soleil, trois repas par jour, une hygiène corporelle minimale, un programme d'activités sociales) permettrait une véritable réadaptation à la vie en collectivité. Cet exemple traduit bien les besoins de certains clients cyberdépendants. Ils ont littéralement besoin de réapprendre à vivre dans une collectivité non virtuelle.

En conclusion, nous référons à nouveau nos lecteurs au G*uide de pratique et offre de services de base pour les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD* publié par l'ACRDQ. Nous n'irons pas plus loin en cette matière puisque ce document disponible en ligne décrit mieux que nous ne pourrions le faire des approches qui ont fait leurs preuves.

« *Je pense que c'est un problème beaucoup plus complexe. Il faut regarder avec les parents par rapport à l'encadrement parce que je trouve que c'est un incontournable. C'est quoi l'histoire familiale, en termes soit de l'ordinateur ou au niveau de l'encadrement, jusqu'où les parents sentent qu'ils sont encore chez eux ou qu'ils ne sont plus dans leur propre maison. Dans ce sens-là, je pense que l'on ouvre une grosse porte avec les parents au niveau de leur rôle parental, au niveau de l'encadrement, jusqu'où ils sont encore à l'aise. Il y a beaucoup de parents qui ne sentent plus qu'ils ont aucun pouvoir à la maison et ce n'est peut-être pas juste au niveau de l'Internet.* »

« *Moi, j'invite le parent à venir me voir parce qu'il a un rôle à jouer là-dedans. Puis, c'est toujours la personne qui appelle qui souffre. Si le jeune ne veut pas me parler au téléphone, j'invite le parent : "Venez me voir, on va regarder ça avec vous". Ce n'est pas un problème qui date de la journée d'avant, c'est un problème qui date de très loin souvent… probablement pas juste en lien avec Internet* » (Clinicien).

Il est donc courant de donner des conseils et d'élaborer un plan d'intervention avec la complicité du ou des parents.

« *C'est beaucoup de coaching en cyberdépendance, beaucoup de coaching parental : là, ça va faire la différence entre vous, là, votre fils présente des difficultés, je pense qu'il faut s'entendre sur le plan d'intervention… Il faut être beaucoup interventionniste pour faire une intervention parentale, pour mobiliser les deux parents et intervenir sur un cadre qui devrait être acceptable. Et c'est encore plus délicat dans les familles recomposées, vous le savez, les enfants de l'autre conjoint…* » (Clinicien).

5.3 LES OUTILS PROPRES À LA CYBERDÉPENDANCE

Certains outils propres à l'usage problématique d'Internet peuvent également soutenir le clinicien dans son intervention. Ces outils permettent à la fois d'évaluer le temps passé en ligne, les applications privilégiées et les pensées associées dans l'attente de leur usage, pendant celui-ci ou dans sa privation. Ils peuvent notamment aider à rétablir l'équilibre entre les habitudes de vie élémentaires comme le sommeil, l'alimentation, l'hygiène, les activités scolaires, professionnelles ou sportives, les loisirs, les relations familiales et interpersonnelles.

EXTRAITS DU PROJET PILOTE SUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA CYBERDÉPENDANCE :
ANALYSE DES GROUPES DE DISCUSSION

Un clinicien propose le transfert d'activités soit en identifiant les besoins déficitaires, soit en dressant un inventaire des passions et activités délaissées au profit d'Internet.

« *Moi, j'utilise la réalité-thérapie. J'essaie de partir dans cette approche-là. Voir le vouloir de la personne : qu'est-ce que tu veux dans la vie ? Qu'est-ce que tu veux dans la vie, puis essayer de voir à quel besoin déficitaire Internet correspond. Donc, des comportements d'être sur Internet ça venait combler tel et tel aspect. Aussi, on essaie de trouver des comportements compatibles pour satisfaire ses besoins, une autre façon d'expérimenter ces comportements-là, donc c'est assez comportemental…*

On fait un inventaire, des suggestions, pour voir qu'est-ce que la personne faisait avant d'être sur Internet ? » (Clinicien).

Nous avons mis deux documents en annexe. Ils sont du domaine public et peuvent donc être utilisés sans contrevenir aux droits d'auteurs. Il faut cependant citer les sources, lesquelles sont :

1) Le protocole que nous avons utilisé pour notre étude de cas dans le réseau des centres de réadaptation en dépendance. Nous l'avons inclus en annexe 1 parce que les tableaux qui ont été développés par l'équipe se sont avérés particulièrement utiles : celui de la Question 15 sur les différents contenus et applications permet d'établir le répertoire des activités sur Internet et de déterminer certaines caractéristiques qui peuvent guider l'intervenant dans le plan de traitement ; celui des Questions 16 et 17 qui permettent de visualiser les moments au cours de la semaine où l'utilisation est la plus concentrée et de faire le total du nombre d'heures d'utilisation.

2) Une grille d'auto-observation à l'intention des personnes aux prises avec une utilisation problématique d'Internet, est jointe en annexe 2. Développée par la psychologue Marie-Anne Sergerie, cette grille peut aussi être consultée et téléchargée sur le site www.cyberdependance.ca.

Nous avons par ailleurs renoncé à mettre en annexe l'un des outils suggérés dans la littérature, Internet Addiction Test (IAT) de Kimberley Young. Ce sont les données préliminaires de l'étude de cas en cours qui nous ont incités à ne pas proposer cet instrument. En effet, nos résultats signalent que ce test ne détecte pas adéquatement les cas, de telle sorte que plusieurs ne sont pas signalés.

CONCLUSION

\6

Le présent état des connaissances ne prétend pas répondre à toutes les questions que soulève l'utilisation excessive d'Internet qui s'apparente à d'autres formes d'addiction et appelée ici cyberdépendance. Il vise tout de même, dans l'état actuel des connaissances, à jeter l'éclairage le plus juste et précis possible sur un phénomène en émergence et encore mal défini. Ces informations devraient soutenir et outiller les cliniciens, d'une part, en éveillant leur vigilance face aux signes et manifestations d'un usage problématique d'Internet et, d'autre part, en leur proposant des éléments de compréhension susceptibles de guider leurs interventions.

Nous pouvons sans crainte affirmer que la croissance d'Internet de même que la démultiplication des applications et des moyens qu'il emprunte ne sont pas près de s'essouffler. Or, tout comme il nous est impossible de prédire jusqu'où iront ces avancées technologiques, nous ne pouvons prévoir les effets délétères que le monde virtuel pourrait avoir sur certaines personnes. S'il est possible qu'Internet, ou à tout le moins quelques-unes de ses applications, soit potentiellement addictogène, les risques et l'ampleur des méfaits qu'il pourrait engendrer au niveau populationnel demeurent pour l'instant méconnus, et marginaux. Malgré l'omniprésence du Web et des nouvelles technologies dans toutes les sphères de nos vies, il convient de rappeler que la très grande majorité des utilisateurs font un usage non problématique d'Internet et qu'ils y trouvent une source de plaisir, de développement ou de productivité, et même, pour certains, un espace d'évasion et de liberté.

On ne peut oblitérer le fait qu'il y a risque de dépendance et que certaines personnes sont plus à risque que d'autres. Les problèmes et la souffrance éprouvés par les personnes venues chercher de l'aide dans les CRD en raison d'une utilisation problématique d'Internet sont bel et bien réels, profonds et souvent complexes. Mais nous ne sommes pas ici en présence d'une épidémie qui menace tous les adeptes du cyberespace ; au rythme où Internet se développe et s'immisce dans nos foyers, notre travail et nos loisirs, nous le saurions. D'ailleurs, si c'était le cas, les CRD seraient débordés de demandes provenant de personnes incapables de se « libérer » d'Internet.

Une mise en garde s'impose pour éviter que des appréhensions et des opinions ne prennent le pas sur la réalité, attribuant au Web le poids de tous les maux de nos sociétés modernes. Ce formidable moyen de communication et d'apprentissage a radicalement transformé nos vies, certes ; mais malgré les craintes et les questionnements que peut susciter cette nouvelle ère technologique et virtuelle, la prudence et la rigueur devraient nous prémunir contre les jugements précipités. L'évolution à la fois fulgurante et imprévisible des moyens technologiques, et l'anticipation des problèmes qui pourraient en résulter, ne peut justifier,

d'un point de vue clinique et scientifique, de conclusions hâtives. Des croyances erronées et des projections alarmistes risqueraient même de nous détourner des problèmes spécifiques pouvant découler d'un usage problématique d'Internet, occultant du même coup les besoins réels des personnes qui en souffrent, notamment les comorbidités associées et les difficultés avec leur réseau de proches.

Nos travaux avec les cliniciens qui ont recueilli des données sur les cas de cyberdépendance nous ont appris qu'il faut se questionner à partir de zéro, presque faire *tabula rasa* avec les personnes qui consultent. Sans rejeter tout ce qu'on a appris dans le champ des dépendances, il nous semble utile d'avoir une oreille neuve pour entendre ce qu'Internet pourrait apporter de nouveau. Les personnes qui ont consulté présentaient des tableaux cliniques assez différents des cas de dépendance aux substances ou aux jeux de hasard et d'argent. Il nous apparaît nécessaire de penser l'intervention clinique en cyberdépendance à la fois en continuité et en rupture avec les acquis des autres dépendances.

Dans l'état actuel des connaissances, et en l'absence de critères diagnostiques valides et reconnus, les cliniciens peuvent donc, pour l'instant, en référer à ce guide pour intervenir le plus adéquatement possible auprès des personnes qui les consultent en raison d'une dépendance à Internet. Les personnes aux prises avec cette dépendance qui vient d'apparaître, aux représentations nouvelles, peuvent être traitées avec les moyens qui nous sont connus. On ne peut exclure par ailleurs que certaines techniques s'avèrent plus efficaces que d'autres, selon le tableau clinique de la personne. Cela dit, la relation que le clinicien établit avec chacun de ses clients aux prises avec une dépendance continuera d'être, au moins jusqu'à ce que ces travaux de recherche soient invalidés, la pierre angulaire de tout processus thérapeutique.

ANNEXE 1
ENTREVUE D'ÉVALUATION

PROJET DE RECHERCHE
L'ÉVALUATION DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE « CYBERDÉPENDANCE »

Recherche menée par / **Magali Dufour** / Université de Sherbrooke / **Sylvie R. Gagnon** / Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin, CSSS du Nord de Lanaudière / **Louise Nadeau** / Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Numéro du participant : _____ **Code postal du participant :** _____

Date de l'entrevue : _____ / _____ / _____ **Durée de l'entrevue :** _____
jour mois année

INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Sexe : Féminin ○ Masculin ○

2. Date de naissance : _____ / _____ / _____
jour mois année

3. Quelle est votre nationalité ? _____

4. Quel est votre lieu de naissance ? _____

5. Quelle est votre langue d'origine ? _____

6a. Quel est votre lieu de résidence ?

○ 1. propriétaire ○ 4. chez les parents ○ 6. sans abri
○ 2. locataire ○ 5. en milieu institutionnel ○ 7. autre : _____
○ 3. chambreur

6b. Depuis combien de temps ? _____

7a. Quel est votre état civil ?

○ 1. marié ○ 3. veuf ○ 5. séparé
○ 2. en couple ○ 4. divorcé ○ 6. célibataire

7b. Depuis combien de temps ? _____

8a. Avez-vous des enfants ? (si non = 0, si oui = inscrire le nombre) _____

8b. Identifier l'âge de chacun de vos enfants

_____ _____ _____ _____ _____ _____

9. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété ?

○ 1. aucun niveau complété ○ 3. secondaire ○ 5. universitaire
○ 2. primaire ○ 4. collégial ou technique ○ 6. universitaire gradué

10. Quel est votre statut d'emploi actuel ?

- ○ 1. travailleur temps plein
- ○ 2. travailleur à temps partiel
- ○ 3. chômage
- ○ 4. étudiant avec travail
- ○ 5. étudiant sans travail
- ○ 6. aide sociale
- ○ 7. autre : spécifiez _____

11. Quel est votre occupation habituelle ou champ d'études : _____

12. Nous n'avons pas besoin du montant exact, mais pourriez-vous nous indiquer la catégorie dans laquelle se situe votre revenu annuel avant impôt (excluant celui du ou de la conjoint(e)).

- ○ a) Moins de 20 000 $
- ○ b) Entre 20 000 $ et 30 000 $ (29 999,99 $)
- ○ c) Entre 30 000 $ et 40 000 $
- ○ d) Entre 40 000 $ et 50 000 $
- ○ e) Entre 50 000 $ et 60 000 $
- ○ f) Entre 60 000 $ et 70 000 $
- ○ g) Entre 70 000 $ et 80 000 $
- ○ h) Entre 90 000 $ et 100 000 $
- ○ i) Entre 100 000 $ et 120 000 $
- ○ j) Entre 120 000 $ et 150 000 $
- ○ k) Ou plus de 150 000 $?

INFORMATIONS EN REGARD DE L'UTILISATION D'INTERNET

13. Depuis quand utilisez-vous Internet : _____
(Date de la première utilisation, problématique ou pas)

14. Considérez-vous avoir un problème de cyberdépendance?

- ○ OUI
- ○ NON
- ○ NE SAIT PAS

15. À l'aide du tableau, dites-nous quelles sont les applications que vous utilisez sur Internet, quelles soient problématiques ou non.

Contenus / Applications	Utilisez-vous cette application à des fins		À votre avis, cette application est-elle problématique ?	Depuis quand est-elle problématique ?	Identifier le site visité
	Personnelles ?	Professionnelles ?			
Courrier électronique (Utilisation sur PC, BlackBerry, etc.)					
Bavardoirs/Clavardage (MSN, AOL, Skype, etc.)					
Blogues /Forum de discussion					
Réseautage social (Facebook, MySpace, Twitter, etc.)					
Messagerie instantanée /Texte (SMS, etc.)					
Jeux d'action et d'aventure (MMORPG, World of Warcraft, Everquest, Second Life, etc.)					
Jeux de hasard et d'argent (PokerStars, etc.)					
Commerce électronique et finance (eBay, Desjardins, etc.)					
Sites d'information (Wikipédia, Cyberpresse, etc.)					
Sites de divertissement (YouTube, Tou.TV, etc.)					
Sites pour adultes (À caractère sexuel, PornoTube, etc.)					
Sites de Téléchargement (Films, musique, etc.)					
Autres (précisez)					

16a. Pour <u>chacune</u> des applications identifiées à la question 15, estimez le nombre d'heures consacrées à son utilisation, et ce, pour chaque moment de la journée. Indiquez l'endroit où vous êtes habituellement lorsque vous utilisez cette application (Faire copie du tableau au besoin)

Identifier l'application :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
Avant-midi Nombre d'heures								
Où ?								
Après-midi Nombre d'heures								
Où ?								
Soirée Nombre d'heures								
Où ?								
Nuit Nombre d'heures								
Où ?								
Total nombre heures/jour								**Total Heures / Semaine**

Pour <u>chacune</u> des applications identifiées à la question 15, estimez le nombre d'heures consacrées à son utilisation, et ce, pour chaque moment de la journée. Indiquez l'endroit où vous êtes habituellement lorsque vous utilisez cette application (Faire copie du tableau au besoin)

Identifier l'application :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
Avant-midi Nombre d'heures								
Où ?								
Après-midi Nombre d'heures								
Où ?								
Soirée Nombre d'heures								
Où ?								
Nuit Nombre d'heures								
Où ?								
Total nombre heures/jour								**Total Heures / Semaine**

Pour <u>chacune</u> des applications identifiées à la question 15, estimez le nombre d'heures consacrées à son utilisation, et ce, pour chaque moment de la journée. Indiquez l'endroit où vous êtes habituellement lorsque vous utilisez cette application (Faire copie du tableau au besoin)

Identifier l'application :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant-midi Nombre d'heures							
Où ?							
Après-midi Nombre d'heures							
Où ?							
Soirée Nombre d'heures							
Où ?							
Nuit Nombre d'heures							
Où ?							
Total nombre heures/jour							

Total Heures / Semaine

17. **Cette question vise à estimer le nombre d'heures consacrées à <u>l'ensemble des applications</u> que vous utilisez, problématiques ou non. (Nombre d'heures passées à l'écran à des fins personnelles et professionnelles).**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant-midi Nombre d'heures							
Où ?							
Après-midi Nombre d'heures							
Où ?							
Soirée Nombre d'heures							
Où ?							
Nuit Nombre d'heures							
Où ?							
Total nombre heures/jour							

Total Heures / Semaine

18a. Y a-t-il un événement particulier qui vous a incité à venir consulter ?
(Cochez la/les réponses)

- ○ 1. Menace de rupture ou pression d'un conjoint
- ○ 2. Perte d'une relation à cause des difficultés reliées à l'utilisation d'Internet
- ○ 3. Menace ou pression d'un parent
- ○ 4. Menace ou pression d'un employeur
- ○ 5. Perte d'un emploi ou problèmes scolaires
- ○ 6. Perte de contrôle des activités et de l'utilisation d'Internet
- ○ 7. Problèmes de sommeil ou de santé physique
- ○ 8. Problèmes au niveau de l'humeur
- ○ 9. Perte de biens matériels importants
- ○ 10. Autres _____

18b. Expliquez

_____

_____

_____

_____

_____

_____

18c. La décision d'entreprendre des démarches pour régler vos problèmes est-elle personnelle ?

○ OUI ○ NON

Si non, qui vous a incité à consulter ? _____

18d. Comment vous voyez-vous à la fin de votre traitement ?

○ 1. Abstinent en regard de vos habitudes d'utilisation d'Internet

○ 2. Utilisateur contrôlé d'Internet

○ 3. Autres _____

18e. Expliquez

_____

_____

_____

_____

_____

_____

19. Jusqu'à quel point votre utilisation d'Internet perturbe-t-elle :
(5 étant le niveau le plus élevé)

	Depuis les 30 derniers jours	Dans les 12 derniers mois
Votre vie conjugale ou familiale (disputes, irritabilité, etc.) ?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre vie sociale (diminution du nombre d'amis, isolement, etc.) ?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre travail (diminution de l'efficacité, absences, retards, etc.) ?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre humeur (anxiété, inquiétudes, stress, déprime, etc.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre sommeil (diminution du nombre d'heures de sommeil, difficulté à s'endormir ou à rester endormi, etc.) ?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre santé physique (ulcères d'estomac, maux de dos, maux de tête, etc.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre qualité de vie (logement, alimentation, soins personnels, etc.)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Votre situation financière ?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Autres :	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

20a. Avez-vous déjà tenté par vous-même de résoudre vos difficultés reliées à votre utilisation d'Internet ?

○ OUI ○ NON

20b. Si oui, dites-nous de quelle façon ?

_____

_____

20c. Avez-vous déjà fait une demande d'aide auprès d'une ressource pour vos difficultés reliées à votre utilisation d'Internet ?

○ OUI ○ NON

20d. Si oui, quelle était cette ressource ?

_____

20e. En quelle année avez-vous bénéficié de cette aide et quelle en a été la durée ?

_____

20f. Est-ce que vous êtes satisfait de l'aide reçue ? Pourquoi ?

_____

_____

_____

20g. Qu'est-ce qui a été aidant pour vous ?

_____

_____

_____

20h. Qu'est-ce qui n'a pas été aidant pour vous ?

_____

_____

_____

21a. Avez-vous un avatar sur Internet ?

○ OUI ○ NON

21b. Si oui, depuis combien de temps avez-vous cet avatar ? _____

21c. Est-ce un personnage

○ féminin ? ○ masculin ?

21d. Combien d'heures avez-vous consacrées à la construction de cet avatar ? _____

21e. Combien d'argent avez-vous dépensé pour développer cet avatar ? _____

22a. Excluant l'utilisation d'un avatar dans un contexte de jeux de rôle, vous arrive-t-il d'utiliser une autre identité lorsque vous utilisez Internet ?

○ OUI ○ NON

22b. Est-ce que cette identité est de sexe

○ féminin ? ○ masculin ?

22c. Dans quelle application ? _____

22d. Pour quelles raisons ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

23a. Quel est le nombre de vos amis dans la vie réelle ? _____

23b. Quel est le nombre de vos amis virtuels ? _____

23c. Avez-vous des personnes significatives sur Internet que vous n'avez jamais rencontrées hors ligne ?

○ OUI ○ NON

23d. Si oui, combien ? _____

24a. En comparaison à votre vie réelle, diriez-vous que :

○ 1. votre vie virtuelle est plus satisfaisante que votre vie réelle

○ 2. votre vie virtuelle est autant satisfaisante que votre vie réelle

○ 3. votre vie virtuelle est moins satisfaisante que votre vie réelle

24b. Expliquez votre réponse à la question 24a.

_____

_____

_____

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

25a. Avez-vous un problème de santé physique chronique qui perturbe votre vie ?

○ OUI ○ NON

25b. Lequel ?

_____

_____

_____

26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé (plus de 24 h) pour des problèmes de santé physique ? (Pourquoi, quand et pendant combien de temps ?)

_____

_____

_____

_____

27. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels,

○ a. dans un hôpital ? (date, durée, diagnostic pour chacun des épisodes)

_____

_____

_____

_____

○ b. en clinique externe ? (date, durée, diagnostic pour chacun des épisodes)

_____

_____

_____

_____

28. Avez-vous présentement un médicament prescrit pour un problème :

○ a. psychologique et émotionnel ?

_____

_____

_____

○ b. de santé physique chronique ?

_____

_____

_____

29. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu d'intenses pensées suicidaires (avec scénario) ?

_____

_____

_____

_____

30. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider ?
Ici, le clinicien tentera d'apprendre la date de l'événement, les moyens utilisés et les services reçus, (hospitalisation, 911).

_____

_____

_____

_____

31. Actuellement, avez-vous d'intenses pensées suicidaires ?

○ OUI ○ NON

(Si oui, selon les besoins cliniques du participant, il convient de s'interroger sur la poursuite du protocole de recherche. On vous propose d'utiliser la grille de repérage à l'appendice pour connaître quelles sont les dispositions à prendre.)

SITUATION JUDICIAIRE

32a. Avez-vous des antécédents judiciaires ?

Ici, le clinicien ne fera pas, au participant, la nomenclature des types de délits possibles, mais il encerclera les éléments correspondant aux éléments de réponses du participant.

- ○ 1. Infractions contre l'application de la loi ?
- ○ 2. Fraude ?
- ○ 3. Port d'arme illégal ?
- ○ 4. Possession et/ou trafic de drogues ?
- ○ 5. Introduction par effraction, vandalisme ?
- ○ 6. Conduite avec facultés affaiblies ?
- ○ 7. Vol ?
- ○ 8. Infractions d'ordre sexuel ?
- ○ 9. Voies de fait ?
- ○ 10. Délits de fuite ?
- ○ 11. Vol qualifié ?
- ○ 12. Agression sexuelle ?
- ○ 13. Homicide, meurtre ?
- ○ 14. Autres : _____

32b. Précisions en regard des antécédents judiciaires

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PLAN FAMILIAL ET RELATIONNEL

33. Existe-t-il dans votre famille des problèmes diagnostiqués de santé physique, de santé mentale ou de dépendance (alcool, drogues et jeu pathologique)? Précisez.

	Santé physique	Santé mentale	Dépendance
Père			
Mère			
Fratrie			
Conjoint(e)			
Enfants			
Famille élargie			

34. Avez-vous vécu de graves problèmes de relation dans les 30 derniers jours avec ...

	OUI	NON	REFUS	COMMENTAIRES
Votre mère				
Votre père				
Vos frères				
Vos sœurs				
Votre conjoint(e)				
Vos enfants				
Autres membres de la famille				
Vos amis				
Vos voisins				
Vos collègues de travail				

35. Avec qui vivez-vous présentement ?

- ○ a) Avec le(la) conjoint(e) et les enfants
- ○ b) Avec le(la) conjoint(e) seulement
- ○ c) Avec les enfants seulement
- ○ d) Avec les parents
- ○ e) Avec des amis
- ○ f) Seul(e) ou en chambre
- ○ g) En milieu institutionnel
- ○ h) Avec un(des) colocataires
- ○ i) Sans-abri
- ○ j) Pas de conditions de vie stables

36. Êtes-vous satisfait de ces conditions de vie ?

○ OUI ○ NON ○ Indifférent

37. Avec qui passez-vous la plupart de vos temps libres ?

○ La famille ○ Les amis ○ Seul

38. Êtes-vous satisfait de cette façon de passer vos temps libres ?

○ OUI ○ NON ○ Indifférent

IMPRESSIONS CLINIQUES DE L'INTERVENANT

Après l'entrevue, donnez vos impressions cliniques relativement aux pensées, à l'humeur ou aux affects, au fonctionnement intellectuel et/ou de l'orientation temporelle du répondant.

Après l'entrevue, donnez vos impressions cliniques au niveau du fonctionnement biopsychosocial du répondant.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration !
L'équipe de recherche.

APPENDICE

Numéro du participant : _____ **Code postal du participant :** _____

Date de l'entrevue : _____ / _____ / _____ **Durée de l'entrevue :** _____
jour mois année

Les prochaines questions sont optionnelles. Il est recommandé qu'elles soient utilisées dans un deuxième temps (en début de démarche de réadaptation) et avec l'objectif d'accompagner l'usager dans une première étape de conscientisation et de compréhension de ses difficultés liés à l'utilisation d'Internet. Dans le cas où cette annexe est complétée, nous invitons le clinicien à la faire parvenir à l'équipe de recherche en prenant soin d'indiquer le numéro du participant et son code postal.

FACTEURS DÉCLENCHEURS

39. Nous souhaitons connaître la façon dont ces difficultés sont apparues. Pouvez-vous en identifier certains facteurs déclencheurs et d'initiation ?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

40. Nous souhaitons connaître la façon dont vos difficultés ont évolué. Pouvez-vous identifier certains facteurs :

1. qui en favorisent le maintien ?

_____

_____

_____

_____

2. qui en favorisent la progression et/ou favorisent les épisodes de rechute ?

3. qui en favorisent la diminution ?

41a. Dans le tableau de la question 15, vous avez identifié une ou plusieurs applications qui sont problématiques pour vous. Selon votre perception, quelle est l'application la plus problématique ?

41b. Selon vous, pourquoi cette activité a-t-elle pris tant d'importance pour vous ?

41c. Quels sont les éléments que vous appréciez le plus de cette application ?

41d. Quels sont les éléments que vous appréciez le moins de cette application ?

_____

_____

_____

_____

41e. Pourquoi avoir choisi cette application ?

_____

_____

_____

_____

41f. Avez-vous été initié à ce type d'application ?

○ OUI ○ NON

41g. Si oui, par qui ? _____

42a. Quelle autre application est problématique pour vous ? _____

42b. Selon vous, pourquoi cette activité a pris tant d'importance pour vous ?

_____

_____

_____

_____

42c. Quels sont les éléments que vous appréciez le plus de cette application ?

_____

_____

_____

_____

42d. Quels sont les éléments que vous appréciez le moins de cette application ?

_____

_____

_____

_____

42e. Pourquoi avoir choisi cette application ?

_____

_____

_____

_____

42f. Avez-vous été initié à ce type d'application ?

○ OUI ○ NON

42g. Si oui, par qui ? _____

43a. Quelle autre application est problématique pour vous ? _____

43b. Selon vous, pourquoi cette activité a pris tant d'importance pour vous ?

_____

_____

_____

_____

43c. Quels sont les éléments que vous appréciez le plus de cette application ?

_____

_____

_____

_____

43d. Quels sont les éléments que vous appréciez le moins de cette application ?

_____

_____

_____

_____

43e. Pourquoi avoir choisi cette application ?

_____

_____

_____

_____

43f. Avez-vous été initié à ce type d'application ?

○ OUI ○ NON

43g. Si oui, par qui ? _____

Précédemment, vous avez affirmé avoir un avatar. Nous aimerions en apprendre davantage à ce propos.

44a. Parlez-nous de votre avatar… quelles en sont les caractéristiques ?

44b. Quelles sont les forces et les faiblesses de cet avatar ?

44c. Comment avez-vous choisi votre avatar ?

45. Aspects psychologiques et comportementaux accompagnant les épisodes d'utilisation d'Internet

Ici, le clinicien questionne le répondant en regard des pensées, des émotions, des comportements et des événements avant, pendant et après l'utilisation des différentes applications d'Internet pour celles identifiées comme étant problématiques.

Identifier contenus / applications problématiques	Aspects psychologiques et comportementaux avant l'utilisation	Aspects psychologiques et comportementaux pendant l'utilisation	Aspects psychologiques et comportementaux après l'utilisation

ANNEXE 2
FICHE D'AUTO-OBSERVATION DES USAGES D'INTERNET ET DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Fiche élaborée par / **Marie-Anne Sergerie** / Ph. D., psychologue /
www.cyberdependance.ca

NOM : _____

AUTO-OBSERVATION DES USAGES D'INTERNET ET DES NOUVELLES TECHNOLOGIES[1]

Date et heure de connexion	Lieu	Durée de connexion estimée	Facteur(s) déclencheur(s)	Application(s) Activité(s) en ligne	Heure de déconnexion	Durée de connexion réelle	Émotions ou sentiments ressentis	Pensées
							Avant : **Pendant :** **Après :**	**Avant :** **Pendant :** **Après :**
							Avant : **Pendant :** **Après :**	**Avant :** **Pendant :** **Après :**
							Avant : **Pendant :** **Après :**	**Avant :** **Pendant :** **Après :**
							Avant : **Pendant :** **Après :**	**Avant :** **Pendant :** **Après :**

[1]Fiche élaborée par Marie-Anne Sergerie, Ph.D., psychologue © 2007-2011 | Cyberdependance.ca

AUTO-OBSERVATION DES USAGES D'INTERNET ET DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

CONSIGNES

Date et heure de connexion

Dans cette colonne, indiquez à quel moment vous vous connectez à Internet ou que vous commencez à utiliser l'appareil (date et heure).

Lieu

Notez le lieu de connexion ou d'utilisation de l'appareil (p. ex. à la maison, au travail, dans un café, etc.).

Durée de connexion estimée

Indiquez pendant combien de temps vous prévoyez être branché à Internet ou que vous estimez utiliser l'appareil technologique. Le temps estimé doit être inscrit au moment où vous vous connectez.

Facteur(s) déclencheur(s)

Qu'est-ce qui vous a incité à aller en ligne à ce moment précis? Y a-t-il un contexte particulier? Qu'est-ce qui a pu déclencher votre envie de vous brancher ou d'utiliser l'appareil?

Application(s) ou activité(s) en ligne

Spécifiez les applications utilisées de même que les activités en ligne (p. ex. clavardage, courriel, cybersexe, cyberpornographie, réseaux sociaux, jeu, etc.).

Heure de déconnexion

Inscrivez l'heure à laquelle votre séance de connexion ou l'utilisation de l'appareil a pris fin.

Durée de connexion réelle

Calculez la durée réelle de votre séance en vous basant sur l'heure de connexion et l'heure de déconnexion.

Émotions ou sentiments ressentis

a) *Quelle(s) émotion(s) ou sentiment(s) ressentez-vous avant de vous connecter?*
b) *Quelles(s) émotion(s) ou sentiment(s) ressentez-vous quand vous êtes en ligne?*
c) *Quelle(s) émotions(s) ou sentiment(s) ressentez-vous après votre séance de connexion?*

Pour identifier les émotions ou sentiments, vous pouvez vous aider d'une liste (http://www.cyberdependance.ca/sentiments.pdf|http://www.cyberdependance.ca/Binettes.pdf | Le guide des émotions). Si votre émotion ou votre sentiment est décrit en une phrase, il s'agit fort probablement d'une pensée et non d'une émotion ou d'un sentiment. Si c'est le cas, écrivez la phrase dans la colonne des pensées et continuez à chercher le mot qui permet de décrire ce que vous ressentez.

Pensées

Que s'est-il passé dans votre tête qui a engendré les émotions ou les sentiments notés dans la colonne précédente (juste avant que vous ayez ressenti l'émotion ou le sentiment)? Qu'est-ce que vous vous êtes dit avant de vous brancher, pendant que vous étiez en ligne et après votre période de connexion? D'autres questions vous aideront à identifier vos pensées **avant**, **pendant** et **après** votre utilisation d'Internet :

• Que se passait-il dans mon esprit juste avant que je ressente cette émotion?
• Qu'est-ce que je crains qui arrive? Suis-je en train d'éviter quelque chose ?
• Si c'est vrai, qu'est-ce que cela dit de moi? Si c'est vrai, que peut-il arriver de pire?
• Qu'est-ce que ça signifie par rapport aux autres personnes ou aux gens en général?
• Quels souvenirs ou images ai-je eus dans cette situation?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. ; traduit par J. D. Guelfi). Paris, France : Masson.

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév. ; traduit par J. D. Guelfi & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

American Psychiatric Association, Task Force on Nomenclature and Statistics. (1983). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (3e éd. ; traduit par P. Pichot & J. D. Guelfi). Paris, France : Masson.

Anderson, K. J. (2001). Internet use among college students: An exploratory study. *Journal of American College Health, 50*(1), 21-26.

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects : Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (dir.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (p. 23-55). Washington, DC : American Psychological Association.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.

Balthazar, N. (Réalisateur), Bouckaert, P., & Provoost, E. (Producteurs). (2008). *Ben-X* [Film]. Belgique : Équinoxe Films.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*(9), 869-878.

Beaumont, C., Charbonneau, R., Delisle, J., Landry, A., Ménard, J.-M., Paquette, D., & Ross, D. F. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires.* [Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes].

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004) Therapist variables. Dans M. J. Lambert (dir.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5e éd., p. 227-306), New York, NY : Wiley.

Byun, S., Ruffini, C., Mills, J. E., Douglas, A. C., Niang, M., Stepchenkova, S., ... Blanton, M. (2009). Internet addiction: Metasynthesis of 1996-2006 quantitative research. *CyberPsychology & Behavior, 12*(2), 203-207.

Canguilhem, G. (2011). *Le normal et le pathologique* (11e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 631-638.

CEFRIO. (2010). De Y à A : cinq générations d'internautes. *NETendances, 8*(1). Repéré à : http://www.cefrio.qc.ca/fileadmin/documents/Publication/NETendances-Vol1_8_generations_LR.pdf

Centre de toxicomanie et de santé mentale, & Stratégie canadienne antidrogue. (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale, d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.

Chen, S.H., & Chou, C. (1999, août). *Development of Chinese Internet Addiction scale in Taiwan*. Affiche présentée à la 107e American Psychology Association Annual Convention, Boston.

Chou, C. (2001). Internet heavy use and addiction among Taiwanese college students: An online interview study. *CyberPsychology & Behavior, 4*(5), 573-585.

Cooper, A., Delmonico, D. L., & Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction and Compulsivity, 7*(1-2), 5-29.

Coulombe, M. (2010). *Le monde sans fin des jeux vidéo*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Davis, R. A., Flett, G. L., & Besser, A. (2002). Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening. *CyberPsychology & Behavior, 5*(4), 331-345.

Desrosiers, P., & Jacques, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance*. [Montréal, Québec] : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Desrosiers, P., & Ménard, J.-M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base*. Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Douglas, A. C., Mill, J. E., Niang, M., Stepchenkova, S., Byun, S., Ruffini, C., Blanton, M. (2008). Internet addiction: Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996-2006. *Computers in Human Behavior, 24*(6), 3027-3044.

Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 6017, 1058-1061.

Fouquet, P. (1951). Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. *Évolution Psychiatrique*, fasc. 2, 231-251.

Gimenez, G., Baldo, E., Horassius, N., & Pedinielli, J. L. (2003). La dépendance à Internet, une addiction nouvelle? *L'information psychiatrique, 79*(3), 243-249.

Goyette, M., & Nadeau, L. (2008). Utilisation pathologique d'Internet : une intégration des connaissances. *Alcoologie et addictologie, 30*(3), 275-283.

Green, C. S., & Bavelier, D. (2007). Action-video-game experience alters the spatial resolution. *Psychological Science, 18*(1), 88-94.

Griffiths, M. (1998). Does Internet and computer "addiction" exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior, 3*(3), 211–218.

Griffiths, M. (2004). Can videogames be good for your health? *Journal of Health Psychology, 9*(3), 339-344.

Griffiths, M. D., Davies, M. N. O., & Chappell, D. (2004). Demographic factors and playing variables in online computer gaming. *CyberPsychology & Behavior, 7*(4), 479-487.

Ilgen, M. A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(2), 157-162.

Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT : College and University Press.

Joostens d'Eeklo, P. (1618). *Alea, Sive De Cvranda In Pecvniam Lvdendi Cvpiditate*. Récupéré à http://digital.slubdresden.de/fileadmin/data/303708905/303708905_tif/jpegs/303708905.pdf

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2).* Québec, Québec : Institut de la statistique du Québec.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 53*(9), 1017-1037.

Lin, S. S., & Tsai, C.-C. (2002). Sensation seeking and Internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior, 18*(4), 411-426.

Messagerie instantanée. (s.d.). Dans *Wikipedia*. Repéré le 4 août 2011 à http://fr.wikipedia.org/wiki/Messagerie_instantan%C3%A9e

Mihaylova, T., Kairouz, S., & Nadeau, L. (sous presse). Increased rates of problematic poker playing among university students: Myth or reality? *Journal of Gambling Issues.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Québec, Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Miniwatts Marketing Group. (2011). *Internet usage and population in North America*. Repéré à http://www.internetworldstats.com/stats14.htm

Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computer in Human Behavior, 16*(1), 13-29.

Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction, 102*(9), 1377-1389.

Nadeau, L. (2001a). Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec, 26*(2), 2-21.

Nadeau, L. (2001b). La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. Dans M. Landry, L Guyon & S. Brochu (dir.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises* (p. 45-71). [Sainte-Foy, Québec] : Presses de l'Université Laval.

Nalwa, K., & Anand, A. P. (2003). Internet addiction in students: A cause of concern. *CyberPsychology & Behavior, 5*(1), 53-64.

Organisation mondiale de la santé. (1994). *CIM-10-ICD-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostics pour la recherche* (10e éd. ; traduit sous la coordination de C. B. Pull). Paris, France : Masson.

Pilgrim, D., Rogers, A., & Bentall, R. (2009).The centrality of personal relationships in the creation and amelioration of mental health problems: The current interdisciplinary case. *Health, 13*(2), 235-54.

Quayle, E., & Taylor, M. (2003). Model of problematic Internet use in people with a sexual interest in children. *CyberPsychology and Behavior, 6*(1), 93-106.

Rush, B. (1808). *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: With an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them* (4e éd.). Philadelphie, PA: Printed for Thomas Dobson.

Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E., Khosla, U. M., & McElory, S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic use. *Journal of Affective Disorders, 57*(1-3), 267-272.

Tsai, C.-C., & Lin, S. S. (2003). Internet addiction of adolescents in Taiwan: An interview study. *CyberPsychology & Behavior, 6*(6), 649-652.

Vachey, B., Magalon, D., & Lançon, C. (2005). Addiction à Internet. *THS (Toxicomanies, Hépatites, Sida) : la revue des addictions*, 27, 1365-1370.

Valleur, M. (2007). La cyberaddiction. Dans *Les nouvelles addictions : addiction sexuelle, cyberdépendance, dépendance affective, addiction aux thérapies, achat compulsif* (p. 65-72). Paris, France : Scali : Le Nouvel Observateur.

Valleur, M. (2008). Le jeu vidéo est-il une drogue ? Dans A. Stines & M. Villiers (dir.), *Les jeux vidéo rendent-ils accro ?* (p. 48-59). Rouillé, France : Rurart.

Valleur, M., & Matysiak, J. C. (2006a). *Les pathologies de l'excès : sexe, alcool, drogue, jeux... : les dérives de nos passions*. Paris, France : Lattès.

Valleur, M., & Matysiak, J. C. (2006b). *Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*. Paris, France : A. Colin.

Wallace, P. (1999). *The psychology of the Internet*. Cambridge, Grande-Bretagne : Cambridge University Press.

Wan, C.-H., & Chou, W.-B. (2006). Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior, 9*(6), 762-766.

Widyanto, L, & Griffiths, M. (2006). 'Internet addiction': A critical review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 4*(1), 31-51.

Young, K. S. (s.d.) *A therapist's guide to assess and treat Internet addiction*. Repéré à http://www.netaddiction.com/articles/practitioners.pdf

Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports, 79*(3), 899-902.

Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1*(3), 237-244.

Young, K. S. (1999) Internet addiction: Symptoms, evaluation and treatment. Dans L. VandeCreeke & S. Jackson (dir.), *Innovations in clinical practice : A source book* (vol. 17 ; p. 19-31). Sarasota, FL : Professional Resource Exchange.

Young, K. S. (2004). Internet addiction: A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist, 48*(4), 402-415.

Young, K. , Pistner, M., O'Mara, J., & Buchanan, J. (1999). Cyber disorders: The mental health concern for the new millennium. *CyberPsychology & Behavior, 2*(5), 475-479.

Référence complète pour citation

Nadeau, N., Acier, D., Kern, L., & Nadeau, C.-L. (2011). *La cyberdépendance : état des connaissances, manifestations et pistes d'intervention*. Montréal, Québec : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

La rédaction de ce guide a été rendue possible grâce au soutien financier de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ce document est disponible au Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT) du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. Il peut également être consulté et téléchargé sur notre site : **www.centredollardcormier.qc.ca**.

Le contenu de ce document peut être cité et reproduit, à condition d'en mentionner la source.

ISBN : 978-2-9810903-1-7 (imprimé)
ISBN : 978-2-9810903-2-4 (PDF)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2012

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances

950, RUE DE LOUVAIN EST / MONTRÉAL (QUÉBEC) / H2M 2E8 / 514 385-1232 / www.centredollardcormier.qc.ca

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances

Agréé par
CQA CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT
ACCOMPAGNER LES ORGANISATIONS POUR UNE GESTION INTÉGRÉE DE LA QUALITÉ
Agréé par International Society for Quality in Health Care (ISQua)

Affilié à
Université de Montréal
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

950, RUE DE LOUVAIN EST / MONTRÉAL (QUÉBEC) / H2M 2E8 / 514 385-1232 / www.centredollardcormier.qc.ca