HAL
open science

Addiction à Internet : rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement

Xavier Le Bihan

To cite this version:

Xavier Le Bihan. Addiction à Internet : rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02091165

HAL Id: dumas-02091165

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02091165v1

Submitted on 5 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Académie Nord-Picardie
Université Picarde Jules-Vernes

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2018 **n° 2018-118**

Thèse
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État Spécialisé en Médecine Générale
Par
LE BIHAN, ERIC, MARIE, Xavier
Né le 10/09/1989 à Toulon (83)

Présentée et soutenue publiquement le 25 Septembre 2018

TITRE

Addiction à Internet : Rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement.

Jury

Président de Jury: Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

Membres du Jury: Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ (invité d'honneur)
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Directeur de thèse: Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier le Professeur Dervaux Alain d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir élaboré ce projet à mes cotés. Je le remercie également pour son aide précieuse dans l'élaboration de cette thèse, sa disponibilité, son encadrement, sans lesquels ce projet n'aurait pu aboutir.

Je remercie également l'ensemble des membres du Jury d'avoir accepté de juger mon travail, qui, je l'espère, aura suscité votre curiosité pour cette nouvelle entité pathologique.

Je remercie l'ensemble des services hospitaliers de Picardie qui m'ont accueilli et formé durant ces trois années d'internat (le CH de Compiègne, le GHPSO Senlis-Creil, le CHU Amiens-Picardie et le CH de Beauvais).

Je remercie les médecins, mais aussi les équipes para-médicales, pour m'avoir transmis leurs connaissances, leurs pratiques, leurs gestes au cours de ces trois années. Je remercie le service des Urgences de Compiègne (Dr Garet, Dr Arlie, Dr Gayet, Dr Guidez, Dr Mette, Dr Avisse, Dr Florent, Dr Bouvier, Dr El Assad, Dr Razafindranazy, Dr Villain, Dr Khelfoun, Dr Leclerc, Dr Laleej, Dr Hariri et le Dr Korbi) pour m'avoir fait découvrir et su me donner envie de travailler en médecine d'urgences. Je remercie le Dr Caux et le Dr Leclercq pour leur patience à mon égard et les connaissances transmises sur la prise en charge du sujet âgé.

Je remercie les Urgences du GHPSO pour m'avoir autonomisé progressivement tout en restant toujours disponibles (Dr Dallel, Dr Yao Dibi, Dr Ortolan, Dr Mosbah, Dr Delarue, Dr Bektache, Dr Laroui, Dr Mahdjoub, Dr Nkou).

Je remercie le Dr Roméo, le Dr Nemiche et le Dr Joron pour avoir su « démystifier » la prise en charge des urgences pédiatriques.

Je remercie les médecins généralistes qui m'ont ouvert la porte de leur cabinet de ville : Dr Fortane, Dr Bocquet et le Dr Bondu.

Je remercie le service de Cardiologie du CH de Compiègne pour m'avoir formé à la prise en charge des patients relevant de la cardiologie aux urgences comme en médecine de ville (un grand merci au Dr Clerc, Dr Bidounga, Dr Djou, Dr Meimoun, Dr Boulanger, Dr Elmkies, Dr Zemir, Dr Detienne, Dr Martis et le Dr Botoro).

Je remercie le service de Réanimation (Dr Richecoeur, Dr Combaux, Dr Caplin, Dr Verrier, Dr Muchembled et le Dr Mercier) et les Urgences du CH de Beauvais (Dr Franceschini, Dr Fabre, Dr Bochard, Dr Leclerc et Dr Huyghe) pour leur rôle important et leur disponibilité dans ce dernier semestre afin de faire de moi un médecin « quasi-autonome » dans la prise en charge des patients.

Je remercie le CHU de Brest pour avoir su me donner les bases de la médecine afin de pouvoir réaliser mon internat dans les meilleurs conditions. Je tiens notamment à remercier le Dr Beurton et le Dr Lucas (Médecins généralistes sur Pleyben dans le Finistère) pour avoir su me remotiver après l'ECN.

A Tiphanie, qui m'accompagne depuis 10 ans et pour je l'espère encore longtemps. Merci de ton aide précieuse au cours de ces longues années d'études, tu auras été présente à mes cotés du début à la fin et je ne saurais l'oublier. Merci également pour ton aide au cours de la rédaction de ce travail, pour tes nombreuses corrections orthographiques et de syntaxes sans lesquelles ce travail ne serait pas aussi lisible. Je te remercie encore pour ton soutien sans faille à travers toutes les épreuves que nous avons traversées en cette décennie. Avec tout mon amour.

A mes parents sans lesquels je ne serais jamais arrivé où j'en suis actuellement. Il est bien loin le temps où certains pensaient que je ne pourrais pas obtenir mon brevet des collèges... Merci à vous d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours poussé à aller de l'avant, afin d'atteindre mon but.

A mon frère qui me voyant travailler en première année, a préféré s'orienter vers l'ingénieurerie, reçoit ici mon admiration pour le parcours que tu as réalisé.

A ma sœur, préférant les mathématiques et la statistique, s'est orientée vers la finance, reçoit ici mon soutien et mon admiration pour tes études presque terminées.

A mes grands parents Mr et Mme Dordain, Mr et Mme Le Bihan, dont certains nous ont quittés, et qui je l'espère sont fiers de mon parcours. Je les remercie également d'avoir toujours été là et de m'avoir montrer le monde sous un autre angle.

A Yves-Marie, Philippe, Loïc, Christophe, Alexandre et Sandrine pour leur amitié, leur soutien et tous les bons moments passés ensemble.

A Fanny, Mathieu, Julien, Alban, Alizée, Lisa, Jean, Brendan, Nicolas, Camille, Vincent, Jean-Philippe, Arthur, Florent, Florian, Iona, Cyrielle, Eymeric et Jean de l'université de Brest, pour nos nombreuses soirées durant la PCEM2, la DCEM 1 et l'externat.

A Charlene, ma co-interne qui a su m'accueillir à mon arrivée en Picardie et me montrer les atouts de cette région méconnue. A mes autres co-internes : Maxime, Gaétan, Élodie, Yves, Sarah, Sofiane, Valentin, Adrien, Aurore, Emna et Damien qui ont rendu cet internat inoubliable.

Dédicaces :

1) Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)
Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président du Jury de cette thèse. Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

2) Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ (invité d'honneur)
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, je vous remercie également pour votre disponibilité au cours de mon semestre aux Urgences Pédiatriques du CHU dans la prise en charge des adolescents. Recevez ici Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

3) Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens
Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au chef de l'Oncopôle

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Recevez ici Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

4) Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Médecine légale et droit de la santé)
Service de Médecine Légale et Sociale
Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon internat. Recevez ici, Madame la Professeure, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

5) Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir élaboré ce projet à mes cotés. Je vous remercie également pour votre précieuse aide dans l'élaboration de cette thèse, votre disponibilité, votre encadrement, sans lesquels ce projet n'aurait pu aboutir. Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

6) Monsieur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image

Médecine nucléaire et traitement de l'image

Je vous remercie d'avoir accepter de juger mon travail. Recevez ici Monsieur le Docteur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Le serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

Introduction....8
Partie 1: Revue de la littérature sur l'addiction à Internet....10
I. Généralités sur les addictions sans drogue....10
II. Historique de l'addiction à Internet....11
III. Définition, aspect épidémiologique et critères diagnostics....12
IV. Les conséquences négatives pour la santé....15
V. Quelle place pour le médecin généraliste ?....16
VI. Un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève....17
VII. Quelle prise en charge proposer ?....18
Partie 2: Matériels et méthodes....19
I. Populations étudiées et procédure....19
II. Variables étudiées....20
III. Analyse statistique....22
Partie 3: Résultats....24
I. Description de la population étudiée....24
II. Repérage, intervention brève et accompagnement des patients....25
III. L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève....28
IV. Facteurs associés au dépistage de la cyberaddiction et au RPIB....31
Partie 4: Discussion....32
I. Résultats principaux....32
II. Résultats secondaires....38
III. Validité interne....38
IV. Validité externe....40
V. Les limites....45
Conclusion....46
Bibliographie....48
Annexes....51
Résumé/Abstract....58

Introduction

Internet est une technologie qui a révolutionné notre monde depuis la seconde moitié du 20ème siècle. 3,4 milliards de personnes y ont aujourd'hui accès. En France, selon une étude datée d'avril 2017 et réalisée par Médiamétrie, on compte 47 millions d'internautes. La démocratisation massive d'Internet, au début du 21ème, a permis d'élargir notre champ de vision sur le monde, de faciliter la communication entre les êtres humains, et d'ouvrir de nouveaux horizons virtuels.

Cependant, depuis plusieurs années, les psychiatres et les psychologues constatent une majoration des consultations pour un usage problématique d'Internet. De plus en plus de patients consultent car ils présentent une difficulté à vivre non connectés et ressentent la connexion à Internet comme un devoir. Dans certains cas, cette obsession a un retentissement sur leur mode de vie. Ce nouveau phénomène est nommé l'addiction à Internet ou encore la cyber-addiction.

Lors de mon internat, j'ai été plusieurs fois confronté à la demande de patients, voire le plus souvent de leurs familles, me demandant une prise en charge concernant un usage problématique de leur temps passé à être connecté. J'ai également constaté que ces familles, ou ces patients, avaient du mal à faire entendre cette problématique à leur médecin traitant.

Intéressé par ce sujet, j'ai commencé à mener quelques recherches. J'ai constaté que c'était avant tout une problématique abordée par nos confrères psychiatres avec de nombreuses publications sur le sujet . Mais très peu de ces publications/informations circulent concernant le dépistage de ces patients en Médecine Générale. Pourtant, en France la prévalence des patients atteints de cyber-dépendance est évaluée à environ 5% de la population ([1],[2] et [3]). Le Médecin Généraliste étant souvent le premier interlocuteur des patients et parfois le seul, il me semble important qu'il ait un rôle à jouer dans le dépistage, la prévention et l'orientation des patients cyber-dépendants.

L'objectif de cette thèse est d'analyser la situation actuelle de la prise en charge des patients atteints d'une addiction à Internet par les Médecins Généralistes, de les sensibiliser à cette nouvelle problématique tout en leur donnant des clefs pour y faire face afin d'améliorer le dépistage, l'orientation et la prévention des patients atteints d'une addiction à Internet. J'ai souhaité proposer, en m'inspirant de l'outil d'aide au repérage précoce et à l'invention brève (RPIB) édité par l'HAS concernant l'addiction au tabac-alcool-cannabis, un RPIB adapté au patient présentant une addiction à Internet.

Ma thèse s’articulera ainsi en trois temps :

Tout d'abord, nous définirons le concept d’addiction à Internet ainsi que le profil type de ces patients et les facteurs de risques connus et décrits. Nous nous appuierons pour cela sur une revue de la littérature déjà publiée sur le sujet.

Ensuite, nous présenterons et discuterons les résultats d'une étude menée auprès de 75 médecins généralistes, en octobre 2017, qui avait pour objectif de mieux comprendre la difficulté que peuvent éprouver les médecins généralistes dans le dépistage, l'orientation et la prévention des patients présentant une addiction à Internet.

Pour finir, nous proposerons, au vue des résultats de notre étude, un condensé d'interrogatoire minimal afin d'optimiser au mieux le repérage des patients ayant une dépendance à Internet, car nous le savons une consultation de médecine générale est courte et nombreux sont les problèmes évoqués durant ce laps de temps. Nous présenterons également une ébauche de ce que pourrait être une RPIB adapté au dépistage et l'intervention brève dans le cadre de l'addiction à Internet.

Partie 1: Revue de la littérature sur l'addiction à Internet.

I. Généralités sur les addictions sans drogue.

Le concept des "addictions sans drogue" a été évoqué pour la première fois par Otto Fenichel en 1945. Il faisait le lien entre certains comportements impulsifs répétitifs (la kleptomanie, les fugues, ...) et la dépendance à une substance toxique (alcool, drogues,...) de par le caractère obligatoire de ces conduites. Il faudra attendre 1975 pour que le psychologue Stanton Peele (USA) complète cette définition en y introduisant la notion selon laquelle le sujet n'est pas obligatoirement dépendant à une substance chimique mais plutôt à une expérience. Dès lors, le sujet devient assujetti à cette expérience, qu'il souhaite poursuivre.

Goodman, en 1990, définira le concept des addictions comportementales par la définition suivante: "Un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion)" [4].

De nombreux travaux ont depuis permis d'étayer ces propos, en prouvant l'existence de facteurs de risques et de mécanismes communs aux addictions avec et sans drogue.

La problématique majeure du concept des addictions sans drogue est de déterminer la limite de ce concept. En effet, de nombreux comportements dans lesquels nous nous engageons tous les jours peuvent potentiellement dévier vers une authentique addiction sans drogue (ex: le jeu, le travail, l'usage d'internet, l'alimentation, l'usage du téléphone portable, les activités sexuelles, le sport, …). Comment dès lors distinguer l'usage "normal" et l'usage pathologique ? Quand parler de surconsommation voire de dépendance à l'un de ces comportements ?

A l'heure actuelle, il est consensuellement établi que le jeu pathologique (pratique inadaptée, persistante et répétée des jeux de hasard et d'argent) fait partie des pathologies intégrant le groupe des addictions sans drogue. Le jeu pathologique est actuellement la seule addiction sans drogue qui ait été intégrée au DSM 5, dans la catégorie « Addictions comportementales » (Américan Psychiatric Association, 2013). En revanche deux autres types d'addictions sont discutés : l'internet gaming disorder (« jeux en ligne problématiques ») et l'addiction à l'alimentation. Ces deux dernières entités sont intégrées dans les annexes du DSM 5 en tant que troubles nécessitant des recherches complémentaires avant d'être considérés comme un trouble à part entière. Concernant les autres addictions sans drogue, nous ne disposons pas, pour le moment, de preuves suffisantes

pour qu'elles soient considérées comme des addictions à part entière [5].

Néanmoins, l'OMS, dans le cadre de la 11ième révision de la « Classification Internationale des maladies », a reconnu l'addiction aux jeux vidéos comme une pathologie à part entière.

II. Historique de l'addiction à Internet

Yvan Goldberg Psychiatre Américain est le premier, en 1995, à utiliser le terme « addiction à Internet ». Initialement il voulait faire une blague à ses collègues. Il a créé un forum de discussion et a proposé la première classification intitulée : « Troubles dus à la dépendance à Internet : Critères diagnostiques ». Sa définition était une adaptation de définitions présentent dans le DSM-4 concernant la dépendance à une substance. Mais, cette classification humoristique fut rapidement disséminée sur la toile par des internautes non scientifiques et fut donc prise très au sérieux : la cyberdépendance était née !

C'est en 1996, lors du Congrès de l'American Psychological Association, à Toronto, que Young proposa la première classification scientifique et sérieuse des critères diagnostics de la cyberdépendance. Elle fut l'élément déclencheur à l'origine de nombreuses recherches et publications sur le sujet. Depuis, de nombreux auteurs plaident pour l'intégration de la cyberdépendance comme pathologie à part entière, suite à de nombreuses études réalisées sur le sujet.

Néanmoins à ce jour, malgré de nombreuses études sur le sujet, il n'existe pas de consensus scientifique international sur l'existence même de cette nouvelle entité. Ainsi, à cause de ces réserves, l'addiction à Internet ne fut pas intégrée dans le DSM-5, en dehors de la notion de « Internet Gaming Disorder » (que l'on pourrait traduire par « jeux en ligne problématiques »). Que l'on trouve dans les annexes avec la mention suivante : Troubles nécessitants plus d'études sur le sujet.

Dans la pratique, on ne peut que constater que de plus en plus d'individus consultent pour une problématique liée à la dépendance à Internet. Ainsi, un centre de référence sur le jeu excessif à ouvert en 2006 à Nantes, illustrant que cette addiction est devenue un problème de santé publique pour notre société. Ce sont surtout les psychiatres qui, jusqu'à présent, ont proposé des prises en charge spécifiques pour ces patients. De nombreuses études ont été publiées en psychiatrie sur le sujet mais peu concernent la médecine générale. Or de plus en plus de médecins généralistes se trouvent confrontés à cette problématique.

III. Définition, aspect épidémiologique et critères diagnostics.

L'addiction à Internet se définit comme un usage problématique d'Internet, entraînant un besoin excessif et obsessionnel d'utiliser un objet connecté et interférant sur la vie quotidienne. Toute la difficulté réside dans les critères diagnostics de cette entité. Il est en effet compliqué de faire la part des choses entre un usage normal, abusif et/ou pathologique d'Internet. Young a été le premier à proposer des critères diagnostics [1]. Il définit l'addiction à Internet comme une nouvelle maladie mentale caractérisée par la difficulté à contrôler ses impulsions, l'incapacité à se déconnecter d'Internet et dont le tableau clinique est assimilable au jeu compulsif (=Gambling). Il établit alors une liste de 8 critères. La personne est considérée dépendante si au moins 5 des 8 critères suivants sont présents chez le patient :

1- Préoccupé par Internet.

2- Besoin d'utiliser Internet de plus en plus longtemps afin d'être satisfait.

3- Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation d'Internet.

4- Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de l'utilisation d'Internet.

5- Demeure en ligne plus longtemps que prévu.

6- Mise en danger, risque de perdre une relation affective importante, un emploi, des possibilités d'études ou de carrière, à cause d'Internet.

7- Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de son utilisation d'Internet.

8- Utilise Internet pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (ex : sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)

Ce fut le premier questionnaire d'aide au diagnostic à la cyberdépendance : l'Internet Addiction Diagnostic Questionnaire.

La prévalence de l'addiction à Internet est estimée à environ 4,4% en Europe [6].

Le profil type du patient cyberdépendant est un homme, jeune, avec un niveau socio-culturel élevé [7]. A cela s'ajoute une fréquence élevée des troubles psychiatriques associés, tels que des épisodes dépressifs caractérisés [8], des troubles anxieux (notamment la phobie sociale), des troubles déficitaires de l'attention avec hyper-activité (=TDAH) [9], des consommations régulières d'alcool, de cannabis et ou d'autres toxiques [10], des troubles du comportement alimentaire [11] et des troubles de la personnalité notamment de type Borderline [12].

Il semble également exister non pas une cyber-addiction mais des cyber-addictions, dont le dénominateur commun est l'accès à Internet : addiction à la cyber-sexualité, addiction aux cyber-

relations (réseaux sociaux), compulsion aux achats sur internet, recherche compulsive d'informations (FOMO : Fear of missing out), addiction aux jeux- vidéos et/ou aux jeux d'argent.

De nombreuses échelles existent afin de l'évaluer: l'Internet Addiction Diagnostic Questionnaire fut la première proposée. Mais on peut aussi citer de nombreuses autres échelles : Pathological Internet Use Scale, Internet Addictive Disorder Scale, Compulsive Internet Use Scale, Questionnaire FACE, ...

L'Internet Addiction Test de Young [13], est à ce jour l'échelle la plus utilisée. Elle se compose d'une vingtaine d'Items. Le patient note de 0 à 5, en fonction de la question posée, s'il se sent : non concerné, rarement concerné, occasionnellement concerné, fréquemment concerné, souvent concerné ou toujours concerné. Cette échelle, en anglais, fut traduite en français et validée par Kazaal en 2008 [14 - 15]. Elle permet de séparer en 3 catégories l'usage d'Internet :

- Usage maîtrisé d'Internet de 20 à 49 points.
- Usage problématique de 50 à 79 points.
- Réelle addiction de 80 à 100 points (cf annexe 1).

Bien que l'Internet Addiction Test de Young soit l'échelle la plus utilisée, cette multiplicité d'échelles et l'absence de consensus concernant l'utilisation de l'une d'entre elle afin de dépister et diagnostiquer les patients cyber-dépendants, entraînent des résultats très différents selon les études. Cela favorise l'absence de consensus autour du concept de l'addiction à Internet.

Sur les critères de durée et/ou d'intensité des symptômes il n'y a, à ce jour, pas de consensus scientifique. Comme pour les autres addictions, une durée du trouble d'un an est aujourd'hui considérée comme nécessaire pour poser ce diagnostic. Le jeu pathologique sur Internet a été récemment inclus dans la nouvelle classification CIM-11 de l'Organisation Mondiale de la Santé (encadré 1). Dans la classification américaine DSM-5, le jeu pathologique sur Internet, sous type d'addiction à Internet, a été proposé comme diagnostic provisoire, nécessitant des études complémentaires (encadré 2).

CIM-11 : critères d'addiction aux jeux « Gaming disorders »
Comportement persistant ou récurrent de jeu digital ou vidéo online (Internet) ou non, caractérisé par : 1) Difficultés à contrôler le comportement de jeu : début, fréquence, intensité, initiation, fin et contexte. 2) Priorité donnée aux activités de jeu, de plus en plus, au détriment des autres intérêts et des activités quotidiennes. 3) Poursuite ou augmentation des activités de jeu malgré la survenue de conséquences négatives. Les comportements sont suffisamment sévères pour entraîner une gêne significative des activités personnelles, familiales, sociales, scolaires, professionnelles ou autre… Ces troubles peuvent être permanents ou intermittents. Les troubles durent au moins 12 mois, moins si les trois types de symptômes sont sévères.

Critères DSM-5 de jeu pathologique sur Internet
Activité de jeu sur Internet persistante ou récurrente, souvent avec d'autres joueurs, conduisant à une gêne ou une détresse significative, caractérisée par au moins 5 des symptômes suivants durant une période de 12 mois : 1) Préoccupations autour des jeux sur Internet. Ceux-ci deviennent l'activité quotidienne principale. 2) Symptômes de sevrage : irritabilité, anxiété ou tristesse, mais pas de symptômes physiques. 3) Tolérance : de plus en plus de temps passé à jouer sur Internet. 4) Tentatives infructueuses de contrôler les activités de jeu sur Internet. 5) Perte d'intérêt pour les activités antérieures. 6) Activités de jeu sur Internet persistantes, malgré la survenue de problèmes psychosociaux. 7) Mensonges à la famille, aux thérapeutes et d'autres concernant le temps passé sur Internet. 8) Activités de jeu sur Internet pour échapper ou soulager une humeur négative (sentiments de désespoir, culpabilité ou d'anxiété). 9. Menace ou perte de relations importantes, au niveau professionnel, scolaire, universitaire à cause des activités de jeu sur Internet.

IV. Les conséquences négatives pour la santé.

Le concept d'addiction à Internet a longtemps été discuté, certains auteurs contestant son caractère pathologique. L'usage excessif d'Internet ne serait, comme le cinéma, qu'un moyen de fuir les réalités et les problèmes de la vie quotidienne, ne relevant pas du registre médical. Cependant, de nombreuses études cliniques, épidémiologiques et d'imagerie ont montré que les caractéristiques des addictions à Internet étaient proches de celles des addictions aux substances.

Les conséquences pour la santé de la cyber-addiction sont nombreuses et souvent sous-estimées. Elles différent en fonction de l'âge du patient.

Les adolescents recherchent en général par le biais d'Internet une socialisation, une reconnaissance par leurs pairs et donc un moyen d'exister dans une période de leur vie où les changements sont nombreux, et où le passage de l'enfance vers l'âge adulte n'est pas toujours facile. Ce temps passé sur Internet se fait au détriment de la scolarité et de la découverte du monde extérieur. Ainsi l'addiction finit par avoir un retentissement sur l'humeur, le comportement et met en danger ses performances sociales et scolaires. Cela peut avoir de lourdes conséquences sur leur avenir (déscolarisation, erreur d'orientation, isolement, …) [16].

Chez l'adulte, l'usage excessif d'Internet est souvent attribué à la conséquence d'échecs (par exemple : matrimoniaux, professionnels, sociaux,...). Young a énormément travaillé sur l'usage problématique d'Internet et ses conséquences : perte de contrôle, craving et sevrage, isolement social, échec scolaire, problèmes financiers, perte d'emploi et conflits conjugaux. On remarque aussi que passer plus de 18 heures par jour sur Internet peut conduire à la survenue de problèmes physiques comme l'apparition de dorsalgies, de fatigue oculaire, de syndrome du canal carpien, ... [17].

Le phénomène de l'addiction à Internet est tel qu'il commence à dépasser le cadre de l'unique problématique médicale en tant que telle. Dans certains pays la problématique de l'usage nocif d'Internet est telle, qu'elle est devenue un problème de santé publique (Pex : Corée du Sud, avec le décès de patients cyber-addicts devant leur ordinateur) [17]. Certains économistes commencent à s'interroger sur les possibles conséquences de l'addiction à Internet sur nos sociétés. De plus en plus d'articles sont présents sur cette problématique dans des revues d'économie. On peut par exemple citer cette article de 2017 écrit dans la revue boursière *Investir* [18] qui se pose la question du syndrome du FOMO (Fear Of Missing Out) et de ses possibles conséquences sur les cours boursiers: le fait d'avoir peur de manquer une information, pourrait-il influencer des décisions d'investissements de la part des investisseurs dans notre économie ?

La revue *Capital* a, en 2015, tenté quant à elle une approche statistique de cette problématique. Une étude a été menée auprès de 150 000 salariés d'une société éditrice de logiciels en Europe. Celle-ci a mis en évidence qu'une trop grande connexion à Internet au travail (surtout pour des recherches personnelles, comme la consultation de son compte Facebook ou à des sites de voyages...) représentait une perte de productivité estimée à 10,2% pour un salarié hyper-connecté, soit une perte sèche de 25 jours de travail par an pour l'employeur !

En conclusion, l'addiction à Internet peut avoir des conséquences négatives sur la santé des individus, mais aussi sur notre économie. Il est très probable qu'il existe des conséquences dans d'autres domaines, non encore décrites à ce jour, tant l'addiction à Internet demeure une pathologie mal connue.

V. Quelle place pour le médecin généraliste ?.

La médecine générale est la première ressource qui s'offre au patient lorsque l'automédication ne lui permet pas de trouver une solution efficace à son problème de santé. Selon l'article L1411-11 du Code de Santé Publique, les rôles du médecin généraliste sont les suivants :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
- La dispensation et l'administration des médicaments.
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.
- L'éducation pour la santé.

La médecine générale offre une réponse ambulatoire, proche du lieu de vie et/ou de la communauté du patient, d'accès ouvert, non trié, au stade initial comme au stade évolué des pathologies. Ce large champ d'activités est donc défini par les demandes et besoins des populations.

Le carré de White [19], montre la répartition des recours aux différents niveaux de soins, à partir d'enquêtes réalisées en population générale**.** Celui-ci met én évidence que la majorité des demandes médicales de la population concernent des soins de santé primaire. Giet décrit la médecine générale comme « la parfaite complémentarité de la première ligne de soins – soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits – et les activités hospitalières – soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus onéreux »[20].

L'addiction à Internet étant une problématique de santé actuelle, les médecins généralistes sont donc en première ligne pour la repérer et proposer une prise en charge. Des questions se posent alors : Comment leur permettre de dépister cette pathologie ? Quelles peuvent être, à l'interrogatoire

les questions les plus pertinentes et comment les aider à orienter au mieux les patients ?

VI. Un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

L'HAS a édité, en 2015, un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) concernant la dépendance au tabac, à l'alcool et au cannabis. Cet outil est encore mal connu des médecins généralistes mais semble être une aide précieuse pour les médecins qui l'ont adopté.

La genèse de ce travail est issue d'un rapport édité par l'United Nations Office on Drugs and Crime « International standards on drug use prévention » qui confirme l'utilité des interventions brèves et des entretiens motivationnels comme moyen de faire diminuer de manière significative l'usage des drogues, de l'alcool et du tabac à court et à long terme. Le gouvernement a donc lancé un plan de lutte contres les drogues et les conduites addictives (MIDELCA) pour les années 2013 à 2017 [21]. Ce plan repose sur 3 axes :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation.
- Prendre en compte les populations les plus exposées afin de réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique au niveau national et international.

Pour y arriver deux éléments sont nécessaires : le repérage précoce et l'intervention brève.

Le repérage précoce concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur. On peut ainsi dépister les consommations à risque de dommages pour la santé.

L'intervention brève est fonction du temps dont dispose le clinicien. La durée est généralement de 1 à 5 minutes. Son but est de recueillir l'information sur la consommation déclarée, de l'évaluer, de délivrer les résultats du questionnaire, de faire une corrélation entre consommation et conséquences et de discuter avec le consommateur pour savoir s'il envisage de réduire sa consommation et de quelle manière.

Les experts de la HAS ont abouti à un outil simple, dont le but est de repérer les consommations à risque, d'intervenir auprès des consommateurs pour qu'ils réduisent leurs risques de dommages, d'accompagner et soutenir leurs efforts vers un changement de comportement durable (cf annexe 2) [22]

Dès lors, pourquoi, ne pas envisager de s'inspirer de ce modèle, afin de faciliter le dépistage, la prévention et l'orientation des patients cyberdépendants ?

VII. Quelle prise en charge proposer ?

Au delà du diagnostic, se pose aussi la question de la prise en charge. Ce type d'addiction étant nouveau et ne faisant pas consensus dans la communauté scientifique, la prise en charge des patients est peu codifiée. Cela explique aussi en grande partie la difficulté que peuvent rencontrer les Médecins Généralistes dans la prise en charge de ces patients. Plusieurs possibilités sont envisageables en fonction du profil du patient. L'idéal serait de réaliser une prise en charge pluri-professionelle, comme c'est actuellement le cas pour les patients ayant une addiction à une substance… Mais dans la pratique, cela s'avère complexe, car peu de structures adaptées existent (au Centre de Référence sur le jeu excessif de Nantes, précédemment évoqué, les délais d'accès sont très longs). L'existence d'autres structures comme les CAMPS ou les CMP se révèlent insuffisantes et pas toujours adaptées pour la prise en charge de ce type de pathologie. Il y a bien aussi des sites Internet (addict'Aide : https://www.addictaide.fr/, ou un site Suisse : https://www.stop-jeu.ch/) mais c'est au final souvent au seul médecin généraliste que revient la gestion de ce type d'addiction, parfois aidé d'un confrère psychiatre.

Concernant la prise en charge thérapeutique, elle aussi non codifiée, nous pouvons transposer la prise en charge d'un patient dépendant à des substances à un patient cyberdépendant : Thérapie cognitivo-comportementale, entretien motivationnel, écoute active, soutien psychologique et dans certains cas : traitement antidépresseur et/ou anxiolytique. Comme nous l'avons également vu plus haut de nombreuses comorbidités sont en effet associées à la cyber-addiction et il faudra en tenir compte dans la prise en charge du patient [15].

Partie 2: Matériels et méthodes

I. Populations étudiées et procédure.

Pour cette étude, nous avons choisi d'évaluer une population de médecins généralistes. Cette population de médecins généralistes a été sélectionnée durant un congrès de Médecine Générale : les Journées Nationales de Médecine Générale. Celui-ci a été organisé par la Revue du Praticien et la Revue du Praticien de Médecine Générale le jeudi 12 Octobre 2017 et le vendredi 13 Octobre 2017 à l'Espace Grande Arche Paris La Défense.

Durant ce congrès plusieurs ateliers thématiques étaient proposés aux participants. Au début de chacun des ateliers où nous étions présents, un formulaire papier était distribué à chaque participant à leur entrée en salle. En accord avec le conférencier, avant que celui-ci ne commence, nous présentions en quelques mots, le but de cette étude, les objectifs et nous demandions de bien vouloir nous accorder 5 minutes pour y répondre. Les participants volontaires avaient la séance pour le compléter. Les questionnaires étaient récupérés en fin de conférence.

Une lettre d'information sur l'étude était présente en page de couverture avec le questionnaire. Les participants étaient informés sur le fait que le questionnaire était anonyme, basé sur une participation volontaire et qu'il devait être rempli seul.

Les critères d'inclusions étaient :

- Être médecin généraliste diplômé, ou avoir réalisé au moins 2 années d'internat de médecine générale.
- Avoir une expérience de la médecine ambulatoire.
- Consentement libre et éclairé.
- Remplir l'ensemble du questionnaire.

Les critères d'exclusions étaient :

- Ne pas être volontaire pour l'étude.
- Ne pas être diplômé de médecine générale et/ou ne pas avoir réalisé 2 années minimum d'internat de médecine générale.
- Ne pas avoir rempli l'ensemble du questionnaire.

Malgré plusieurs demandes par mail et/ou téléphonique, il n'a pas été possible d'obtenir un accord écrit des organisateurs afin de pouvoir présenter ce travail lors d'une conférence commune à tous les participants. Faute de réponse de leur part, nous avons donc été dans l'obligation de rencontrer chaque conférencier un à un, afin de leur présenter notre recherche, de leur demander

l'autorisation de distribuer le questionnaire à l'entrée, et d'emprunter le micro pour présenter ce questionnaire 5 minutes avant le début des conférences à l'ensemble des participants présents. Tous les conférenciers ont accepté notre démarche hormis un.

Le questionnaire a été créé avec le logiciel libre OpenOffice Writter version 4.1.3 disponible gratuitement en ligne : https://www.openoffice.org/fr/Telecharger/

II. Variables étudiées

Le questionnaire de notre étude nous a permis d'évaluer certaines caractéristiques. Les données ont été recueillies sous forme d'auto-questionnaires dont les principaux axes étaient les suivants :

- Données socio-démographiques
- Dépistage
- Prévention
- Orientation
- Prise en charge Thérapeutique
- Connaissance de l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève
- Pertinence d'items à aborder en priorité avec le patient en fonction du temps disponible

a) Les données socio-démographiques :

Les données socio-démographiques ont permis de caractériser la population étudiée.
Les données suivantes ont été recueillies :

- Genre
- Age
- Secteur géographique d'exercice (urbain, semi rural, rural)
- Type d'exercice (seul, en cabinet de groupe, en maison de santé pluridisciplinaire, activités mixte libérales/salariées, activité salariée uniquement, remplaçant)
- Durée moyenne de consultation
- Présence de patient cyber-addict dans la patientèle
- Formations complémentaires en addictologie
- Une dernière question était plus personnelle. Elle cherchait à savoir si la cyber-addiction, était, pour nos participants, une pathologie à part entière.

b) Le dépistage :

Les données concernant le dépistage ont permis d'obtenir des informations sur la manière dont les médecins généralistes dépistaient l'addiction à Internet :

- La recherche d'une dépendance à Internet, chez des patients atteints de troubles psychiatriques.
- La recherche d'une dépendance à Internet, chez des patient dépendants.
- Le type de dépendance à Internet (jeux vidéos, réseaux sociaux, surf sur Internet, pornographie, jeux d'argent, boursicotage, …)
- La difficulté au diagnostic.

c) L'orientation :

Des données concernant l'orientation des patients cyberdépendants ont été recueillies :

- Prise en charge du patient par soi même.
- Orientation vers le psychiatre et/ou l'addictologue.
- Avis d'un centre de référence.
- Orientation vers un centre médico-psychologique.
- Maison des Adolescents
- Hospitalisation dans une structure hospitalière psychiatrique.
- Orientation vers le psychologue.
- Groupe de patients, de paroles, de paires,...
- Internet.
- Autres

d) La prise en charge thérapeutique :

Des données concernant la prise en charge thérapeutique ont été recueillies, le but étant de préciser les types de prises en charge proposés par les médecins généralistes à leurs patients cyberdépendants :

- Absence de prise en charge liée à un sentiment de méconnaissance de la problématique de l'addiction à Internet.
- Orientation vers un spécialiste ou un centre de référence.
- Écoute active de la problématique.
- Mise en place d’entretien motivationnel.

- Soutien psychologique.
- En cas de la mise en place d'une thérapeutique médicamenteuse il était demandé de préciser le type de classe thérapeutique privilégiée.

e) L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève :

L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (=RPIB) existe depuis 2015. Dans notre questionnaire nous avons cherché à savoir ci celui-ci était connu des médecins généralistes, et si cela pouvait les intéresser qu'il en existe une adaptation pour l'évaluation et l'orientation des patients présentant une addiction à Internet.

Nous nous sommes ensuite posés la question de savoir quel était le temps moyen dont disposait un médecin généraliste au cabinet pour évaluer et orienter un patient cyberdépendant.

Nous leur avons enfin demandé quel était le temps minimal nécessaire, selon eux, pour évaluer et orienter un patient cyberdépendant.

f) Pertinence des items à aborder en fonction du temps disponible :

La dernière question du questionnaire proposait aux participants 3 scénarios. Dans chaque scénario on proposait divers items à aborder en priorité avec le patient, en fonction du temps dont on disposait devant soi (1, 3 et 5 minutes) : conseil minimal, conseil d'arrêt, brochure d'information, orientation vers un spécialiste, convoquer à nouveau le patient, évaluer la dépendance, mesurer la motivation et mise en place d'un traitement pharmacologique.

III. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R (R Foundation for Statical Computing, 2018), mis à disposition par l'Université de Médecine de la Sorbonne et de l'INSERM [23].

Nous avons tout d'abord réalisé des statistiques descriptives pour les variables qualitatives (nombre, pourcentage) et pour les variables quantitatives (moyenne, ecart-type). Il n'y avait aucune donnée manquante.

Nous avons déterminé quelles étaient les variables associées au dépistage de la cyber-addiction et à la connaissance du RPIB :

- Pour les variables qualitatives : soit par un test de chi-deux (lorsque le nombre de sujet était >5, nous avons représenté le test par un X^2), soit par un test de Fischer (quand le nombre de

sujet est < 5, nous avons représenté le test par un F).

- Pour les variables quantitatives : nous avons utilisé le test de comparaison des moyennes. Pour déterminer quel test de comparaison de moyenne choisir, nous avons testé l'égalité des variances pour chaque variable quantitative étudiée. Lorsque le test d'égalité des variances d'une variable quantitative donnée était significatif (p< ou égal à 0,05), nous avons utilisé un test de comparaison de moyenne de Mann Whitney (nous avons alors indiqué la valeur Z pour déterminer la force d'association entre les deux variables). Lorsque le test d'égalité des variances données n'était pas significatif (p>0,05), nous avons utilisé un test de comparaison de moyenne de Student (nous avons alors indiqué la valeur t pour déterminer la force de l'association entre les deux variables).

Les variables qualitatives étudiées concernaient :

- Y a-t-il un lien entre zone d'exercice (rural, semi-rural, urbain) et le dépistage de l'addiction à Internet ?
- Le sexe du médecin généraliste peut-il avoir une influence sur le dépistage de l'addiction à Internet ?
- Bénéficier d'une formation complémentaire peut-il permettre d'améliorer le dépistage de l'addiction à Internet ?
- Le type d'exercice (rural, semi-rural, urbain) peut-il influencer la connaissance du RPIB ?
- Le sexe du médecin généraliste peut-il influencer la connaissance du RPIB ?
- Bénéficier d'une formation complémentaire, permet-il de mieux connaître le RPIB ?

Les variables quantitatives étudiées concernaient :

- Existe-t-il un lien entre l'âge du médecin généraliste (catégorie allant de 25 à 40 ans, de 41 à 50 ans, puis de 50 ans et plus) et le dépistage de l'addiction à Internet ?
- Existe-t-il un lien entre la durée de la consultation (10 minutes, 15 minutes, 20 minutes, 30 minutes) et le dépistage de l'addiction à Internet ?
- Y a-t-il un lien entre l'âge du médecin généraliste (catégorie allant de 25 à 40 ans, de 41 à 50 ans, puis de 50 ans et plus) et la connaissance du RPIB ?
- Y a-t-il un lien entre la durée de la consultation (10 minutes, 15 minutes, 20 minutes, 30 minutes) et la connaissance du RPIB ?

Pour toutes les analyses statistiques, nous avons retenu le seuil de significativité $\alpha = 0,05$ (test bilatéral).

Partie 3: Résultats

I. Description de la population étudiée

250 questionnaires ont été distribués durant un congrès de Médecine Générale, 79 ont été récupérés et 73 étaient interprétables.

A) Caractéristiques socio-démographiques :

La population étudiée était composée de 35 hommes (47%) et de 38 femmes (53%). L'âge moyen était de 43 ans (allant de 28 à 70 ans).

51 % des sondés exerçaient en milieu urbain , 36 % en milieu semi-urbain et 10% en milieu rural. Les médecins interrogés travaillaient le plus souvent dans un cabinet de groupe (37 %), exerçaient seuls (19 %) ou avaient une activité mixte (16 %). Enfin, 15 % étaient salariés uniquement, 14 % travaillaient dans une maison de santé pluriprofessionnelle et 9 % étaient remplaçants.

B) Caractéristiques professionnelles :

La durée moyenne de consultation était de 18 minutes (écart-type ± 4 minutes et la médiane à 20 minutes) chez les médecins généralistes interrogés. Les écarts de durée de consultation s'étendaient de 10 minutes minimum à 30 minutes maximum.

C) Rapport à la cyber-addiction.

Vingt trois médecins généralistes interrogés (32%), sur les 73, ont déjà évalué un patient cyber-dépendant. 30 avaient répondu non (41%), et 20 personnes ne s'étaient pas prononcées (27%). Parmi les 23 médecins qui déclaraient avoir déjà eu un patient cyber-addict, ils comptaient 1 ou 2 patients parmi leur patientèle actuelle.

Soixante-cinq médecins (89%) interrogés déclaraient ne jamais avoir bénéficié, au cours de leur formation ou de leur carrière, d'informations concernant la problématique de l'Addiction à Internet (contre 12% ayant été sensibilisés à ce sujet). 64 médecins (87%) ont répondu « non » à la question concernant le fait d'avoir bénéficié d'une formation complémentaire en addictologie. Pour les 13% ayant répondu « oui », il s'agissait le plus souvent lors de formations universitaires (DU,

capacité, DESC, ….) ou lors de séminaire/congrès. Enfin, 66 médecins généralistes sondés (91%) considéraient que l' addiction à Internet était une pathologie à part entière.

II. Repérage, intervention brève et accompagnement des patients

A) Le repérage

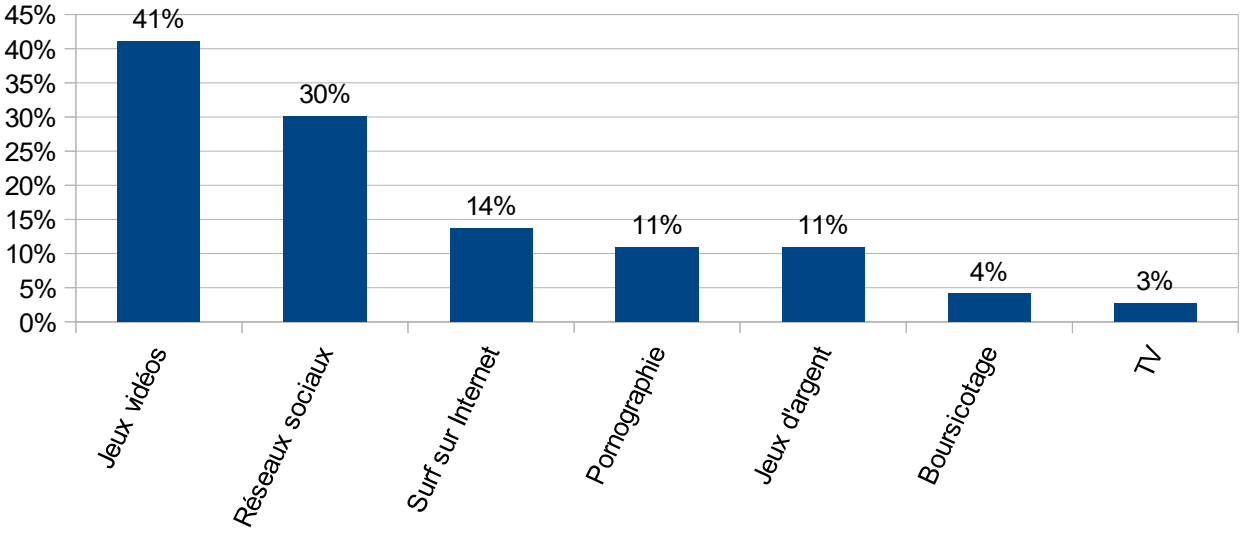
Sept médecins sur 73 (9%) recherchaient systématiquement une dépendance associée à Internet lorsqu'un patient consulte pour une problématique d'ordre psychiatrique contre 66 (91%) qui ne la recherchaient pas à l'interrogatoire.

Pour les patients qui consultaient pour une addiction, qu'elle qu'en soit le type (tabac, alcool, drogues, ...), 10 médecins (13%) recherchaient systématiquement une dépendance à Internet contre 63 qui ne le faisaient pas (67%). Pour les patients qui présentaient une problématique d'addiction à Internet, 41 médecins (56%) cherchaient à préciser le type de cyberdépendance contre 32 (44%) qui ne le cherchaient pas.

B) Les différentes cyberdépendances constatées

Quarante et un médecins généralistes interrogés (56%) précisaient à l'interrogatoire le type de cyberdépendance. Les principaux type de cyberdépendance auxquels ils ont été confrontés ont été regroupés dans le graphique ci-dessous. On note qu'il n'existait généralement non pas une cyberdépendance mais plusieurs types de cyberdépendance associées (en moyenne 2,18 avec un écart type de 2,11). La médiane étant de 2.

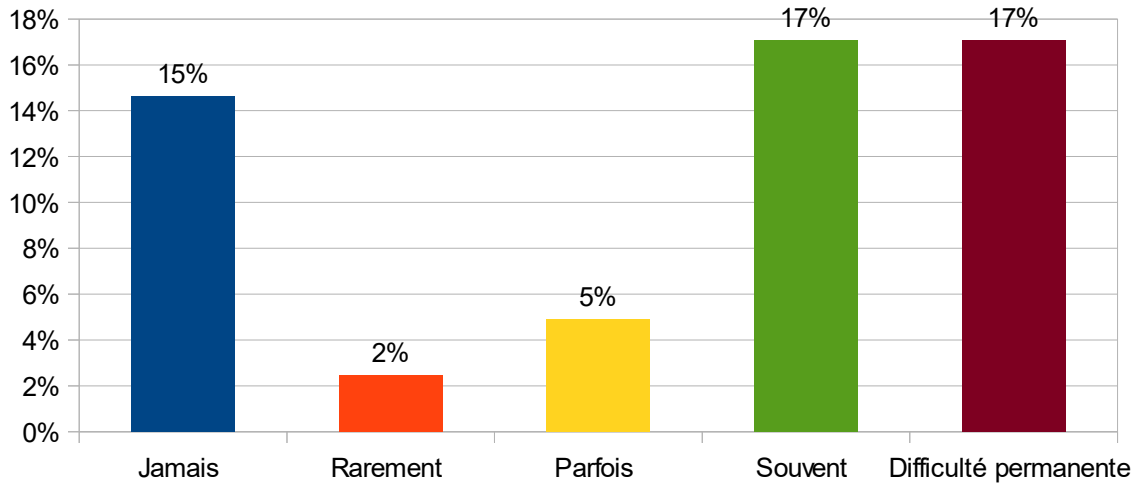
Graphique 1 : Les différentes formes de cyber-dépendances



C) Difficultés diagnostiques

Le graphique ci-dessous présente la manière dont les médecins généralistes percevaient leurs difficultés au diagnostic d'une addiction à Internet. Ving-sept médecins (36%) ont déclaré n'avoir jamais été confrontés à un patient cyber-addict et le graphique ci-dessous prend donc en compte le ressenti des 46 médecins généralistes qui ont déjà posé un diagnostic pour ce type de patient.

Graphique 2 : Difficultés de diagnostic



D) Orientation

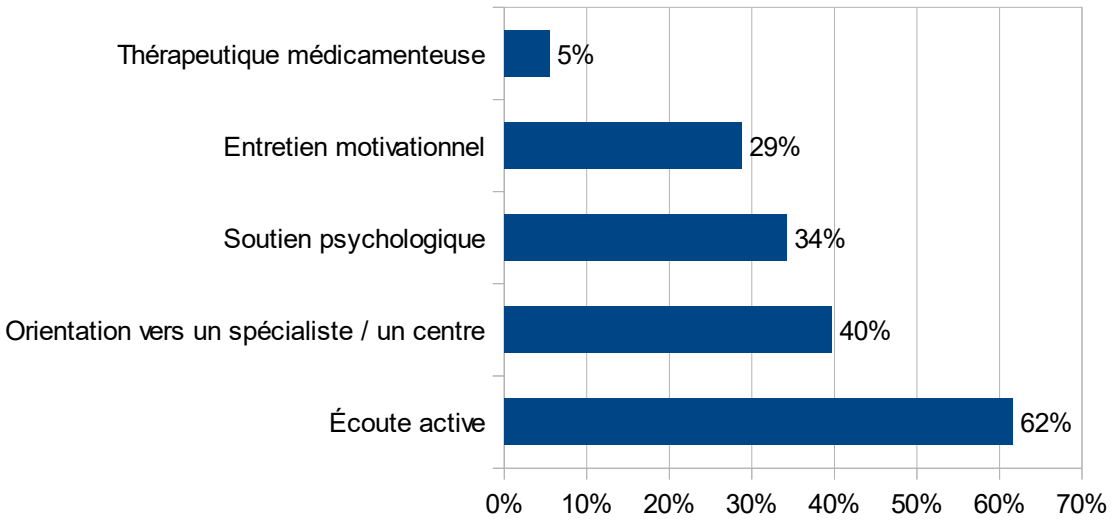
La plupart des médecins choisissent de faire intervenir plusieurs intervenants mais 17 médecins (23 % des sondés) choisissaient de gérer seul la prise en charge de ce type de patients. Nous avons classé les résultats par ordre décroissant de mention du type d'intervenants :

1) Psychiatre et / ou addictologue (85%)
2) Psychologue (60 %)
3) Centre médico-psychologique (56%)
4) Maison des adolescents (36 %)
5) Centre de référence (33 %)
6) Établissement hospitalier psychiatrique (22 %)
7) Groupe de patients, de parole (21 %)
8) Internet (5 %)

E) Prise en charge

Dix-sept médecins (23% des sondés) ne se sentaient pas assez compétents dans ce domaine pour prendre en charge la gestion de la cyberdépendance. Pour les autres, le graphique 3 indique les différentes prises en charge proposées par les médecins interrogés face à un patient cyberdépendant dans leur cabinet.

Graphique 3 : Types de prises en charge



III. L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

A) Évaluation de l'outil d'aide au RPIB.

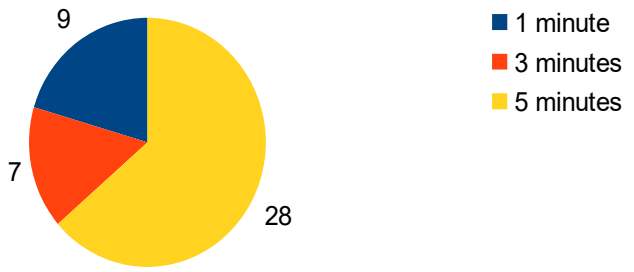
63% des sondés ne connaissaient pas l'outil d'aide créé par l'HAS contre 37% qui le connaissaient. En revanche, 82% des médecins généralistes interrogés souhaitaient qu'un outil soit créé afin de les aider à évaluer les patients cyberdépendants.

B) Temps nécessaire pour évaluer un patient.

Les deux graphiques ci-dessous présentent les résultats obtenus aux questions du temps nécessaire pour évaluer un patient cyberdépendant.
Le graphique n°4 présente le temps moyen passé pour évaluer la cyberdépendance d'un patient à l'heure actuelle.
Le graphique n°5 présente le temps qu'ils estiment nécessaire pour évaluer une cyberdépendance.

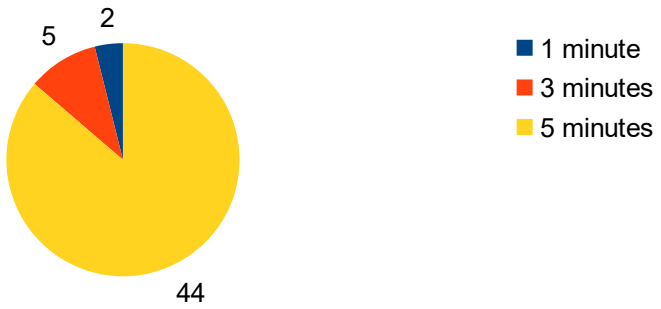
Graphique 4 : Temps passé en moyenne

A noter : 29 personnes ne se sont pas prononcées sur cette question.



Graphique 5 : Temps nécessaire

A noter : 22 personnes ne se sont pas prononcées sur cette question



C) Les 3 scenarii

Dans cette partie de l'enquête il s'agissait de déterminer les questions principales que les médecins poseraient, en fonction du temps disponible. Les résultats obtenus sont les suivants.

Tableau 1 : Scénario de 1 minute (Classement des questions par ordre de mention) :

Questions posée (temps nécessaire)	**Nombre de médecins**	**%**
Conseil minimal : Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? Puis souhaitez vous diminuer ce temps ? (1 minute)	44	60
Proposer un rendez-vous ultérieur. (1 minute)	21	29
Donner au patient une brochure sur la cyberdépendance (Pex : INPES) (1 minute)	19	26
Orienter le patient vers un spécialiste ou une structure adaptée. (1 minute)	16	22
Conseil d'arrêt : Exemple : Je pense que diminuer votre temps de connexion est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.(1 minute)	11	15
Mesurer la motivation avec l'aide d'une échelle analogique de motivation. (1 minute)	5	5
Évaluer la dépendance avec l'International Test Addiction de Young.(3minutes)	3	4
Proposer un traitement pharmacologique (BZD, anxiolytiques, anti-dépresseur,....) (3 minutes)	1	1

Tableau 2 : Scénario de 3 minutes (Classement des questions par ordre de mention) :

Questions posée (temps nécessaire)	**Nombre de médecins**	**%**
Conseil minimal : Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? Puis souhaitez vous diminuer ce temps ? (1 minute)	41	56
Conseil d'arrêt : Exemple : Je pense que diminuer votre temps de connexion est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.(1 minute)	36	49
Donner au patient une brochure sur la cyberdépendance (Pex : INPES) (1 minute)	27	37
Orienter le patient vers un spécialiste ou une structure adaptée. (1 minute)	22	29
Proposer un rendez-vous ultérieur. (1 minute)	22	29
Évaluer la dépendance avec l'International Test Addiction de Young.(3minutes)	8	11
Mesurer la motivation avec l'aide d'une échelle analogique de motivation. (1 minute)	7	10
Proposer un traitement pharmacologique (BZD, anxiolytiques, anti-dépresseur,....) (3 minutes)	4	5

Tableau 3 : Scénario de 5 minutes (Classement des questions par ordre de mention) :

Questions posée (temps nécessaire)	**Nombre de médecins**	**%**
Conseil minimal : Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? Puis souhaitez vous diminuer ce temps ? (1 minute)	41	56
Conseil d'arrêt : Exemple : Je pense que diminuer votre temps de connexion est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.(1 minute)	42	57
Orienter le patient vers un spécialiste ou une structure adaptée. (1 minute)	42	57
Évaluer la dépendance avec l'International Test Addiction de Young.(3minutes)	33	45
Donner au patient une brochure sur la cyberdépendance (Pex : INPES) (1 minute)	32	44
Proposer un rendez-vous ultérieur. (1 minute)	30	41
Mesurer la motivation avec l'aide d'une échelle analogique de motivation. (1 minute)	10	14
Proposer un traitement pharmacologique (BZD, anxiolytiques, anti-dépresseur,....) (3 minutes)	9	13

IV. Facteurs associés au dépistage de la cyberaddiction et au RPIB

A) Le dépistage de la cyber-addiction :

Nous avons mis en évidence l'absence d'associations significatives entre dépistage de la cyber-adicction et différents facteurs tels que l'âge, le sexe du médecin, son lieu d'exercice, sa durée de consultation et/ou le fait d'avoir bénéficié d'une formation complémentaire.

Tableau 4 : Le dépistage de la cyberdépendance en fonction de divers critères :

Variable	Test statistique	p
Age	t= 0.63	0.52
Sexe	F : OR=0,62 [IC à 95% : 0,0893 et 3,5088]	0,71
Zone d'exercice	F : OR=1	0,1
Durée de consultation	t= 0.6070	0.65
Formation complémentaire	F : OR=3.824 [IC à 95% : 0.3028 ; 30.9239]	0.17
F= test de fischer ; OR = Odd Ratio ; t = test de student ; p = p-value		

B) La connaissance du RPIB.

Nous avons mis en évidence l'absence d'associations significatives entre connaissance du RPIB et différents facteurs tels que l'age, le sexe du médecin, son lieu d'exercice, sa durée de consultation et/ou le fait d'avoir bénéficié d'une formation complémentaire.

Tableau 5 : La connaissance du RPIB en fonction de divers critères :

Tableau 8:		
Variable	Test statistique	p
Age	t= 0.67	0.50
Sexe	X^2= 0.81	0,37
Zone d'exercice	X^2= 0,88	0,26
Durée de consultation	t= 1.88	0.30
Formation complémentaire	F : OR=1.695 [IC à 95% : 0.2877 ; 10.0061]	0.47
F= test de fischer ; OR = Odd Ratio ; X^2= khi2 ; t = test de student ; p = p-value		

Partie 4: Discussion

I. Résultats principaux

a) Orientation, prévention et dépistage des patients cyber-dépendants

Notre étude a permis de mettre en évidence plusieurs éléments concernant le rôle dans le dépistage, la prévention et l'orientation des patients cyber-dépendants : un tiers des médecins interrogés déclaraient avoir des patients cyber-dépendants dans leur patientèle. L'immense majorité (89%) ne possède aucune formation en addictologie. Pour 90% des médecins généralistes interrogés, la cyber-addiction est une pathologie à part entière. Ce qui va à l'encontre de beaucoup d'idées reçues.

Nous avons mis en évidence dans notre étude le fait que lorsqu'un patient consulte pour une problématique d'ordre psychiatrique, la recherche d'une addiction associée était très peu souvent recherchée (10%). De plus, face à une problématique addictive, la recherche de l'addiction à Internet était très souvent peu ou pas recherchée (13%). Les médecins interrogés durant notre étude, qui recherchaient une addiction à Internet faisait préciser le type dans près d'un cas sur deux (le plus souvent : les jeux-vidéos et les réseaux sociaux).

Dans notre questionnaire, une question concernant la difficulté ressentie par les médecins pour dépister une problématique de cyber-addiction a été posée, mais les résultats ne permettent pas de trancher car 50% des interrogés n'ont jamais eu de patients présentant une addiction à Internet. Mais, au vue des résultats, 40% des médecins qui ont répondu sont souvent voire toujours en difficulté pour dépister et diagnostiquer ce type de patient.

Les médecins interrogés (85%) ont orienté préférentiellement leurs patients vers nos confrères psychiatres pour la suite de la prise en charge. Ils ont également souvent recours à une prise en charge psychologique avec un psychologue, dans 60% des cas. Dans 56% des cas les patients ont été orientés vers des centres médico-psychologiques. On a pu aussi noter que très peu des interrogés orientaient leurs patients vers un centre de référence, dont l'existence est probablement méconnue. Enfin, dans 25% des cas, les médecins sondés ont préféré ne pas réorienter le patient et superviser eux-mêmes la prise en charge de leur patient.

Ces résultats nous ont étonné car le médecin généraliste est au centre de notre système de soins, que celui-ci connaît très bien l'histoire de vie de chacun de ses patients, et que les délais d'accès aux spécialistes dans certaines localités peuvent être difficiles [24]. Nous avançons comme hypothèse pour expliquer ce phénomène le probable manque d'informations et de formations des médecins généralistes à l'existence de cette problématique.

Se posait ensuite la question de la prise en charge.

Dans notre étude les médecins interrogés ont privilégié dans près de 60% des cas, l'écoute active de la problématique, suivie d'une orientation vers le spécialiste, dans 40% des cas. Très peu des médecins qui ont été interrogés ont proposé une prise en charge médicamenteuse (<6%). Lorsque cette dernière option était cochée, la plupart du temps était prescrit des médicament appartenant à la classe thérapeutique des anxiolytiques et/ou des antidépresseurs. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces faits. Premièrement, l'écoute active du patient est la base même de notre métier, elle fait partie intégrante du savoir être « médecin » [25]. Deuxièmement, comme nous avons pu le mettre en évidence auparavant, l'orientation vers le spécialiste a souvent été citée comme étant l'orientation préférentielle pour nos sondés. Enfin, le peu de prescriptions médicamenteuses est possiblement lié au fait que l'addiction à Internet demeure une entité encore mal connue, mal décrite et dont la prise en charge est peu codifiée.

b) Le RPIB :

Notre étude s'est également intéressée à l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève proposé par l'HAS dans le cadre de l'addiction au tabac, alcool et cannabis.

Nous avons mis en évidence que 2/3 des sondés ne connaissaient pas l'existence de cet outil. En revanche près de 80% ont estimé qu'il serait intéressant d'en créer un pour le repérage précoce et l'intervention brève concernant l'addiction à Internet. Pour la plupart des sondés le temps nécessaire pour évaluer un patient présentant une addiction à Internet était le plus souvent supérieur à 5 minutes.

En raison des résultats obtenus, nous nous sommes ensuite intéressés à proposer un condensé d'interrogatoire minimal en fonction du temps dont dispose le médecin face au patient. D'autant plus que ce type de problématique survient à la fin d'une consultation déjà chargée.

Nous proposons en fonction du temps disponible cette approche :

1 minute de disponible	**<u>Conseil minimal</u>** – Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? – Souhaitez vous diminuer ce temps ?
3 minutes de disponible	**<u>Conseil minimal</u>** – Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? – Souhaitez vous diminuer ce temps ? **<u>Conseil d'arrêt</u>** – Phrase d'accroche. Exemple : *Je pense que diminuer votre temps de connexion est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.* – Donner au patient une brochure sur la cyberdépendance (Pex : INPES)
5 minutes de disponible	**<u>Conseil minimal</u>** – Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? – Souhaitez vous diminuer ce temps ? **<u>Conseil d'arrêt</u>** – Phrase d'accroche. Exemple : *Je pense que diminuer votre temps de connexion est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.* – Donner au patient une brochure sur la cyberdépendance (Pex : INPES) **<u>Orienter le patient vers un spécialiste ou une structure adaptée</u>** **<u>Évaluer la dépendance avec l'International Test Addiction de Young</u>**

Cette dernière question de l'interrogatoire a été parfois mal comprise, avec la nécessité de la reformuler à l'oral. Souvent les médecins interrogés ont coché plusieurs réponses alors que nous n'en attendions qu'une. Nous avons décidé de conserver l'ensemble des données récupérées. Nous pouvons néanmoins la considérer comme intéressante au vue de la suite des résultats puisque le conseil minimal a été systématiquement cité dans les temporalités « 3 minutes » et « 5 minutes ».

Nous proposons, en conséquence, une ébauche de travail de ce que pourrait être la réalisation d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève dans le cadre de l'addiction à Internet.

REPÉRAGE PRÉCOCE

1a Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → Accompagnement

Substance	Question	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
	Combien de temps passez-vous devant Internet ?	Apparition de conséquences négatives	Évaluation du risque	Renforcement des conduites favorables à la santé

Internet Addiction Diagnostic Questionnaire d'après Young

Questions	Score
1 – Êtes-vous resté sur Internet plus longtemps que vous en aviez l'intention au départ ?	0 1 2 3 4 5
2 – Avez-vous déjà négligé des tâches ménagères dans le but de passer plus de temps sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
3 – Préférez-vous l'excitation/l'amusement d'Internet à l'intimité de votre partenaire ?	0 1 2 3 4 5
4 – Avez-vous eu de nouvelles relations avec des utilisateurs d'Internet ?	0 1 2 3 4 5
5 –Votre entourage vous reproche t-il de passer trop de temps sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
6 – Vos notes ou devoirs scolaires souffrent-ils du temps que vous passez sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
7 – Regardez-vous d'abord votre messagerie avant d'accomplir une chose nécessaire et/ou urgente ?	0 1 2 3 4 5
8 – Vos performances au travail ou votre productivité souffrent-elles à cause du temps que vous passez sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
9 – Vous est-il arrivé d'être sur la défensive ou de refuser de répondre si quelqu'un vous demande ce que vous faîtes sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
10 – Chassez-vous les soucis de votre vie quotidienne par la pensée réconfortante d'aller sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
11 – Vous réjouissez-vous du moment où vous irez de nouveau sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
12 – Pensez-vous que la vie sans Internet serait ennuyeuse, vide et sans joie ?	0 1 2 3 4 5
13 – Avez-vous déjà répondu sur un ton brusque, crié ou montré agacé si quelqu'un vous dérange pendant que vous êtes sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
14 – Avez-vous déjà manqué de sommeil parce que vous êtes restés tard sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
15 – Lorsque vous n'êtes pas sur Internet, pensez-vous activement ou rêvez-vous d'y être ?	0 1 2 3 4 5
16 – Dites-vous « juste encore quelques minutes » lorsque vous êtes sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
17 – Avez-vous déjà essayé de diminuer le temps que vous passez sur Internet, sans y arriver ?	0 1 2 3 4 5
18 – Avez-vous déjà tenté de cacher aux autres combien de temps vous passez sur Internet ?	0 1 2 3 4 5
19 –Avez-vous déjà choisi de passer plus de temps sur Internet plutôt que de sortir avec des proches ?	0 1 2 3 4 5
20 – Vous sentez-vous déprimé, de mauvaise humeur ou énervé lorsque vous n'êtes pas sur Internet ? Sentez-vous mieux après, lorsque vous y êtes ?	0 1 2 3 4 5

<u>Interprétation :</u>

- Un score inférieur à 49 indique que le patient peu passer parfois plus de temps sur internet que prévu mais que celui-ci garde le contrôle de son utilisation d'internet.

- Un score de 50 à 79 révèle un usage problématique d'internet avec de possibles conséquences sur la vie du patient.

- Un score supérieur à 80 montre un usage problématique d'internet avec de sévères répercussions sur la vie du patient.

REPÉRAGE PRÉCOCE

Consommation déclarée → Évaluation du risque → **2 Intervention brève** → Accompagnement

Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de la consommation abusive d'Internet

- Restituer les **résultats du questionnaire** de consommation.
- Informer sur **les risques** concernant un usage excessif d'Internet.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et **les attentes** du patient cyber-dépendant.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de son temps passé sur Internet.
- **Expliquer** des méthodes utilisables pour diminuer sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer** la motivation, le bon moment et le niveau de confiance dans la réussite de la réduction de consommation.
- **Proposer** des rendez-vous ultérieurs pour réévaluer l'évolution de la consommation.
- Remettre une **brochure**, orienter vers un **site**, un forum...

- Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).
- Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment** grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite de ce projet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE

Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → **3 Accompagnement**

Les professionnels de santé accompagnent de manière durable le patient cyber-dépendant, afin de favoriser la réduction voire l'arrêt de la consommation excessive d'Internet sur le long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux dans une relation partenariale de confiance ou d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, activités physiques, activités sociales...)
- En cas d'échec ou d'une reprise de consommation excessive il faut pouvoir envisager une consultation d'addictologie.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

II. Résultats secondaires

Notre étude a apporté quelques résultats intéressants sur le dépistage de la cyber-addiction et la connaissance du RPIB. En effet nous n'avons pas retrouvé de relations statistiquement significatives entre dépistage de la cyber-addiction et différents facteurs tels que l'age, le sexe du médecin, son lieu d'exercice et/ou la durée de consultation. On pourrait penser qu'il puisse exister un effet générationnel associé à un effet lieu d'exercice mais cela n'a pas été mis en évidence dans notre étude. Peut-on alors envisager une meilleure information et implication des médecins généralistes dans le dépistage de cette nouvelle entité pathologique ?

Nous n'avons pas non plus mis en évidence d'associations significatives entre connaissance du RPIB et différents facteurs tels que l'age, le sexe du médecin, son lieu d'exercice et/ou sa durée de consultation. Dans notre étude 2/3 des médecins admettaient ne pas connaître cet outil mis à leur disposition, même s'il est simple d'utilisation.

Dans les causes, on peut évoquer le possible défaut de communication et/ou de diffusion de la part de l'HAS : de nombreux médecins sont venus nous demander quel était cet outil, comment il fonctionnait et où il pouvait se le procurer. Après nos explications ils semblaient intéressés de pouvoir l'expérimenter.

Notre faible nombre de sujet connaissant cet outil a pu aussi expliquer en partie l'absence de significativité statistique à cette question.

III. Validité interne

Tout d'abord, l'inclusion dans cette étude était basée sur la base du volontariat, de facto seuls les participants sensibilisés à cette thématique ont probablement répondu à ce sondage. Il y a donc très probablement un biais de sélection à ce niveau là, pouvant donner des résultats surestimés et un taux de dépistage, d'orientation et de prévention des patients cyberdépendants supérieur à la réalité. Ce biais est inévitable dans ce type d'étude réalisée et distribuée.

Le taux de réponse était relativement faible (31,6%) mais correspond au taux de réponse des questionnaires papiers. En effet, de nombreux facteurs entraient en ligne de compte : le temps disponible pour répondre au questionnaire, l'intérêt porté au sujet de l'étude, la clarté et la concision des questions posées, la longueur du questionnaire, la présence d'un crayon et d'un support à portée de main ainsi que le nombre de pages présentent dans le questionnaire.

De plus, il s'agit d'un questionnaire qui avait été distribué lors d'un congres de Médecine Générale sur Paris. La plupart des médecins questionnés étaient Parisiens ou issus des régions alentours, pour des raisons d'accès facilité au transport et au logement, de la proximité géographique, d'une facilité plus grande pour se faire remplacer, d'un attrait plus important pour « les nouveautés ». Ceci a pu mener à un biais de sélection de la population.

Ensuite, afin d'évaluer leur représentativité, les caractéristiques de notre population pouvaient être confrontée aux données de l'état des lieux de la démographie médicale en France en 2016 [26].

Selon le référentiel sus-cité, concernant le genre et l'âge moyen des participants, il existait dans notre étude une quasi-parité hommes-femmes, comme on peut la retrouver au niveau national en Médecine Générale en 2016 [26]. En revanche concernant l'âge, notre population était en moyenne plus jeune de 10 ans que l'âge moyen de la population en médecine générale en 2016 [26].

En terme de profil , la population qui a répondu était globalement plus jeune mais de parité hommes-femmes équivalente. Ce qui peut rendre l'extrapolation des résultats obtenus plus difficilement applicable.

Durant notre étude nous n'avons pas cherché à connaître la durée d'exercice des médecins interrogés Cette donnée aurait pu être intéressante : le dépistage de l'addiction à Internet est-il plus fréquent lorsqu'un médecin vient de s'installer ? Cette hypothèse pourrait partir du postulat que le médecin nouvellement installé soit jeune et fraîchement diplômé et donc mieux formé et sensibilisé aux nouvelles addictions. Or en réalité cela n'est pas toujours le cas (changement de carrière, réorientation professionnelle, …). De même, un médecin installé depuis longtemps a su au fil du temps monter un réseau de connaissances permettant d'orienter au mieux ses patients. L'obtention de cette donnée aurait-elle permis de répondre à cette question ?

Une autre question aurait également été intéressante : la distance Centre Hospitalier - Lieu d'exercice peut-il influencer la prise en charge d'un patient présentant une addiction à Internet ? Il est probablement plus facile de proposer une prise en charge spécialisée et optimale (psychologue, groupe de parole, …) lorsqu'un patient habite proche d'un grand centre (condition d'accès, de circulation, facilité de déplacement, …). La littérature sur le sujet étant quasiment inexistante, nous n'avons pas jugé pertinent d'inclure dans notre questionnaire cette question, nous ne serions restés que purement descriptifs et les résultats obtenus n'auraient probablement pas pu apporter une réponse satisfaisante.

Pour conclure, avec un faible taux de réponse et une population pas totalement comparable à la population des médecins généralistes Français, nos résultats doivent être analysés avec prudence. Notre population est globalement plus jeune et le questionnaire papier a été rempli sur la base du volontariat, sélectionnant donc des médecins plus sensibles à la question de cette nouvelle addiction et pouvant donner une surestimation du dépistage de patients atteints d'addiction à Internet, ainsi qu'une surestimation des médecins qui connaissaient et utilisaient le RPIB.

IV. Validité externe

Nous avons durant notre étude comparé nos résultats avec des travaux s'en approchant le plus. Nous pouvons citer :

- La thèse du Dr DECARY-BOUGONNA Cécile (médecin généraliste), St Etienne en 2017, à propos de l'évaluation et de la prise en charge des patients présentant une addiction aux jeux de hasard et d'argent en médecine générale.
- La thèse du Dr ANGIBAULT Xavier (médecin psychiatre), Orléans-Tours en 2014, à propos des facteurs de risques d'addiction à Internet chez les adolescents : une étude transversale auprès de 60 adolescents suivis en pédopsychiatrie et de 180 adolescents en population générale.
- La thèse du Dr BREDEL Stéphanie (médecin généraliste), Rouen en 2012, à propos de l'addiction à Internet chez les adolescents : Élaboration d'un outil d'aide au dépistage pour les médecins généralistes.

a) Thèse du Dr DECARY-BOUGONNA Cécile [27]

Cette thèse cherchait à évaluer et dépister les patients qui présentaient une addiction aux jeux de hasards et d'argent en médecine générale. Il s'agissait d'une étude descriptive. Cette thèse ne s'intéressait pas à l'addiction à Internet en tant que telle : les jeux de hasards et d'argent pouvaient avoir pour support Internet. Ces 2 types d'addictions font parties du sous-groupe des addictions comportementales au même titre que l'addiction à Internet.

Les données qui ont été retrouvées au cours de ce travail sont similaires aux nôtres. En effet, notre étude mettait en évidence que 41% des médecins interrogés ne rapportent aucun cas de patients qui présentaient une addiction à Internet (36% pour le Dr Decary-Bougonna, toutes addictions comportementales confondues).

Comme dans ce travail (à 85%), la plupart des médecins généralistes préfèrent orienter leurs patients cyberdépendants vers un spécialiste ou un centre spécialisé (77,5% pour le Dr Decary-Bougonna). 23% des médecins interrogés dans notre études ne se sentaient pas compétents pour prendre en charge ces patients (10% pour le Dr Decary-Bougonna). Environ 34% débutaient un travail de soutien (19% pour le Dr Decary-Bougonna) et 5,5% traitaient les comorbidités anxio-dépressives (5% pour le Dr Decary-Bougonna).

Pour terminer, dans son étude, comme dans la nôtre, très peu de médecins généralistes interrogés connaissaient et utilisaient les échelles de dépistage.

b) Thèse du Dr ANGIBAULT Xavier [28]

Cette thèse avait pour but de déterminer quels étaient les facteurs individuels, environnementaux et psycho-pathologiques associés à l'addiction à Internet chez les adolescents. Il s'agissait d'une étude transversale réalisée auprès de 2 populations : 60 adolescents suivis en pédopsychiatrie et 180 adolescents recrutés dans des collèges et lycées.

Dans notre étude 10% des médecins interrogés recherchaient une addiction à Internet lorsqu'un patient venait consulter pour une problématique d'ordre psychiatrique. Dans cette thèse il a été mis en évidence une forte corrélation entre comorbidités psychiatriques (TDAH) et addiction à Internet chez les adolescents. Ces données étaient très probablement extrapolables à l'ensemble de la population générale. Cette thèse mettait aussi en évidence que cela était rarement recherché en pratique.

Comme dans notre étude, l'addiction à Internet était principalement caractérisée par un usage excessif des jeux vidéos et des réseaux sociaux.

c) Thèse du Dr BREDEL Stéphanie [29]

Le but de cette thèse était d'élaborer un outil permettant aux médecins généralistes de dépister un usage pathologique d'Internet. Il s'agissait d'un auto-questionnaire rempli par des adolescents et de jeunes adultes.

Comme dans notre étude, celle du Dr BREDEL Stéphanie et celle du Dr ANGIBAULT Xavier, l'addiction à Internet était principalement caractérisée par un usage excessif des jeux vidéos et des réseaux sociaux. Cela conforte l'idée qu'il n'existe pas une cyberdépendance à Internet mais plusieurs types de cyberdépendance et que celles-ci peuvent être associées.

Dans notre étude 14 % des médecins recherchaient une addiction à Internet lorsqu'un patient consultait pour une problématique de dépendance, or l'étude du Dr BREDEL, comme celle du Dr ANGIBAULT Xavier, semblaient mettre en évidence une association significative entre consommation d'alcool, tabac, trouble du comportement alimentaire et addiction à Internet.

De la même manière que dans notre étude, nombreux étaient les médecins à reconnaître la problématique de l'addiction à Internet, mais peu de médecins généralistes possédaient une formation sur le sujet, qu'il s'agisse du dépistage, de la prévention, de l'orientation ou de la prise en charge de ces patients.

d) Au niveau national

Selon le rapport d'expertise de l'Inserm de 2014 relatif aux divers conduites addictives chez les adolescents (dont l'addiction à Internet [30]), les différentes thérapies cognitives et comportementales semblent démontrer leur efficacité avec cependant des effets modérés à long terme. Les autres prises en charge psychothérapiques (psychosociales, psychodynamiques…) semblent présenter un intérêt mais sont à adapter à chaque patient et en fonction du moment de son parcours de soin. Ce type de prise en charge nécessite des connaissances théoriques et pratiques peu enseignées au niveau facultaire en médecine générale, d'où la nécessité de renforcer la formation médicale continue (FMC).

Dans notre étude, environ 29% des médecins étaient prêts à réaliser un entretien motivationnel (19% pour le Dr Decary-Bougonna) et 34% d'entre eux souhaitaient démarrer un soutien psychologique. Le rapport de l'INSERM recommande de renforcer la formation des étudiants en santé aux problématiques addictives (renforcement de la discipline de l'addictologie, développer des postes d'enseignements, création de module d'enseignement spécifique à l'addictologie, …) et de poursuivre le développement des formations continues pour les professionnels en exercice.

Comme le soulignait déjà le Dr Decary-Bougonna, à propos de l'entretien motivationnel : *« Ce chiffre est encore insuffisant car le travail motivationnel est le travail préalable et indispensable à toute prise en charge addictologique qui peut être initié même sans avoir de connaissance quant à la prise en charge spécifique ».* Cette problématique est toujours d'actualité bien qu'il semblerait que notre étude mette en évidence une amélioration du nombre de médecins prêts à se lancer dans la réalisation d'entretien motivationnel.

e) Au niveau international

Les systèmes de santé sont très différents les uns des autres ainsi que l'organisation des soins au sein de chaque pays. Néanmoins certaines études sont intéressantes :

Une méta-analyse réalisée en 2017 au Japon a permis d'examiner l'ensemble des études épidémiologiques internationales (37 études transversales et 17 études longitudinales) publiées jusqu'en 2016 sur PubMed et PsychINFO concernant la prévalence de l'addiction à Internet [31]. Les résultats mettaient en évidence une prévalence de l'addiction à Internet estimée de 0,7% à 27,5% de la population. La prévalence était plus élevée chez les hommes jeunes et il n'y avait pas de différences géographiques. Les auteurs apportaient un bémol dans leur étude car l'ensemble des études avaient des méthodologies différentes, ce qui explique ce ratio large de prévalence de l'addiction à Internet. Néanmoins ils mettaient en évidence que l'addiction à Internet était souvent sous diagnostiquée car les patients consultent peu pour ce motif et que les médecins ne dépistent peu ou pas cette nouvelle addiction.

Dans notre étude 1/3 des médecins généralistes interrogés avaient des patients cyber-dépendants dans leur patientèle. Cela nous semble beaucoup au vue des précédentes études évoquées, et c'est probablement lié à un biais de sélection (congrès, jeunes médecins, effet de la nouveauté, ...)

Notre étude a mis en évidence la difficulté que les médecins généralistes pouvaient rencontrer dans la prise en charge de ces patients, tout comme leurs confrères anglais (GP : General Practioner). En effet, lors d'une étude réalisée en 2016 auprès de 136 GP à Solihull (Angleterre) [32] : 90,8% d'entre eux s'estimaient en difficulté pour prendre en charge des patients atteints de dépendance sans substance (Seuls 16% des généralistes se sentaient à l'aise face à ce type de patients dans notre analyse). On peut noter que dans cette étude il était mis en évidence que pour de nombreux GP le dépistage de patients présentant une addiction au jeu (que cela soit par le bais d'Internet ou pas) relevaient bien de leur rôle et non des centres spécialisés.

Pour ce qui est du traitement de l'addiction à Internet, plusieurs méta-analyses proposent deux axes de prises en charge ([33], [34] et [35]). Ces prises en charges sont inspirées des méthodes employées pour la prise en charge des patients dépendants à une substance (tabac-alcool-toxicomanie) :

Une prise en charge psychologique

La plupart des traitements proposés font partie du champ des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : les thérapies cognitives reposent sur l'hypothèse que les troubles psychiques (notamment dépressifs et anxieux) accompagnent une perturbation du traitement de l'information. Elles reposent donc sur l'identification et la correction progressive de ces biais cognitifs. Les thérapies comportementales reposent sur le principe du conditionnement, le but étant de corriger un comportement pathologique [36].

Les TCC sont adaptées chez les sujets adultes, avec notamment la réalisation d'entretiens motivationnels. En revanche chez l'adolescent, l'entretien motivationnel montre vite ses limites : la maturation cognitive n'est pas terminée et la présence d'une cellule familiale rend plus difficile l'idée qu'un usage abusif d'Internet peut être nocif.

Une étude a également mis en évidence l'usage positif de la pratique sportive dans la diminution de la consommation d'Internet [37].

Une prise en charge pharmacologique

Certains médicaments ont été utilisés, avec la réalisation d'études sur leur efficacité. Cependant, aucun essai contrôlé randomisé n'a été réalisé afin de recommander un traitement pharmacologique précis.

Plusieurs études envisagent l'utilisation des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), surtout dans le traitement des comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à Internet (dépression et anxiété).

D'autres molécules ont été testées (IMAO, les psychostimulants, le méthylphénidate, les thymo-régulateurs, les antipsychotiques et les antagoniste des récepteurs opioïdes) mais, la plupart de ces études étaient réalisées sur du court terme, et d'autres sont uniquement observationnelles.

A l'heure actuelle aucun traitement pharmacologique ne peut être recommandé pour la prise en charge de l'addiction à Internet. On peut éventuellement envisager la prescription d'ISRS chez les patients pressentant des comorbidités psychiatriques à type syndrome dépressif ou trouble anxieux. A noter qu'aucun de ces traitements ne possèdent d'autorisation de mise sur le marché en France pour l'indication : Addiction à Internet. Dans notre étude certains médecins (5%) débutaient une prise en charge médicamenteuse à type antidépresseur parfois associée à des anxiolytiques (Résultat similaire pour le Decary-Bougonna) et aucun ne débute d'autre traitement pharmacologique.

V. Les limites

Notre étude présente plusieurs limites.

Tout d'abord, l'échantillon de médecins généralistes recrutés était relativement faible ce qui a pu entraîner un manque de puissance statistique, et donc parfois entraîner des résultats non significatifs qui auraient pu l'être en présence d'une population plus grande. Une étude avec un échantillon plus grand et plus large de médecins généralistes serait donc intéressante à mettre en place.

Ensuite notre étude a recruté uniquement les participants d'un congrès de médecine générale basé à Paris, avec un effet centre très probable, bien que ce congrès soit ouvert à tous les généralistes de France. Une étude avec un questionnaire envoyé nationalement à l'ensemble des généralistes permettrait de conclure de manière plus certaine.

La totalité du questionnaire était auto-évaluatif, ce qui a pu questionner sur certaines réponses apportées avec un éventuel risque de biais de désirabilité sociale.

Le temps pour réaliser notre questionnaire était relativement court, donc nous ne pensons pas que cela ait eu d'impact pour le remplir (effet de fatigue et de lassitude de l'interrogé à répondre peu probable). En revanche le fait qu'il soit distribué avant une conférence a pu engendrer une déconcentration avec un manque de précision dans les dernières questions des répondants.

L'outil utilisé comporte quelques limites : L'Internet Addiction Test de Young était limité à sa version abrégée. La version complète et validée comporte une vingtaine d'items qu'il nous semblait longue et fastidieuse à mettre en place en médecine de ville. Sa brièveté, selon nous, permettait à nos confrères généralistes de se l'approprier plus facilement et pourquoi pas de l'utiliser à leur retour en cabinet après le congrès.

Pour terminer, un possible biais de compréhension a été possible pour la dernière question. Celle-ci n'était pas simple à comprendre et se situait à la fin du questionnaire. Une étude uniquement centrée sur cette dernière question pourrait être intéressante et permettrait sans doute de mieux visualiser les items les plus pertinents en fonction de la disponibilité restante du médecin généraliste avant la fin de sa consultation.

Conclusion

Avec une prévalence estimée à 5% de la population Française, l'addiction à Internet, apparaît comme une problématique de plus en plus fréquente voire comme un futur problème de santé publique. Pourtant celle-ci est mal connue du grand public et des professionnels de santé.

Notre travail s'inscrit dans cette volonté de mieux comprendre ce trouble dont l'appartenance même au champ des addictions fait encore débat.

L'objectif de cette thèse était triple.

Tout d'abord, il s'agissait de faire l'état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement des patients cyberdépendants.

Ensuite nous voulions savoir quels étaient selon eux les items les plus importants à aborder avec un patient qui présente une addiction à Internet, en fonction du temps disponible lors d'une consultation (1-3-5 minutes).

Enfin, nous avions dans l'idée de proposer un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, inspiré de l'HAS, et adapté aux patients présentant une addiction à Internet afin d'aider nos confrères généralistes dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement de ces patients.

Notre thèse a permis de montrer que les médecins généralistes, dans leur grande majorité, reconnaissent l'addiction à Internet comme une pathologie à part entière (91%) et nombreux estiment être mal préparés pour faire face à ce type de prise en charge (89%).

Pour ce qui est des items les plus importants à aborder, nous leur avons proposé un condensé d'interrogatoire minimal. Les principales questions s'articulent autour du conseil minimal, du conseil d'arrêt, de l'orientation du patient vers un spécialiste ou une structure adaptée et de l'évaluation de la dépendance avec l'International Test Addiction de Young.

De nombreux médecins généralistes (89%) dans notre étude demandaient comme outil la création d'un RPIB similaire à celui proposé par l'HAS pour le tabac, cannabis et l'alcool. Nous leur en avons donc proposé un adapté à l'addiction à Internet.

Nos objectifs secondaires ont permis de mettre en évidence l'absence de liens statistiquement significatifs entre l'âge, le sexe du médecin, son lieu d'exercice et/ou sa durée de consultation concernant le dépistage de l'addiction à Internet et sa connaissance du RPIB.

Par ailleurs, si notre étude comporte des limites et des biais, elle est toutefois novatrice puisqu'il n'existe que peu d'études sur le sujet, adaptées aux médecins généralistes. En outre, elle permet de donner une première proposition de ce que pourrait être le RPIB adapté à l'addiction à Internet.

Le sujet est d'autant plus d'actualité que le jeu le jeu pathologique sur Internet vient d'être récemment inclus dans la nouvelle classification CIM-11 de l'Organisation Mondiale de la Santé (2018). Il apparaît donc nécessaire de poursuivre les investigations sur l'addiction à Internet en médecine générale au cours d'études ultérieures en collaboration avec nos confrères psychiatres, afin de répondre aux mieux au traitement de cette addiction qui concernera de plus en plus de patients dans l'avenir.

Bibliographie

[1]: Young, K.S. Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology and behavior 1998a ; 1: 237-44.

[2]: Dervaux A et Laqueille X. Internet passion ou addiction. Le courrier des addictions 2009 ; 11 : 21-2

[3]: Satoko M and Susumu Higuchi. Cross sectional and longitudinal épidemiological studies of Internet gaming desorder: A systématic review of the literature. Psychiatry and Clinical Neuroscience 2017 ; 71: 425–44

[4]: Goodman, A. Addiction: definition and implications. British journal of addiction 1990 ; 85 : 1403-08.

[5]: American Psychiatric Association. DSM 5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC : American Psychiatric Press ; 2013.

[6]: Durkee T, Kaess M, Carli V. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe; demographic and social factors. Addiction 2012 ; 107 : 2210-22.

[7]: Tao et al. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. Addiction 2010 ; 105 : 556-64.

[8]: Young K.S. and Rogers R.C. The relationship between depression and internet addiction. Cyberpsychology and behavior 1998 ; 1 : 25-8.

[9]: Yen et al. The comorbid psychiatric symptoms of internet addiction: attention deficit and hyperactivity desorder (ADHD), depression, social phobia and hostility. Journal of Adolescent Health 2007 ; 41 : 93-8.

[10]: Shaw M and Black D.W. Internet addiction; Definition, assessment, epidémiology and clinical management. CNS Drugs 2008 ; 22 : 353-65.

[11]: Shapira et al. Problématic Internet uses: Proposed classification and diagnostic criteria. Depression and Anxiety 2003 ; 17 : 207-16.

[12]: Black et al. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. The journal of clinical Psychiatry 1999 ; 60 : 839-44.

[13]: Young K.S. Caught in the net: How to rogognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery. Washington DC : John Wiley and sons ; 1998b. p. 246

[14]: Khazaal Y et al. French Validation of the Internet Addiction Test. CyberPsychology and Behavior 2008 ; 11

[15]: KhazaalY et al. Cognitive-Behavioral Treatments for « Internet Addiction ». The Open Addiction Journal 2012 ; 5 : 30-35

[16]: Brown JD. Emerging adults in a media-saturated world.. Washington DC. American : Arnett JJ,TannerJL in Psychiatric Association 2006 ; 279-299

[17]: Block JJ. Issues for DSM-V : Internet addiction. American journal of psychiatry 2008 ; 165 : 306-7.

[18]: Monnier F. Êtes-vous atteint du syndrome du FOMO ? Investir 21/10/2017 ; 2285 : 2

[19]: Gay B. Actualisation de la définition européenne de la Médecine générale. Presse Med. 2013 ; 42 : 258-260

[20]: Giet D. Les grands défis à élever en Médecine Générale. La revue de la Médecine Générale 2008 ; 252 : 154-6

[21]: HAS-Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [en ligne]. Saint Denis: Haute Autorité de Santé [consulté le 18/11/2017]. Mis a jour en Novembre 2014. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf

[22]: HAS-Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [en ligne]. Saint Denis: Haute Autorité de Santé [consulté le 18/11/2017]. Mis à jour le 7 Janvier 2015. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf

[23]: Université de Médecine de la Sorbonne et de l'INSERM. BiostaTGV : Tests statiques [en ligne]. Jussieu [consulté le 11/03/2018]. Mis à jour le 29 Novembre 2017. Disponible sur https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/

[24]: Drouai PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le sytème de santé. Rapport réalisé à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Marisol Touraine en Mars 2015.

[25]: Perdix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin patient. Exercer 2017 ; 132 : 187-98

[26]: CNOM-Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [en ligne]. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins [consulté le 31/01/2018]. Mis à jour le 1 Janvier 2016. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

[27]: Decarry-Bougonna C. Évaluation du dépistage et de la prise en charge des patients présentant une addiction aux jeux de hasards et d'argent en médecine générale. Saint Etienne : Janvier 2017.

[28]: Angibault X. Facteurs de risque d'addiction à Internet chez les adolescents: Etude transversale auprés de 60 adolescents suivis en pédopsychiatrie et de 180 adolescents en population générale. Tours : Septembre 2014.

[29]: Bredel S. Addiction à Internet chez les adolescents: Élaboration d'un outil d'aide au dépistage pour les médecins généralistes. Rouen : Octobre 2012.

[30]: Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), expertise collective. Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. Paris : 2014.

[31]: Satoko M, Susumu H. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature. Psychiatry and Clinical Neurosciences. Japan : 2017 ; 71 : 425–44

[32]: Tamara Naomi C and Sanju G. Gambling addiction in primary care : a survey of general practioners in Solihull. Internet Journal of Médical Update. UK : July 2016 ; 11(2) : 2-6

[33]: Giovanni C, Beniamino L, Coco W, Luigi J, Riccardo G. Pharmacological treatment of Internet Addiction. Studies in Neuroscience, Psychology and Behavioral Economics. 2015 : 151-65

[34]: Pontes H, Kuss D, Griffiths M. Clinical psychology of Internet Addiction : a review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. Journal of Neuroscience and Neuroeconomics. UK : 2015 ; 4 : 11-23

[35]: Pabasari G. Internet Addiction Desorder. Sri Lanka : Intech ; 2017.

[36]: Chatillon O, Galvao F. Psychiatrie et pédopsychiatrie. Paris : VG Edition ; 2011. p 56-57

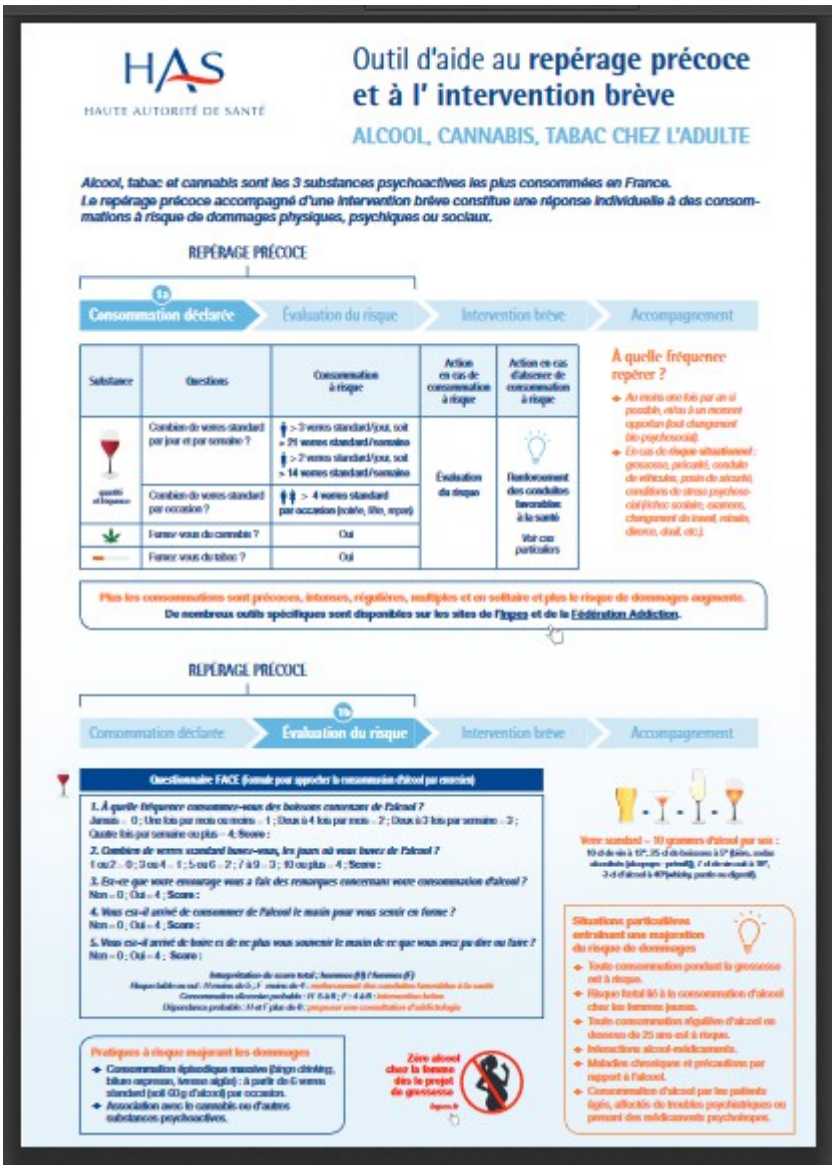
[37]: Lanjun Z. The applications of group mental therapy and sports exercise prescriptions in the intervention of Internet addiction disorder. Psychological Science. Chine : 2009 ; 32 : 738–41.

Annexes

Annexe 1: Internet Addiction Test d’après K.Young :

Questions	Échelle
1- Êtes vous déjà resté sur Internet plus longtemps que vous en aviez l'intention au départ?	0 1 2 3 4 5
2- Avez-vous déjà négliger des tâches ménagères dans le but de passer plus de temps sur Internet?	0 1 2 3 4 5
3- Preferez-vous l’excitation/l'amusement d'Internet à l'intimité de votre partenaire?	0 1 2 3 4 5
4- Avez-vous eu des nouvelles relations avec des utilisateurs d'Internet?	0 1 2 3 4 5
5- Votre entourage vous reprochent-ils de passer trop de temps sur Internet?	0 1 2 3 4 5
6- Vos notes ou devoirs scolaires souffrent-ils du temps que vous passez sur Internet?	0 1 2 3 4 5
7- Regardez-vous d'abord votre messagerie avant d'accomplir une chose nécessaire et/ou urgente?	0 1 2 3 4 5
8- Vos performances au travail ou votre productivité souffrent-elles a cause du temps que vous passez sur Internet?	0 1 2 3 4 5
9- Vous est-il arrivé d'être sur la défensive ou de refuser de répondre si quelqu'un vous demande ce que vous faites sur Internet?	0 1 2 3 4 5
10- Chassez-vous les soucis de votre vie quotidienne par la pensée réconfortante d'aller sur Internet?	0 1 2 3 4 5
11- Vous réjouissez-vous du moment où vous irez de nouveau sur Internet?	0 1 2 3 4 5
12- Pensez-vous que la vie sans Internet serait ennuyeuse, vide et sans joie?	0 1 2 3 4 5
13- Avez-vous déjà répondu sur un ton brusque, de crier, ou de vous montrer agacé si quelqu'un vous dérange pendant que vous êtes sur Internet?	0 1 2 3 4 5
14- Avez-vous déjà manquer de sommeil parce que vous êtes resté tard sur Internet?	0 1 2 3 4 5
15- Lorsque vous n'êtes pas sur Internet, pensez-vous activement ou révez-vous d'y être?	0 1 2 3 4 5
16- Dites-vous "juste encore quelques minutes" lorsque vous êtes sur Internet?	0 1 2 3 4 5
17- Avez-vous essayé de diminuer le temps que vous passez sur Internet sans y arriver?	0 1 2 3 4 5
18- Avez-vous déjà tenté de cacher aux autres combien de temps vous passez sur Internet?	0 1 2 3 4 5
19- Avez-vous déjà choisi de passer plus de temps sur Internet plutôt que de sortir avec des proches?	0 1 2 3 4 5
20- Vous sentez-vous déprimé, de mauvaise humeur ou énervé lorsque vous n'êtes pas sur Internet, puis de vous sentir mieux lorsque vous y êtes?	0 1 2 3 4 5

Annexe 2: Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis et tabac chez l'adulte.



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Outil d'aide au **repérage précoce et à l' intervention brève**

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE

1a **Consommation déclarée** → Évaluation du risque → Intervention brève → Accompagnement

Substance	Questions	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
quantité et fréquence	Combien de verres-standard par jour et par semaine ?	> 3 verres standard/jour, soit > 21 verres standard/semaine > 2 verres standard/jour, soit > 14 verres standard/semaine	Évaluation du risque	Renforcement des conduites favorables à la santé Voir cas particuliers
	Combien de verres-standard par occasion ?	> 4 verres standard par occasion (soirée, fête, repas)		
	Fumez-vous du cannabis ?	Oui		
	Fumez-vous du tabac ?	Oui		

À quelle fréquence repérer ?

- *Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).*
- *En cas de risque situationnel : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (école, scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).*

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente.
De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE

Consommation déclarée → 1b **Évaluation du risque** → Intervention brève → Accompagnement

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par exercice)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

2. Combien de verres standard bavez-vous, les jours où vous bavez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total : hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : Hommes de 0 ; F : moins de 1 ; renforcement des conduites favorables à la santé
Consommation abusive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 ; intervention brève
Dépendance probable : H et F plus de 8 ; proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

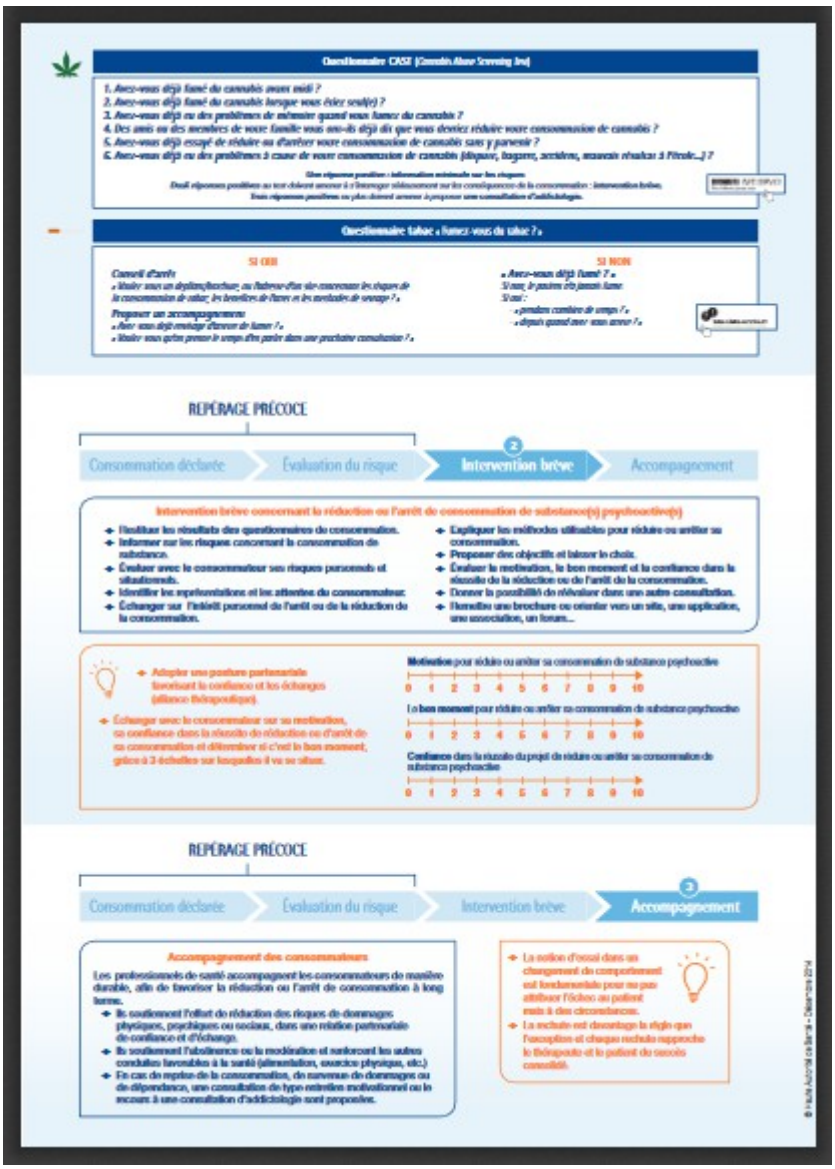
- **Consommation épisodique massive (binge drinking, blitz cocktail, lemon sight) : à partir de 6 verres standard (soit 60 g d'alcool) par occasion.**
- **Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.**

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse

Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
10 cl de vin à 12°, 25 cl de boisson à 5° (bière, cidre, alcoolisés (pétoncyque - prémix)), 7 cl de alcool à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladie chronique et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, atteints de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.



Questionnaire CASE (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (disputes, bagarres, accidents, mauvais résultats à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
Deux réponses positives ou trois doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

Questionnaire tabac « fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt
« Voulez-vous un dépistage/bilan, ou faire-du sur-concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les avantages de sevrage ? »

Proposer un accompagnement
« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »
Si oui, le poserez-vous pas fumé
Si non :
« prendre combien de temps ? »
« depuis quand avez-vous arrêté ? »

REPÉRAGE PRÉCOCE

Consommation déclarée → Évaluation du risque → 2 Intervention brève → Accompagnement

Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les résultats des questionnaires de consommation.
- Informer sur les risques concernant la consommation de substance.
- Évaluer avec le consommateur ses risques personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les attentes du consommateur.
- Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- Proposer des objectifs et laisser le choix.
- Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.
- Remettre une brochure ou orienter vers un site, une application, une association, un forum...

- Adopter une posture partenariale favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).
- Échanger avec le consommateur sur sa motivation, sa confiance dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le bon moment, grâce à 3 échelles sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REPÉRAGE PRÉCOCE

Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → 3 Accompagnement

Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage le signe que l'acceptation et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

Annexe 3 : Questionnaire remis lors du congrès.

Questionnaire général pour médecins généralistes :

Q1. Êtes-vous ? ☐ un homme ☐ une femme

Q2. Quel est votre âge ? |__|__| **ans**

Q3. Quel est votre secteur géographique d'exercice ?
☐Urbain ☐Semi rural ☐Rural

Q4. Quel est votre type d'exercice?
☐Seul ☐Cabinet de groupe ☐Maison de santé pluriprofessionnelle
☐ Activités Mixte libérale/salariées ☐ Activité salariée uniquement.

Q5. Quelle est la durée moyenne d'une consultation (en minutes) ? |__|__|

Q6. Avez vous déjà eu un patient cyber-addict ?:
☐ oui ☐ non ☐ Ne sait pas.
Si oui, combien ?

Q7. Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire en addictologie (DU, capacités, DESC,...)?
☐ Oui ☐ Non

Si oui:
☐: Formation universitaire (DU, capacité, DESC,...)
☐: Séminaire et/ou congrès
☐: Formation médicale continues
☐: Visiteurs médicaux
☐: Presse
☐: Internet
☐: Autres: .....

Q8. Avez vous déjà bénéficié au cours de votre formation et/ou de votre carrière d'une information concernant la problématique de la cyber-addiction?
☐ Oui ☐ Non

Q9. Selon-vous la cyber-addiction est-elle une pathologie à part entière?
☐ Oui ☐ Non

Questionnaire concernant le dépistage, la prévention et l'orientation des patients cyber-addicts:

Q1: Lorsqu'un patient consulte pour une problématique d'ordre psychiatrique, recherchez-vous systématiquement à l'interrogatoire une dépendance à Internet?
☐ Oui ☐ Non

Q2: Lorsqu'un patient consulte pour une problématique de dépendance (Tabac, alcool, autres...), recherchez-vous systématiquement une dépendance à Internet?
☐ Oui ☐ Non

Q3: Une fois la problématique de la cyber-dépendance posée, recherchez-vous à préciser le type de cyberdépendance:
☐: Oui ☐: Non
Si oui à quel(s) type(s) de cyberdépendance êtes-vous le plus souvent confronté:
☐: Jeux-vidéos.
☐: Réseaux sociaux.
☐: Surf sur internet.
☐: Pornographie.
☐: Jeux d'argent.
☐: Boursicotage.
☐: Autres .....

Q4: Avez-vous déjà été en difficulté pour diagnostiquer et/ou prendre en charge, une dépendance à internet:
☐: Oui, tout le temps.
☐: Oui, souvent
☐: Oui, régulièrement
☐: Oui, rarement
☐: Jamais
☐: Je n'ai jamais eu de patient cyber-dépendant.

Q5: Vers qui orientez-vous ou orienteriez-vous préférentiellement vos patients :

	Oui	Non
Personne, vous prenez-vous même en charge le patient.		
Psychiatre et/ou Addictologue.		
Centre de référence pour la cyber-dépendance.		
Centre médico-psychologique		
Maison des Ados.		
Établissement hospitalier psychiatrique		
Psychologue.		
Groupe de patients, de parole.		
Internet		

☐: Autres: .....

Q6: Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ou proposeriez-vous en première intention face à un patient cyber-addict, au cabinet.
☐: Aucune, car je ne me sens pas compétent dans ce domaine.
☐: Écoute active de la problématique.
☐: Entretien motivationnel.
☐: Soutien psychologique.
☐: Thérapeutique médicamenteuse (Laquelle ?.....)
☐: Orientation vers un spécialiste ou un centre de référence.

Q7 : Connaissez vous l'outil aide au repérage précoce et à l'intervention brève (=RPIB) proposé par l'HAS dans le cadre de l'addiction au tabac, alcool et/ou cannabis :
☐: Oui ☐: Non

Q8 : Pensez-vous qu'il serait intéressant de créer un outil d'aide au RPIB concernant la cyberdépendance :
☐: Oui ☐: Non

Q9 : Combien de temps passez-vous en moyenne pour l'évaluation et l'orientation d'un patient cyber-addict :
☐: 1 minute ☐: 3 minutes ☐: 5 minutes

Q10 : Combien de temps estimez-vous nécessaire pour évaluer et orienter un patient cyber-addicte :
☐: 1 minute ☐: 3 minutes ☐: 5 minutes

Q11 : On suppose qu'il n'est pas possible d'aborder en quelques minutes tous les aspects de l'évaluation, de la prévention et du conseil face à un patient cyber-dépendant.
Voici 3 scénarios possibles.
Dans ceux-ci on imagine qu'il vous reste 1, 3 ou 5 minutes à consacrer à votre patient. Quels seraient les items que vous aborderiez ? Choisir 2 items par durée.

	Durée: 1 minute	Durée: 3 minutes	Durée: 5 minutes
Conseil minimal : Combien de temps passez-vous connecté par jour/semaine ? Puis souhaitez vous diminuer ce temps ?			
Conseil d'arrêt : Exemple : Je pense que diminuer votre temps de connexion est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé.			
Donner au patient une brochure sur la cyberdépendance (Pex : INPES)			
Orienter le patient vers un spécialiste ou une structure adaptée.			
Proposer un rendez-vous ultérieur.			

Évaluer la dépendance avec l'International Test Addiction de Young.			
Mesurer la motivation avec l'aide d'une échelle analogique de motivation.			
Proposer un traitement pharmacologique (BZD, anxiolytiques, anti-dépresseur,....)			
Conseil sur la santé en général.			

Annexe 1 : Internet Addiction Test de Young, en 8 questions.

1 - Vous sentez-vous préoccupé par Internet (en pensant à votre dernière connexion et en anticipant la prochaine) ?

2 - Eprouvez-vous le besoin de surfer sur Internet pendant de plus en plus longues périodes avant d'être rassasié ?

3 - Avez-vous tenté à plusieurs reprises et sans succès de limiter ou de contrôler votre temps passé sur Internet ?

4 - Vous sentez-vous épuisé, patraque, déprimé ou irritable lorsque vous essayez de limiter ou de stopper votre usage du réseau ?

5 - Restez-vous sur le net plus longtemps que prévu ?

6 - Avez-vous mis en danger une relation, votre emploi, une opportunité de carrière à cause de l'usage d'Internet ?

7 - Avez-vous menti à votre famille, votre thérapeute ou d'autres personnes afin de pouvoir disposer de plus de temps sur Internet ?

8 - Utilisez-vous Internet comme un moyen de vous évader de vos problèmes quotidiens ou pour échapper à des sentiments négatifs (culpabilité, anxiété, déprime, solitude…) ?

Interprétation :

- Les sujets qui répondaient « oui » à cinq ou plus de ces questions étaient considérés comme des utilisateurs souffrant d'une addiction à l'Internet.
- Toutefois, si vous avez répondu oui à plus de trois de ces questions, il convient de vous poser de sérieuses questions sur l'utilisation que vous faites de l'Internet

Résumé/Abstract

Thèse de médecine Amiens-Picardie

NOM DE L'AUTEUR: Le Bihan Xavier **N° DE THESE: 2018-118**

TITRE DE LA THESE: Addiction à Internet : Rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement.

RESUME:

Introduction: L'addiction à Internet a une prévalence estimée à 5% en France. Il s'agit d'un problème de santé publique. Peu de publications existent en médecine générale. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux sur le rôle du médecin généraliste dans le repérage et l'accompagnement des patients qui présentent une addiction à Internet, tout en proposant un modèle basé sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) adapté à l'addiction à Internet, comme l'HAS l'a proposé pour l'alcool, le tabac et le cannabis.
Matériels et méthodes: Étude prospective, réalisée à l'aide d'un questionnaire papier distribué lors d'un congrès de Médecine Générale.
Résultats: 75 questionnaires ont été remplis. 91% des répondants considéreraient que l'addiction à Internet était une pathologie à part entière, 89% admettaient n'avoir aucune formation/connaissance sur cette nouvelle entité. Les médecins généralistes déclaraient souvent rencontrer des addictions aux jeux-vidéos (41%) et/ou aux réseaux sociaux (30%). 63% des sondés ne connaissaient pas le RPIB, mais 82% en souhaitaient un adapté à l'addiction à Internet. Ces derniers préféraient le RPIB réalisé en plus de 5 minutes (86%) que ceux proposés en 3 minutes (10%) ou 1 minute (4%).
Discussion: Notre étude était la première de ce type, elle était composée d'un faible nombre de sujets, entraînant de ce fait un possible biais de sélection.
Conclusion: Les médecins généralistes reconnaissaient l'existence de l'addiction à Internet comme une entité pathologique, pour laquelle ils souhaitaient être formés. Une majorité d'entre eux souhaitaient un RPIB comprenant un conseil minimal et un conseil d'arrêt. Un RPIB adapté à l'addiction à Internet serait bien accepté par ceux-ci.

MOTS CLES: Médecine générale, Addiction à Internet, Prévention, Dépistage, Intervention médicale précoce, Orientation, Étude d'observation,

JURY:
President: Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Assesseurs: Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ (invité d'honneur)
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Monsieur Olivier BALEDENT
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

DATE DE SOUTENANCE: Le 25 Septembre 2018
ADRESSE DE L'AUTEUR: 52 Rue du Faubourg St Martin, 60300 Senlis, Appt 8

Thesis of médecine Amiens-Picardie

NAME OF THE AUTOR: Le Bihan Xavier **N° : 2018-118**

TITLE OF THE THESIS: Internet addiction : Role of general practitioner in spotting, short intervention and support.

ABSTRACT:

Introduction: Internet addiction has an estimated prevalence of 5% in France. This is a public health problem. There are few publications in general medicine about this subject**.** The purpose of this work was to asses the role of general practitioner in spotting and supporting patients who have an addiction to the Internet, and propose a model based on early detection and short intervention (RPIB) that is adapted to Internet addiction, like HAS suggested for alcohol, tobacco and cannabis.
Materials and methods: Prospective study carried out with a paper questionnaire distributed during a congress of General Medicine.
Results: 75 questionnaires were completed. 91% of respondents considered that Internet addiction was a full pathology. 89% admitted having no training / knowledge on this new entity. Generals practitioners are often faced with addictions to video games (41%) and / or social networks (30%). 63% of respondents didn't know the RPIB, but 82% wanted one adapted to Internet addiction. The majority choose RPIB in 5 minutes (86%) rather than the one in 1 minute (4%) or 3 minutes (10%).
Discussion: Our study was the first of its kind, established with of a small number of subjects, resulting in a possible selection bias.
Conclusion: General practitioners recognized existence of Internet addiction as a pathological entity, for which they wanted to be trained. A majority of them wanted an RPIB with minimal counseling and an arrest council. An RPIB adapted to Internet addiction would be well accepted by them.

KEY WORDS: Primary care, Général practionner, Addictology, Internet addiction, Prevention, Screening, Early identification, Descriptive study, Analysis of practices.

Résumé/Abstract

Thèse de médecine Amiens-Picardie

NOM DE L'AUTEUR: Le Bihan Xavier **N° DE THESE: 2018-118**

TITRE DE LA THESE: Addiction à Internet : Rôle du médecin généraliste dans le repérage, l'intervention brève et l'accompagnement.

RESUME:

Introduction: L'addiction à Internet a une prévalence estimée à 5% en France. Il s'agit d'un problème de santé publique. Peu de publications existent en médecine générale. L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux sur le rôle du médecin généraliste dans le repérage et l'accompagnement des patients qui présentent une addiction à Internet, tout en proposant un modèle basé sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) adapté à l'addiction à Internet, comme l'HAS l'a proposé pour l'alcool, le tabac et le cannabis.
Matériels et méthodes: Étude prospective, réalisée à l'aide d'un questionnaire papier distribué lors d'un congrès de Médecine Générale.
Résultats: 75 questionnaires ont été remplis. 91% des répondants considéreraient que l'addiction à Internet était une pathologie à part entière, 89% admettaient n'avoir aucune formation/connaissance sur cette nouvelle entité. Les médecins généralistes déclaraient souvent rencontrer des addictions aux jeux-vidéos (41%) et/ou aux réseaux sociaux (30%). 63% des sondés ne connaissaient pas le RPIB, mais 82% en souhaitaient un adapté à l'addiction à Internet. Ces derniers préféraient le RPIB réalisé en plus de 5 minutes (86%) que ceux proposés en 3 minutes (10%) ou 1 minute (4%).
Discussion: Notre étude était la première de ce type, elle était composée d'un faible nombre de sujets, entraînant de ce fait un possible biais de sélection.
Conclusion: Les médecins généralistes reconnaissaient l'existence de l'addiction à Internet comme une entité pathologique, pour laquelle ils souhaitaient être formés. Une majorité d'entre eux souhaitaient un RPIB comprenant un conseil minimal et un conseil d'arrêt. Un RPIB adapté à l'addiction à Internet serait bien accepté par ceux-ci.

MOTS CLES: Médecine générale, Addiction à Internet, Prévention, Dépistage, Intervention médicale précoce, Orientation, Étude d'observation,

JURY:
President: Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Assesseurs: Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ (invité d'honneur)
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Monsieur Olivier BALEDENT
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

DATE DE SOUTENANCE: Le 25 Septembre 2018
ADRESSE DE L'AUTEUR: 52 Rue du Faubourg St Martin, 60300 Senlis, Appt 8

Thesis of médecine Amiens-Picardie

NAME OF THE AUTOR: Le Bihan Xavier **N° : 2018-118**

TITLE OF THE THESIS: Internet addiction : Role of general practitioner in spotting, short intervention and support.

ABSTRACT:

Introduction: Internet addiction has an estimated prevalence of 5% in France. This is a public health problem. There are few publications in general medicine about this subject**.** The purpose of this work was to asses the role of general practitioner in spotting and supporting patients who have an addiction to the Internet, and propose a model based on early detection and short intervention (RPIB) that is adapted to Internet addiction, like HAS suggested for alcohol, tobacco and cannabis.
Materials and methods: Prospective study carried out with a paper questionnaire distributed during a congress of General Medicine.
Results: 75 questionnaires were completed. 91% of respondents considered that Internet addiction was a full pathology. 89% admitted having no training / knowledge on this new entity. Generals practitioners are often faced with addictions to video games (41%) and / or social networks (30%). 63% of respondents didn't know the RPIB, but 82% wanted one adapted to Internet addiction. The majority choose RPIB in 5 minutes (86%) rather than the one in 1 minute (4%) or 3 minutes (10%).
Discussion: Our study was the first of its kind, established with of a small number of subjects, resulting in a possible selection bias.
Conclusion: General practitioners recognized existence of Internet addiction as a pathological entity, for which they wanted to be trained. A majority of them wanted an RPIB with minimal counseling and an arrest council. An RPIB adapted to Internet addiction would be well accepted by them.

KEY WORDS: Primary care, Général practionner, Addictology, Internet addiction, Prevention, Screening, Early identification, Descriptive study, Analysis of practices.