

## L'utilisation compulsive d'Internet

**Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne**

### Le cas clinique

Utilisateur compulsif d'Internet, le patient de 25 ans ne peut résister à la disponibilité constante d'informations, de divertissements et d'échanges qu'il y trouve dans un relatif anonymat. Le travail, les amis, la famille et le sommeil sont remplacés par l'univers virtuel des micromessages (*tweets*), des blogues et des jeux. Ses efforts pour s'éloigner de son ordinateur amenaient ennui, tristesse, agitation et irritabilité. Naviguer sur le Web lui amène un bien-être, de l'excitation et un sentiment de confiance en soi. Il s'est présenté devant le psychologue à la suite d'une plainte de son employeur, qui n'appréciait ni le contenu, ni la fréquence, ni la durée de sa consommation d'Internet pendant les heures de travail.

### La recherche le dit

Près d'un utilisateur américain sur huit présente au moins un signe possible d'utilisation problématique d'Internet (Young, 2011). Près de 10 % des 30 millions de joueurs en ligne chinois ont été considérés comme dépendants. L'utilisation légitime d'Internet pour affaires ou pour usage personnel masque souvent le problème.

Bien que le diagnostic soit envisagé pour une annexe du DSM-V, certains auteurs considèrent que sa définition est trop imprécise et que la recherche ne permet pas de favoriser un traitement plutôt qu'un autre (Thorens et coll., 2009; Weinstein et Lejoyeux, 2010). Les quatre composantes suggérées de la définition sont les suivantes : 1) une utilisation excessive d'Internet, souvent associée à une perte de la notion du temps ou une négligence des besoins habituels; 2) une réaction de sevrage, incluant des sentiments de colère, une tension ou une humeur dépressive lorsque l'ordinateur est inaccessible; 3) la tolérance, incluant le besoin d'un meilleur équipement informatique, de meilleurs logiciels, de plus d'heures d'utilisation; et 4) des conséquences négatives, incluant des disputes, des mensonges, de piètres résultats scolaires ou professionnels (Weinstein et Lejoyeux, 2010).

Ce problème est considéré tantôt comme un problème de contrôle des impulsions, tantôt comme une compulsion ou comme une dépendance. La thérapie cognitivo-comportementale ayant obtenu certains succès dans tous les domaines mentionnés, Young (2011) en suggère tout de même l'utilisation en y joignant des interventions visant la réduction des méfaits plutôt que l'abstinence. Des résultats préliminaires d'une étude de 114 patients recevant la thérapie cognitivo-comportementale indiquent que la plupart des patients ont été capables de gérer le problème présenté à la huitième session et que la gestion des symptômes a été maintenue lors d'un suivi de six mois (Young, 2007).

Dans un premier temps, le programme vise la modification du comportement. Par l'évaluation minutieuse, à l'aide d'un journal quotidien, de l'utilisation d'Internet par le patient, le psychologue détermine les activités, les situations et les émotions qui risquent de déclencher une consommation excessive. En plus d'avoir de l'information sur les déclencheurs potentiels, le patient disposera ainsi du nombre d'heures de consommation qui lui servira de base, lui permettant par la suite d'évaluer son évolution.

La modification de l'environnement pour faciliter un nouveau départ peut comprendre l'élimination des « favoris ». Le patient spécifie le nombre d'heures ou de minutes passées devant l'écran qu'il considère comme souhaitable. Il est encouragé à prendre des pauses et à s'éloigner de l'ordinateur à des intervalles réguliers qu'il rappelle à sa mémoire par le déclenchement d'un signal d'alarme. L'utilisation de logiciels utilisés par les parents pour filtrer la navigation des enfants (Net Nanny, CyberPatrol, SurfControl) peut aider le patient à s'autoréguler volontairement en bloquant automatiquement les sites de discussions, de jeux ou de contenus sexuels.

Par la suite, le programme se concentre sur la restructuration cognitive. Il apprend à nuancer certaines cognitions inadaptées (tout ou rien, généralisation excessive, pensée sélective, amplification, personnalisation). Cela peut par exemple amener le patient à douter de la croyance à l'effet qu'il est sans valeur ailleurs qu'en ligne, que personne ne peut l'aimer dans la réalité, qu'il n'y a que sur le Web qu'il est respecté. Il pourra vérifier ses hypothèses au sujet de son incapacité à développer des habiletés remarquables et des relations ailleurs que dans des jeux virtuels. Le psychologue souhaite que le patient base son estime de soi sur des éléments de réalité hors ligne et qu'il augmente son degré de satisfaction au sujet de la vie réelle.

On retrouve fréquemment certaines pensées : « Cela ne fait de mal à personne. » « Ce n'est pas grave. » « Ce n'est pas Internet le problème, c'est ma vie stressante. » La remise en question de la validité des hypothèses du patient lui permettra de mettre en lumière son utilisation d'Internet pour éviter certaines situations ou certaines émotions. Il verra qu'il peut gérer celles-ci différemment et les affronter directement avec plus de satisfaction et de succès. Cette remise en question lui permettra également de constater que l'univers virtuel est illusoire et temporaire.

Le patient est encouragé à déterminer les cinq problèmes principaux ou conséquences néfastes associés à son état, ainsi que les cinq principaux avantages de la diminution de son utilisation d'Internet. Ces informations sont particulièrement utiles pour prévenir les rechutes. Les personnes dépendantes à Internet sont souvent ambivalentes au sujet du traitement. Le patient est encouragé à surmonter cette ambivalence pour s'engager quotidiennement à améliorer sa qualité de vie et à prendre soin de lui-même, plutôt que de le faire pour quelqu'un d'autre (Salanova, Llorens et Schaufeli, 2012).

Dans l'étape suivante du programme, le patient reconnaît et modifie les facteurs coexistant avec son problème. Cela peut inclure des changements personnels, situationnels, sociaux, psychiatriques ou occupationnels. Cesser le comportement ne suffit pas. Le succès réside dans la résolution des problèmes à la base du comportement compulsif. Ceci peut impliquer de travailler diverses problématiques telles que la dépression, la phobie sociale, l'anxiété, le stress, le trouble de déficit d'attention avec hyperactivité, les troubles relationnels, les problèmes conjugaux et les difficultés au travail (Weinstein et Lejoyeux, 2010). Internet distrait et éloigne le patient de ces problèmes sans les résoudre.

Ce qu'on appelle la réduction des méfaits (Logan et Marlatt, 2010) est une approche sans jugement qui reconnaît que les gens consomment pour différentes raisons et que l'amélioration de leur état peut passer par la médication (dépression, anxiété, trouble obsessionnel-compulsif) ainsi que par une modification de leur relation à l'alcool et aux drogues (Alcooliques Anonymes ou autre traitement en 12 étapes). L'approche de réduction des méfaits considère que la consommation se situe sur un continuum de conséquences nuisibles pour l'usager et la communauté. Elle accepte que la personne se mette en mouvement dans la bonne direction par de toutes petites étapes. Toute amélioration est bienvenue. Le patient peut avoir recours à de nouvelles stratégies pour améliorer son estime de soi, à la thérapie conjugale, à l'amélioration de sa vie sexuelle, à de nouvelles stratégies de gestion du stress, à une réorientation professionnelle. L'amélioration des stratégies d'adaptation et des stratégies de résolution de problèmes diminue les risques de rechute.

En plus d'éviter un congédiement, le patient présenté au début de cet article a également amélioré sa relation de couple en retrouvant plus de temps et d'énergie à investir dans sa relation.

*Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.*

## Bibliographie

- Logan, Diane E. et Marlatt, G. Alan (2010). Harm Reduction Therapy : A Practive-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology : In Session*, 66, 2, 201-214.
- Salanova, Marisa, Llorns, Susana et Schaufeli, Wilamr B. (2012). «Yes, I Can, I Fell Good, and I Just Do It!» On Gain cycles and Spirals of Efficacy Beliefs, Affect, and Engagement. *Applied Psychology : An International Review*, 60, 2, 255-285.
- Thorens, Gabriel, Khazaal, Yaser, Billieux, Joël, Van der Linden, Martial et Zullino, Daniele (2009). Swis Psychiatrists' Beliefs ans Attitudes About Internet Addiction. *Psychiatric Quarterly*, 80, 117-123.
- Weinstein, Aviv et Lejoyeux, Michel (2010). Internet Addiction or Excessive Internet Use. *The American Journal of Drug ans Alcohol Abuse*, 36, 277-283.
- Young, Kimberly (2007). Cognitive behavior therapy with Internet addicts : Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 10, 5, 671-679.
- Young, Kimberly (2011). CBT-IA : The First Treatment Model for Internet Addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, vol. 25, n° 4, p. 304-312.