

Université de Montréal

**Inclure l'addiction à Internet dans le DSM-V :
étude de cas de la biomédicalisation des cyberdépendances**

par Virginie Bueno

Département de Sociologie de l'Université de Montréal

Mémoire

Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
de l'Université de Montréal,
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise (Ms.C.) en Sociologie,

Dépôt final : Juin 2014

©Virginie BUENO, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Inclure l'addiction à Internet dans le DSM-V :
étude de cas de la biomédicalisation des cyberdépendances

présenté par :

Virginie Bueno

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nicolas Sallée

Président - rapporteur

Céline Lafontaine

Directrice de recherche

Amnon Jacob Suissa

Membre du jury

RÉSUMÉ

Le domaine de recherche scientifique sur les cyberdépendances présente de multiples définitions de cette pathologie. À partir du matériel empirique issu des débats relatifs à la proposition d'inclure l'addiction à Internet dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM-V), ce mémoire vise à comprendre les processus sociaux bornant le développement de cette pathologie au regard de la théorie de la biomédicalisation. À cette fin, un premier travail sociohistorique retrace les voies de la biologisation progressive des pratiques sociales de communication en ligne amorcées dès 1980. Un second travail d'analyse de discours systématise ensuite le processus normatif se dégageant des controverses scientifiques liées à son inclusion dans le DSM-V. La recherche menée suggère une interprétation théorique de cet objet située à l'intersection de tendances sociales propres à la société d'information. Le projet d'inclusion révèle la volonté d'une régulation sociale effectuée à partir de la transformation technoscientifique du vivant selon des processus santéistes et néolibéraux. Il donne ainsi à penser les discours scientifiques sur l'addiction à Internet comme avant tout politiques et économiques.

Mots-clés : cyberdépendance ; Internet ; addiction ; médicalisation / biomédicalisation ; Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux / DSM-V ; science et technologie ; société d'information ; risque ; bio - psychiatrie ; construction sociale.

ABSTRACT

The proposal of "Internet Addiction" in the fifth edition of the DSM : a case study of biomedicalisation

The representation of Internet excessive practices as an addiction is a highly criticized fact in the scientific field. The proposed inclusion of the mental disorder "*Internet Addiction*" in the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual, has ended in March 2013 in the inclusion of the "*Internet Gaming Disorder*" in the Appendix section characterised by the need to further research. The aim of this master thesis is to understand the processes which get through the debate over this inclusion. Therefore, from a socio-historical perspective, the analysis first exposed the biomedicalized process that create the pathology. Then, empirically, through discourse analysis, that process is systematized in order to understand the representation of the "internet addict" that emerge from these scientific discourse. Finally, we suggest that this pathology reflect a specific way of governing in the information society era through the technoscientific transformation of life, which is a political debate.

Keywords : Internet Addiction ; DSM-V ; medicalization / biomedicalization ; governementality; health ; biopsychiatry ; science and technology; information society ; risk ; social constructionism.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
ABSTRACT.....	II
TABLE DES MATIÈRES.....	III
REMERCIEMENTS.....	VIII
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1. LA DÉFINITION DES CYBERDÉPENDANCES, UN CONSENSUS	
PROBLÉMATIQUE.....	7
1. L'ÉTAT DES RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CYBERDÉPENDANCES.....	8
1.1 Les diagnostics de la dépendance à Internet.....	8
1.2 Les symptômes cliniques de la dépendance à Internet.....	11
1.3 Les dimensions de la dépendance à Internet.....	12
1.3.1 Les sous-dimensions proposées dans le DSM-V.....	12
1.3.2 Les dimensions non proposées dans le DSM-V.....	15
2. LA DÉFINITION DES CYBERDÉPENDANCES, UN OBJET DE RECHERCHE SOCIOLOGIQUE.....	17
2.1 Les cyberdépendances, une définition.....	17
2.2 Les cyberdépendances, pratique sociale empirique et pratique discursive.....	18
3. LE CONCEPT DE DÉPENDANCE, UN OBJET CONTROVERSÉ.....	19
3.1 Historique et sémantique : toxicomanie, dépendance ou addiction ?.....	19
3.2 Le DSM-V un manuel critiqué.....	21
3.3 Aperçu historique des systèmes de classification du DSM.....	23
3.4 La proposition d'inclure la pathologie dans le DSM-V.....	24
CHAPITRE 2. LA BIOMÉDICALISATION DES CYBERDÉPENDANCES.....	29
1. L'APPROCHE DE LA BIOMÉDICALISATION.....	30

1.1 La définition des cyberdépendances constituée dans le complexe économique biomédical....	31
1.2. Focalisation sur la santé et élaboration d'une surveillance des risques.....	32
1.2.1 La santé parfaite une valeur à atteindre.....	33
1.2.2 Pratiques d'élaboration de facteurs de risque et d'autosurveillance	33
1.3. Définition et traitement des addictions : des pratiques technoscientifiques	34
1.3.1 Le DSM : un outil diagnostique informatisé.....	36
1.3.2 Molécularisation et généticisation des outils.....	36
1.4. Les cyberdépendances, un objet de savoir biomédical.....	37
1.5. La transformation des identités : néolibérale et technoscientifique.....	39
2. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE : ÉTUDE DE CAS DE LA BIOMÉDICALISATION DES CYBERDÉPENDANCES DANS LE DSM-V.....	41
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE DE CAS.....	43
1. IDENTIFIER LE « PAYSAGE MÉDICAL » DES CYBERDÉPENDANCES : APPROCHE GÉNÉRALE DU TERRAIN	44
2. PREMIERE DEMARCHE ANALYTIQUE : DÉCRIRE HISTORIQUEMENT LE « PAYSAGE MÉDICAL » DES CYBERDÉPENDANCES	45
2.1 Sociohistoire : perspective analytique	45
2.2 Stratégie de recueil des données et description du corpus sociohistorique	47
3. SECONDE DÉMARCHE ANALYTIQUE : ANALYSE DES DÉBATS AUTOUR DE L'INCLUSION	49
3.1 Méthode d'analyse du discours	49
3.2 Recueil des données de l'analyse de discours	50
CHAPITRE 4. LA BIOMÉDICALISATION DES CYBERDÉPENDANCES :	
SOCIOHISTOIRE	54
1. LA « NAISSANCE DE LA CLINIQUE » AVANT 1996.....	55
1.1 Le contrôle de l'ordinateur, psychopathologique	56

1.1.1 Les pratiques excessives au MIT : psychopathologiques.....	56
1.1.2. Recherche sur la dépendance à l'ordinateur : médiatisation et autodiagnostic.....	58
1.2 Internet, un outil amplificateur du risque de dépendance.....	61
1.2.1 Clinique des pratiques cybersexuelles à risque de dépendance	61
1.2.2. Les risques pathologiques de la socialisation en ligne.....	62
1.3 Régulation des pratiques sur Internet	64
2. LA « DÉFINITION BIOMÉDICALE DES CYBERDÉPENDANCES » EN 1996.....	65
2.1 L' « Internet Addiction » ? Une blague ! Autodiagnostic et jeu pathologique.....	65
2.2 « Internet Addiction » ? Un objet de savoir biomédical	67
3. « À LA RECHERCHE DE L'ADDICTION ENTRE 1996 ET 2013 » : LE MODELE DE LA PSYCHIATRIE DIAGNOSTIQUE	69
3.1 Ancrage au complexe biomédical : Privatisation, Corporatisation et Marchandisation de l'offre de service.....	70
3.2 Les facteurs de risque d'IA : élargissement et multiplication.....	72
3.2.1 Le « bien-être cybernétique » une valeur qui guide la biopolitique.....	73
3.2.2 Élargissement : un risque d'épidémie au XXIe.....	74
3.2.3 Multiplication des facteurs de risque : sociaux, biologiques et psychologiques.....	77
3.2.3.1 Risque psychologique de cyberdépendance.....	77
3.2.3.2 Des risques neurologiques : psychiatrie diagnostique et comorbidité	78
3.2.3.3 Facteurs de risque et généticisation des cyberdépendances.....	79
3.3 Pratiques technoscientifiques de surveillance des risques de cyberdépendance	80
3.3.1 Élaboration d'outils diagnostiques standardisés fiables.....	81
3.3.2. Technoscientifisation des traitements.....	82
3.3.3 Rétrécissement des outils : visualisation neuroscientifique et pharmacologie.....	85
3.4 Les cyberdépendances, objet de savoir standardisé : essais cliniques.....	86
CHAPITRE 5. BIOMÉDICALISATION DES CYBERDÉPENDANCES : ANALYSE DES DISCOURS	90

1. LE CYBERDÉPENDANT SELON LE DSM-V: UNE <i>IDENTITÉ TECHNOLOGIQUE</i>	91
1.1. Techniques neuroscientifiques constitutives de l'identité	91
1.2. La représentation du cyberdépendant	95
1.2.1 Représentation informationnelle : neuroscience et communication.....	95
1.2.2 À la recherche des preuves étiologiques manquantes : tension entre pratiques et discours.....	100
1.2.3 Le concept d'addiction, un choix politique	101
1.3 Constitution des internautes comme population à risque	105
2. UN MODE DE RÉGULATION NÉOLIBÉRAL	109
2.1 Subjectivité et conséquences sociales négatives.....	109
2.2 Hiérarchisation des pratiques.....	111
2.3 Amélioration pharmacologique du vivant	113
2.4 Une liberté (auto) contrôlée	115
CONCLUSION GÉNÉRALE	120
1. LE MODE DE RÉGULATION PROPOSÉ PAR LE DSM-V	121
2. TRANSNATIONALISATION DES CYBERDÉPENDANCES	124
2.1 Le modèle démedicalisé japonais.	125
2.2 Le modèle psychosocial en France et au Québec	127
2.3 Le modèle collectivisé chinois	128
3. DÉPENDANCE OU AMÉLIORATION? L'HORIZON DU <i>POSTHUMAIN</i>	129
BIBLIOGRAPHIE	XI
ANNEXES	XXXI

*À la mémoire de mes grands-parents,
pour qui le sujet de ce mémoire semblerait futuriste et bien superficiel
au regard des épreuves qu'ils ont traversées dans leurs vies*

*À ma sœur Cécile, qui lorsque j'écris ces mots,
retourne aux études à l'université*

REMERCIEMENTS

Il est communément accepté que le travail d'écriture se réalise seul en face à face avec l'ordinateur, dans un bureau d'université ou une bibliothèque. Au long de ces années j'ai appris que cette image n'illustre qu'en partie la réalité de l'activité de recherche. Ces quelques lignes visent à rendre compte des personnes sans qui ce mémoire n'aurait, certes, jamais pu aboutir, mais surtout sans qui il n'aurait abouti, été poursuivi, ni même pensé.

Mes premières pensées vont vers mes parents au regard des valeurs qu'ils m'ont transmises. Pour m'avoir laissée partir, soutenue et supportée (dans tous les sens du terme), encouragée à persévérer afin que je réalise ce projet universitaire, en faisant preuve de confiance et de patience, à Mr Bueno Jean-Louis et Mme Navarro Corinne, j'exprime toute ma gratitude et mon infini respect.

Mes pensées s'arrêtent ensuite sur ma directrice de recherche Mme Lafontaine Céline pour avoir suscité un intérêt envers la discipline sociologique et fait bifurquer des sciences économiques. Ses thématiques de recherche, ses cours brillants ont entrouvert une porte vers des horizons inattendus, devenus une source de questionnements et de curiosités inépuisables au quotidien. Enfin, sa rigueur et les clés proposées pour regarder, analyser et critiquer le monde m'ont permis de sociologiser mes intérêts de recherche et d'articuler une pensée dépassant les standards académiques propres au grade postulé.

Je tiens également à remercier les chargés de cours qui m'ont confié des contrats comme assistante d'enseignement ou comme chargée de cours, nourrissant ainsi, l'esprit et le corps. Je pense ici par ordre chronologique à René Audet, Sébastien Richard, Nicolas Ledvedec, Fany Guis, Adrien Jouan, Francisco Toledo Ortiz. La possibilité de transmettre les savoirs appris à leur côté a été très formatrice et enrichissante.

Ces années n'auraient pas été les mêmes sans les « célinois » du local C-5107, tribu hétéroclite rencontrée à mes vingt ans. L'ambiance, le partage d'idées, les débats animés et la motivation, des matins au café jusque dans les soirées tardives avec Nicolas LeDevedec, Mathieu Noury, Didier Fayon, Daphné Esquivel Sada ont été essentiels et inestimables pour la réussite de ce travail. Un merci tout particulier à Sébastien Richard pour ses multiples lectures et conseils pointus en début de parcours ainsi qu'à Fany Guis pour sa lecture finale globale.

Je tiens tout spécialement à remercier Mme Valérie Beauchamp pour avoir pris le temps de relire en détail les premiers chapitres du manuscrit. Pour avoir su, rapidement, en fin de parcours, trouver les mots et me rappeler l'essentiel du travail académique demandé, perdu de vue au fil de mes lectures, dans les méandres de ce sujet passionnant. Sa méthode et son honnêteté ont débloqué le flot des mots, le sens et l'ordre des idées.

Enfin, pour donner à chaque jour une épaisseur singulière et partager les projets d'hier et de demain, ici ou ailleurs, je souligne les minutieuses et multiples relectures « gratte papier », la vivacité d'esprit, l'audace d'une pensée libre et à contre-courant, les soirées à refaire le monde, le soutien sans faille et précieux de Mr. Clément Baudet.

Il m'est impossible de terminer ces remerciements sans penser au 953, le numéro de cet immeuble au vieux pigeonnier abritant des sociologues depuis des décennies que je quitte maintenant. Au premier étage, à mes colocataires furtifs ou de long terme, les voyageurs en correspondance et les amis d'amis, je remercie l'équilibre apporté, le dynamisme, les récits d'expériences variées, la générosité, Dan, Laura, Fanny je pense particulièrement à vous. Une dernière pensée, mais pas des moindres, à mes compagnons et amis depuis deux années : Marc-André et Guillaume, Lou pour son inspiration et son optimisme dans le travail de terrain, merci de m'avoir supportée au quotidien et d'être de si bonne compagnie du matin au soir.

*Gouvernements du monde industriel, vous géants fatigués de chair et d'acier,
je viens du Cyberespace, le nouveau domicile de l'esprit.
Au nom du futur, je vous demande à vous du passé de nous laisser tranquilles.
Vous n'êtes pas les bienvenus parmi nous.
Vous n'avez pas de souveraineté où nous nous rassemblons [...]
Vous prétendez qu'il y a chez nous des problèmes que vous devez résoudre.
Vous utilisez ce prétexte pour envahir notre enceinte. Beaucoup de ces problèmes n'existent pas.
Où il y a des conflits réels, où des dommages sont injustement causés,
nous les identifierons et les traiterons avec nos propres moyens.
Nous sommes en train de former notre propre Contrat Social.
Cette manière de gouverner émergera selon les conditions de notre monde, pas du vôtre.
Notre monde est différent [...]
Vos concepts légaux de propriété, d'expression, d'identité, de mouvement, de contexte,
ne s'appliquent pas à nous. Ils sont basés sur la matière, et il n'y a pas ici de matière [...]
Nos identités n'ont pas de corps, c'est pourquoi, contrairement à ce qui se passe chez vous,
il ne peut pas, chez nous, y avoir d'ordre accompagné de contrainte physique.
Nous croyons que c'est de l'éthique, de la défense éclairée de l'intérêt propre
et de l'intérêt commun, que notre ordre émergera.
Nos identités peuvent être distribuées à travers beaucoup de vos juridictions [...]
Nous espérons pouvoir bâtir nos solutions particulières sur cette base.
Mais nous ne pouvons pas accepter les solutions que vous tentez de nous imposer [...]
Nous créerons une civilisation de l'esprit dans le Cyberespace.
Puisse-t-elle être plus humaine et plus juste que le monde issu de vos gouvernements.*

John Perry Barlow, *Déclaration d'indépendance du cyberspace* [Extraits], 1996

INTRODUCTION GÉNÉRALE

*Addiction is a disease - a treatable disease -
and it needs to be understood*
Nora Volkow, 2007¹

À l'heure où l'addiction à Internet est recommandée pour être incluse dans « la bible des psychiatres » et figure dans les manuels de psychologie, nous pouvons affirmer que l'idée d'un trouble mental associé aux usages d'Internet devient de l'ordre de l'acquis et du sens commun. Une sélection d'articles de presse généraliste internationale parue depuis les années 2000 témoigne à l'international de ce propos : « Passer sa nuit sur internet augmenterait le risque de maladie mentale » (Brown, 2011), « L'addiction à Internet, un mal moderne » (Renner, 2012), « Ados et cyberdépendance : faut-il leur interdire l'ordinateur ? » (Martinat, 2011), « États-Unis, un hôpital pour les drogués d'Internet » (Masimbert, 2013). D'après certaines recherches épidémiologiques, la proportion d'utilisateurs dépendants atteindrait jusqu'à 50% des connectés (Festl et al, 2013).

Cette idée d'un trouble mental s'appuie également sur les témoignages d'internautes exprimant une ambivalence vis-à-vis de leur connexion au réseau qui devient pour certains une source de souffrance similaire à celle vécue avec les drogues dures². En 2011, deux journalistes ont simultanément publié le récit d'une expérience semblable. Durant une année ils ont volontairement vécu sans accès à Internet et raconté leur parcours (Crouzet,

¹ Nora Volkow est la directrice de l'Institut National sur l'abus de drogues (NIDA) aux États-Unis.

² Une recherche sur un moteur de recherche avec les mots-clé « Internet » et « dépendance » donne un aperçu de ces résultats (Annexe n°1b). Quant aux illustrations elles montrent que le site Internet de réseautage social *Facebook* est sniffé comme un rail de cocaïne, quant au fil de connexion de l'ordinateur, il est directement branché dans les veines de l'utilisateur (Annexe n°1a). Le Test d'Orman est le plus disponible également (Annexe n° 1c)

2012 ; Maushart, 2011). Leur mise en récit reposait exclusivement sur la comparaison d'Internet avec la drogue comme l'illustre cet extrait de l'ouvrage de Thierry Crouzet : « Cette technologie imaginée pour nous aider à mieux communiquer a fini par me transformer en toxicomane. Je ne contrôle plus rien, consumé par ce qui m'a nourri » (Crouzet, 2012). Plusieurs chercheurs constatent ces propos dans leurs études dont voici deux exemples représentatifs. D'une part, le sociologue Francis Jauréguiberry remarque chez des cadres français des états de stress et d'anxiété causés par l'accumulation incontrôlable d'information qu'il qualifie d'un « mal des télécommunications » ou d'une « nausée médiatique » (Jaureguiberry, 2005 : 90). D'autre part, Sherry Turkle, psychosociologue à l'Institut Technologique du Massachussets, constate dans son dernier ouvrage « *Alone Together* », le besoin d'un lien permanent au collectif qui se manifeste par la peur de l'isolement social vécu lorsque l'utilisateur est loin d'Internet (Turkle, 2011). Cette auteure explicite ainsi le paradoxe issu de la norme de connexion où l'individu est, à l'instar de Crouzet, consumé par l'information qui le nourrit. D'après l'étude de Turkle (ibid.), Internet peut rendre dépendant, car il soumet les utilisateurs au comportement de réflexe, à l'automatisme voire à l'impulsion : « *Connectivity becomes a craving (...) We are stimulated by connectivity itself* » (ibid. : 227). Les dépendants sont ainsi présentés (et se présentent eux-mêmes) comme les victimes de l'injonction à la communication assistée par Internet.

Pour comprendre ce rapport à Internet, la littérature sociologique démontre que les sociétés occidentales contemporaines sont caractérisées par l'information et la communication (Castells, 2002 ; 1999; Breton, 1995) à tel point que leur omniprésence fait dire à certains chercheurs critiques que la communication est une idéologie (Sfez, 1988 ; Breton et Proulx,

1991). Manuel Castells définit la société d'information comme une « société en réseaux, construite autour de la communication par internet » (Castells, 2002 : 334). Ainsi, d'après cette définition, la structure du réseau organise la circulation et l'organisation de l'information, matérialisée par le système technique d'Internet puisqu'en effet : « Internet est le fondement technologique de la forme d'organisation propre à l'ère de l'information : le réseau » (ibid. : 9). Dans cette société, les pratiques de communication sont marquées par le recours systématique aux dispositifs techniques de plus en plus complexes pour la réaliser (Proulx, 2006). Nous soutenons ainsi, à l'instar de Castells (2002), qu'Internet est le pivot organisationnel et la structure matérielle sur laquelle repose la configuration sociale (ibid. : 9). Ainsi, les objets techniques³ qui permettent l'accès au réseau sont le support du lien social et de la construction identitaire, constituant ainsi les corps, les environnements et les cultures (ibid. ; Breton, 1995). Dans ce sens, les recherches effectuées sur la définition d'une pathologie liée aux usages d'Internet ont démontré que cette définition transforme le système d'organisation de la société d'information puisqu'en instaurant un seuil normatif à partir duquel l'utilisation devient pathologique, les pratiques sociales de communication sont de cette façon normalisées (Suissa, 2007 ; Conrad, 2007).

La recherche proposée démontre que la pathologisation des pratiques sur Internet est représentative d'un phénomène global vers lequel tend la société occidentale contemporaine. En effet, à partir des débats scientifiques nous verrons que gisent des questionnements politiques et sociaux qui donnent à penser la biologisation grandissante des pratiques sociales quotidiennes. Par biologisation nous désignons la transformation d'un comportement dit normal en pathologique selon des critères médicaux et biologiques

³ Le concept d'objet technique est adopté d'après les travaux d'Alain Gras (2003)

(Foucault, 1976). Le cas de la recommandation en 2008 d'inclure la dépendance à Internet dans la cinquième version du manuel de référence de la pratique psychiatrique à l'international, le Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM), servira de réverbère pour repérer, dénicher et circonscrire les discours qui s'opposent et renseignent sur les logiques à l'œuvre dans la réalisation de ce projet controversé. En effet, bien que dans le sens commun, l'idée d'une dépendance à Internet semble aller de soi, elle s'avère être une entité psychiatrique complexe, contestée et critiquée depuis 1996 (Johnson, 2009 ; Surrat, 1999). La proposition a d'ailleurs été reléguée en mai 2013 dans la section *Appendices* du manuel dans l'attente de plus amples recherches. C'est ce débat ayant eu cours entre 2008 et 2013 que nous analyserons afin d'en saisir les significations et l'horizon proposé. La psychiatrisation des logiques de la société d'information va servir de point d'entrée à la recherche et nous éclairer sur la visée de ce processus.

Cette recherche est motivée par plusieurs questionnements. Comment et depuis quand est définie la dépendance à Internet ? Quels fondements matériels et scientifiques permettent sa réalisation ? Dans quel schéma sociohistorique s'inscrit sa construction sociale ayant débouché sur la proposition de l'inclure dans le DSM-V en 2008 ? Quels sont les enjeux sociologiques qui reposent sur cet objet ? Et finalement, comment les pratiques et discours à l'œuvre dans ce processus reflètent les normes des pratiques de communication assistée par Internet ? Ces questions orienteront la démarche du mémoire qui saisit le phénomène des cyberdépendances selon une perspective sociologique, descriptive et généalogique, organisée en cinq chapitres.

Il débute par une synthèse des recherches cliniques sur la dépendance à Internet

(chapitre 1). Au regard de la revue de littérature sur la clinique des cyberdépendances, nous verrons que le projet d'inclure la pathologie dans le DSM-V pose problème puisqu'il adopte le modèle standardisé et universalisé de la maladie mentale. La problématique de la définition des cyberdépendances sera abordée à partir de la perspective théorique formulée dans le chapitre suivant : *cette définition se réalise à travers un processus de biomédicalisation.*

Le chapitre suivant (chapitre 2) expose la biomédicalisation des pratiques en ligne et explicitera succinctement les cinq processus et concepts de cette théorie au regard de la définition des pathologies dans le DSM (Clarke et al, 2010). Ce cadre permet d'analyser les valeurs qui guident les pratiques et les discours psychiatriques ainsi que les fondements matériels qui les sous-tendent. Les modes de régulation neuroscientifiques de la matière vivante sous-jacents au système de classification du DSM depuis 1980 seront ainsi abordés.

Nous expliquerons ensuite la stratégie analytique de ce cas de biomédicalisation (chapitre 3). La stratégie est abordée en deux temps. Pour commencer, elle s'appuie sur une description sociohistorique du processus biomédical à partir d'un large corpus pour, dans un second temps, expliciter la démarche d'analyse des discours basée sur un matériel restreint recueilli lors de l'étude de la recommandation d'inclure l'addiction à Internet dans le DSM-V.

Le premier chapitre analytique explique comment la proposition d'inclure l'addiction à Internet dans le DSM-V s'inscrit dans une continuité sociohistorique à l'œuvre dès l'émergence de la psychiatrie diagnostique en 1980 (chapitre 4). Cette analyse organise les faits historiques relatifs à la définition des cyberdépendances en trois périodes échelonnées entre 1976 et 2013 au regard de quatre processus biomédicaux.

Ce travail introduit le dernier chapitre d'analyse focalisé sur le débat ayant eu lieu entre 2008 et 2013 au sujet de l'inclusion de la pathologie dans le manuel (chapitre 5).

Une attention particulière a été portée au cinquième processus de la biomédicalisation afin d'en saisir la logique normative. Les dissensions au sein de la communauté scientifique quant à cet objet biomédical permettront de saisir la nature et de prendre la mesure des transformations sociales en jeu dans ce projet. En effet, le processus de biomédicalisation des cyberdépendances s'avère complexe. D'une part, les discours et outils techniques neuroscientifiques utilisés dans cette version encouragent une représentation de l'identité de cyberdépendant que les preuves empiriques obtenues ne démontrent pas. Ils s'inscrivent ainsi dans un projet scientifique motivé par l'idée de progrès à venir en science psychiatrique. D'autre part, malgré la volonté de s'appuyer sur des facteurs biologiques, les diagnostics proposés proscrivent les pratiques liées au travail et à la scolarité révélant par ce fait la finalité des interventions technoscientifiques ainsi que les usages de communication valorisés par le modèle biomédical sous-jacent. En conclusion, les modes de régulation sociaux des pratiques sur Internet seront discutés au regard d'exemples internationaux.

Chapitre 1. La définition des cyberdépendances, un consensus

problématique

*Jamais la psychologie ne pourra dire sur la folie la vérité,
puisque c'est la folie qui détient la vérité de la psychologie.*
Michel Foucault, 2010

S'abandonner dans un monde déconnecté du réel n'a cessé de nourrir les romans, les films de science-fiction et l'imaginaire collectif. Depuis les paradis artificiels de Baudelaire faits de vin, de haschich et d'opium, il semblerait que les espaces virtuels soient devenus, selon l'expression du sociologue Alain Ehrenberg, le « nouvel opium du peuple » (Ehrenberg, 1996 : 274-302). Ils satisferaient ainsi ce besoin d'évasion à partir de nouveaux supports matériels informatisés et pourraient déclencher des troubles mentaux. La recommandation d'inclure dans la cinquième version du DSM l'entité psychiatrique « *Internet Addiction* » publiée en éditorial de l'*American Journal of Psychiatry* (Block, 2008) a ouvert en 2008 un débat quant aux fondements cliniques de cette pathologie. Ce débat est central, car le DSM est l'ouvrage de référence publié depuis 1952 aux États-Unis par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Il est reconnu et utilisé internationalement car il représente les actes de consensus élaborés par la communauté psychiatrique et fait office de modèle pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lorsqu'elle édite la classification internationale des maladies (CIM). Ainsi, les chercheurs, les cliniciens et les praticiens s'appuient sur ce dernier pour établir des diagnostics et proposer des traitements adaptés. Quant aux compagnies d'assurance et aux tribunaux, ils s'y réfèrent pour justifier leurs décisions.

Dans ce chapitre, nous allons effectuer, à partir de manuels de psychologie, la description des recherches effectuées sur la dépendance à Internet. Bien qu'elle ait été proposée en 2008 dans le DSM-V et qu'elle ait été refusée, cette pathologie repose sur des pratiques diagnostiques, thérapeutiques et des discours effectifs dans des laboratoires, des universités et des cliniques antérieurs à 2008. La revue de littérature est organisée de façon à introduire les points de tension qui entourent sa définition. Nous verrons finalement que telle qu'elle est proposée dans le DSM-V, la pathologie renouvelle les analyses effectuées sur les pratiques de communication excessives d'Internet.

1. L'état des recherches cliniques sur les cyberdépendances

1.1 Les diagnostics de la dépendance à Internet

Les historiques de la dépendance à Internet et les recensions désignent 1996 comme l'année d'émergence de l'addiction à Internet (Quinn, 2001). Ainsi, si la pathologie paraît nouvelle, elle ne l'est que relativement puisqu'une dizaine d'années précède la proposition de l'inclure dans le DSM en 2008. En ce sens, le Docteur Kimberley Young, clinicienne à l'université de Pittsburgh est considérée comme la pionnière des recherches sur cet objet d'étude. Ses travaux menés dès 1994 ont été publiés dans des ouvrages devenus classiques sur ce sujet et traduits en six langues. Le premier paru en 1998 est intitulé « *Caught in the net : How to recognize the signs of Internet Addiction - and a winning strategy for recovery* » (Young, 1998A). Quant à son dernier manuel *Internet Addiction : A handbook and guide to Evaluation and treatment* (Young et De Abreu, 2011), il s'agit d'un ouvrage collectif codirigé avec un chercheur portugais, coordonné en 2011 avec des scientifiques internationaux

Suisses, Tchèques, Brésiliens, Chinois et Coréens. Outre leur internationalisation, les travaux entre ces deux ouvrages démontrent une progression dans les recherches. Dans le premier questionnaire diagnostique de la dépendance à Internet (IAT), vingt questions permettent de déterminer le degré de sévérité de dépendance de l'utilisateur, dont voici des exemples :

- 1. How often do you find that you stay on-line longer than you intended?*
- 4. How often do you form new relationships with fellow on-line users?*
- 5. How often do others in your life complain to you about the amount of time you spend on-line?*
- 7. How often do you check your e-mail before something else that you need to do?*
- 12. How often do you fear that life without the Internet would be boring, empty, and joyless?*
- 16. How often do you find yourself saying « just a few more minutes » when on-line?*
- 11. How often do you find yourself anticipating when you will go on-line again ? (Young, 1998a)*

À la majorité de ces questions, un utilisateur contemporain répondrait fort probablement « Toujours » ou « Souvent » (Johnson, 2009). Le questionnaire n'est donc plus assez précis ni adapté aux usages actuels puisque les répondants correspondent alors tous au profil de dépendant. Le diagnostic est ainsi représentatif d'une époque donnée reflète les pratiques considérées normales d'usage d'Internet dans une société et dans un temps spécifique où la sociabilité en ligne était marginale. À mesure qu'Internet a pénétré la structure sociale pour en devenir un des pivots, la fréquence de ses usages et le temps de communication ont augmentés en parallèle (ibid.). La recherche de la clinicienne a néanmoins démontré que la technologie d'Internet peut avoir un « côté sombre » qui permet une échappatoire aux responsabilités de la vie réelle (*Dark side of cyberspace* : Young, 1998a). Toutefois en quoi ce loisir est-il différent de la lecture d'un livre? À cette question, K.Young répond qu'Internet offre un infini, un monde hors du réel au sein duquel les règles sont différentes et peuvent rendre certains

utilisateurs dépendants psychologiquement et émotionnellement. Ainsi, ce sont les propriétés mêmes de l'outil qui le différencie du livre et favorise le cycle de la dépendance. Progressivement, d'après ses observations, son questionnaire diagnostique s'est transformé pour correspondre avec ceux déjà existants qui classifient la dépendance au jeu ou à la nourriture causés par une perte de contrôle de l'individu sur ses comportements. Voici ce questionnaire modifié :

1. Vous sentez-vous préoccupé par Internet (en pensant à votre dernière connexion et en anticipant la prochaine)? OUI NON
2. Éprouvez-vous le besoin de surfer sur Internet pendant de plus en plus longues périodes avant d'être rassasié ? OUI NON
3. Avez-vous tenté à plusieurs reprises et sans succès de limiter ou de contrôler votre temps passé sur Internet ? OUI NON
4. Vous sentez-vous épuisé, patraque, déprimé ou irritable lorsque vous essayez de limiter ou de stopper votre usage du réseau? OUI NON
5. Restez-vous sur le net plus longtemps que prévu ? OUI NON
6. Avez-vous mis en danger une relation, votre emploi, une opportunité de carrière à cause de l'usage d'Internet? OUI NON
7. Avez-vous menti à votre famille, votre thérapeute ou d'autres personnes afin de pouvoir disposer de plus de temps sur Internet? OUI NON
8. Utilisez-vous comme moyen de vous évader de vos problèmes quotidiens ou pour échapper à des sentiments négatifs (culpabilité, anxiété, déprime, solitude...) ? OUI NON

Les sujets qui répondaient oui à cinq ou plus de ces questions sont considérés comme des utilisateurs souffrant d'une addiction à Internet. (Young dans Romo et al. , 2012 : 170).

On peut constater que les éléments du premier questionnaire concernant des pratiques sociales spécifiques tels que la sociabilité ont disparu au profit de signes cliniques objectifs correspondant à une perte de contrôle sur ses comportements à laquelle seulement deux réponses sont possibles: oui ou non. La clinicienne milite en effet pour la reconnaissance de la pathologie dans le DSM au sein de la catégorie psychiatrique des *Troubles du contrôle des*

impulsions non classifiées ailleurs (Young et De Abreu, 2011). Selon ses recherches réalisées en 2011, la dépendance à Internet est un trouble mental comportemental ayant des causes physiologiques à prévenir, à diagnostiquer et à soigner.

1.2 Les symptômes cliniques de la dépendance à Internet

Les diagnostics proposés par les cliniciens s'appuient sur quatre dimensions essentielles à la reconnaissance de la dépendance à Internet. Les voici résumés à partir de deux recensions des études (Beard et Wolf, 2001 ; Weinstein et Lejoyeux, 2010). Ce sont ces quatre composantes qui ont été retenues lors de la proposition d'inclure la dépendance à Internet dans le DSM-V :

- 1 - L'utilisation excessive d'Internet : celle-ci est associée à une perte de la notion du temps au détriment des activités habituelles de l'utilisateur.
- 2 - Un retrait : Lorsque l'ordinateur n'est pas accessible, l'utilisateur ressent de la colère, une tension et ou une dépression.
- 3 - La tolérance : définie comme « Le processus d'adaptation d'un organisme à une substance qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et qui entraîne la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir les mêmes effets » (Valleur, Matysiak, 2002). Elle se caractérise comme le besoin d'augmenter le nombre d'heures de connexion ou la puissance du matériel informatique.
- 4 - Les conséquences indésirables : la dernière dimension concerne les mensonges, les faibles résultats scolaires ou professionnels ainsi que l'isolement social et la fatigue

La multiplicité des recherches réalisées en psychologie et en psychiatrie liste des symptômes physiologiques également associés à la pathologie tels que le syndrome du canal carpien, une sécheresse des yeux, des maux de tête et des migraines chroniques, ainsi que des problèmes de sommeil, le mal de dos, une alimentation irrégulière de mauvaise qualité et une négligence de l'hygiène corporelle (Nayebi, 2007 : 23 ; Christensen et al, 2001). À ces derniers s'ajoutent des

problèmes de posture, squelettiques ou encore le danger des radiations (Johnson, 2009). Enfin, d'autres recherches s'intéressent spécifiquement au développement cognitif et physique des adolescents et des enfants sur Internet car l'usage peut potentiellement aboutir à une faible coordination des mouvements, un retard moteur et des difficultés de lecture (Healy, 1998 dans *ibid.*). Le champ d'investigation est vaste pour constater les répercussions physiques, cognitives et neurologiques de l'informatique sur les individus, un champ qui est progressivement réduit dans le prisme de l'addiction.

1.3 Les dimensions de la dépendance à Internet

La dépendance à Internet est donc un objet scientifique et une pratique médicale qui s'appuie sur des symptômes précis que des diagnostics permettent de repérer. Elle est ainsi un objet tangible dont la description clinique « [...] caractérise des formes de dépendance utilisant la technologie informatique » (Romo et al., 2012) et se sépare en plusieurs sous-catégories que nous allons décrire brièvement. Nous commencerons par les trois sous-catégories qui ont été recommandées dans le DSM-V en 2008 : le jeu excessif, la cybersexualité et la sociabilité, avant d'aborder d'autres cliniques contenues dans les manuels de psychologie : l'achat compulsif et l'infolisme.

1.3.1 Les sous-dimensions proposées dans le DSM-V

Le jeu excessif

La première dimension, celle du jeu excessif en ligne s'inscrit dans la continuité de la clinique existante du jeu pathologique (Deschryver et Rifaut, 2005; Rochon, 2004; Romo et al., 2012). C'est cette sous-catégorie restreinte au jeu vidéo qui a été finalement ajoutée en *Appendices* du DSM-V, l'« *Internet Gaming Addiction* » (APA, 2013a; Petry et O'Brien,

2013). Telle que décrite dans les manuels, elle regroupe les pratiques excessives de jeux vidéo et de jeux de rôle multi-joueurs tels que *World of Warcraft*© ou *Everquest* ©et plus récemment celles du jeu sur téléphone portable tel que *Candy Crush*©. Cette pratique est souvent relayée dans les médias à cause de joueurs excessifs morts en Corée ou en Chine dans les cybercafés après plus de trente heures de jeu excessif (Rozières, 2012). La clinique est associée à de nombreux stéréotypes tels que l'association à la violence, l'obésité, la désocialisation, l'inactivité physique, et elle serait de plus une pratique masculine et essentiellement jeune (Romo et al., 2012 : 32). Toutefois, la recherche clinique a, depuis les années 1990, relativisé ces observations étant donné que les jeux vidéo sont pratiqués par autant d'hommes que de femmes ayant en moyenne trente-cinq ans (ibid.). Les usages de ces jeux peuvent, de plus, s'avérer bénéfiques pour les utilisateurs et même pour les patients soignés par ordinateur⁴ (Hautefeuille et Véléa, 2010 : 158).

La cybersexualité

La seconde dimension de la dépendance à Internet est une des plus étudiées puisqu'Internet est majoritairement utilisé depuis les premiers usages pour rechercher des contenus pornographiques ou érotiques⁵. D'après les études, les utilisateurs ayant une distorsion de l'image de leur corps ou des dysfonctionnements sexuels non traités sont plus enclins à devenir sexuellement dépendants à Internet (Young, 1998a). Essentiellement masculine, elle se manifeste par de multiples symptômes comportementaux (masturbation

⁴ À Montréal, Jean François Pelletier a constaté des cas dans lesquels des activités de programmation et d'appropriation d'outils de communication ont permis la réinsertion de patients atteints de troubles de santé mentale. En contournant les contraintes du monde réel, Internet fournit dans certains cas une méthode thérapeutique permettant au patient de s'affranchir de son identité de malade mental (Pelletier, 2005).

La Société des Arts Technologiques et le Centre Hospitalier de Sainte Justine à Montréal travaillent conjointement au « Living Lab » et proposent des environnements de jeu virtuels pour assister les pratiques médicales (SAT, en ligne).

⁵ Rappelons que Theodor Holm Nelson, l'inventeur du système de navigation Hypertexte avait prévu l'application rose d'Internet : le « *Teledildonics* » (Rheingold, 1994 : 345).

compulsive, consultation de sites Internet pornographiques) et émotionnels (obsession, souffrance, honte, culpabilité) (Deschryver et Rifaut, 2005). Lorsque cette dépendance est assistée par ordinateur, elle offre une nouvelle approche des pratiques sexuelles grâce à deux éléments complémentaires : une absence de contact physique et une médiation informatique créant le support de l'environnement érotique. Plusieurs canaux assistent cette pathologie notamment la messagerie instantanée, les petites annonces, la vidéoconférence, les formes de communication par courriel ou dans les groupes de discussion, les sites personnels ou encore les listes de diffusion. Les gants tactiles également ont nourri (et continuent de nourrir⁶) les fantasmes. Internet est ainsi un terrain fertile à l'imagination et à l'interprétation sexuelle qui par les possibilités d'anonymat et de distance permet l'émergence de nouvelles pratiques sexuelles et érotiques (ibid. : 100). Celles-ci laissent présager des horizons jusqu'alors insoupçonnés, notamment, selon les auteurs les plus prophétiques, celui d'une fusion du corps et de l'informatique dans une *cyborgisation*⁷ de l'Homme (ibid.: 112).

La sociabilité

La troisième sous-dimension proposée dans le DSM-V est relative aux pratiques de sociabilité en ligne caractérisées par la participation à des forums de discussion, à la discussion en ligne (*Internet Relay Chat*), à l'envoi de courriel et de messages texte. Les critères diagnostics sont ceux d'une sociabilité hors ligne moindre au profit d'un enfermement

⁶ Les possibilités offertes encouragent les discours optimistes à l'instar de ceux de Paul Virilio : « L'évènement est inouï : jusqu'alors on n'avait jamais pu toucher à distance. Or aujourd'hui à des milliers de kilomètres, je peux non seulement toucher avec des gants de données mais avec une combinaison spéciale je peux faire l'amour à une fille à Tokyo, ses impulsions m'étant transmises par des capteurs me permettant de faire jouir et de jouir moi-même » (Virilio dans Spoljar, 1997)

⁷ Citée dans un manuel de psychologie, cette thèse du sociologue David Lebreton constate une transformation des frontières du corps entre l'homme et la machine : « La cybersexualité nous confronte à l'abolition du corps dans la relation à l'autre, justement.[...]. Le corps de l'autre sera peut être un jour une disquette, un fichier, un programme, un site. Eros électronique. Pour certains tenants de la cyberculture américaine, la sexualité est dépassée, ils la perçoivent d'ailleurs comme dégoûtante » (LeBreton dans Deschryver et Rifaut, 2005 : 113)

dans l'environnement sécuritaire de l'ordinateur avec des relations exclusivement en ligne (Romo et al., 2012). Dévalorisée socialement, cette pratique de sociabilisation fait l'objet de questionnements moraux et sociaux, comme le note la sociologue Carla G. Surrat (1999 : 86-92). Asynchrone, décorporalisé et déterritorialisé ce moyen d'interaction serait responsable selon plusieurs chercheurs de la désintégration du lien social hors ligne au profit d'une sociabilité affaiblie en ligne.

1.3.2 Les dimensions non proposées dans le DSM-V

Les deux catégories suivantes présentes dans les manuels de psychologie ne sont pas proposées pour inclusion dans le DSM-V. Il s'agit des achats compulsifs et de l'infolisme.

Les achats compulsifs

La dépendance à Internet se manifeste également par des achats compulsifs (buying spree aux États-Unis). Les psychiatres français Véléa et Hautefeuille définissent cette dimension comme «un comportement permanent ou intermittent, caractérisé par une irréversible envie d'acheter, une tension avant le comportement et sa résolution par la réalisation d'achats» (Hautefeuille et Véléa, 2010 : 102). D'après ces psychiatres, cette dimension est favorisée par l'accessibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre des boutiques et des commerces en ligne ainsi que par la publicité ciblée directement adressée au consommateur à partir de son historique de recherche enregistré et utilisé par les compagnies pour augmenter leurs ventes. Plusieurs organismes de crédit offrent des prêts à la consommation sans vérification de l'internaute et favorisent ainsi le surendettement des utilisateurs dépendants qui transparaît dans les symptômes au travers des conséquences

négatives. Selon Jean-Pierre Rochon, (2004) psychologue québécois, elle toucherait surtout les femmes et les jeunes utilisateurs.

L'infolisme

Comme Internet est un espace de circulation d'information et de connaissance, la dernière dimension que les cliniciens ont répertoriée est l'infolisme, la pathologie des «junkies de l'info». Celle-ci est caractérisée par la recherche excessive d'information, d'actualité et de scoop, consultée souvent en direct dans des blogs spécialisés, entretenus par le dépendant (Nayebi 2007; Hautefeuille et Véléa, 2010; Romo et al., 2012). Cette sous-catégorie est le vertige de l'information et du direct, « un besoin marqué pour toujours plus d'information » (Hautefeuille et Véléa, 2010 : 64). Selon les manuels, cette pathologie est encouragée par l'accessibilité et la circulation de l'information sur Internet, considérée libre et ouverte à l'instar de la possibilité d'affirmer ses points de vue et commenter des blogs, des tribunes. Le traitement préconisé de cette dépendance est l'apprentissage à l'organisation et à la sélection des données et de l'information reçue. Selon les chercheurs les plus optimistes quant au potentiel de l'informatique, notamment Joël de Rosnay, ce travail d'apprentissage est le rôle des enseignants pédagogues (ibid.).

Au regard de cet aperçu des sous-dimensions, nous sommes à même de constater que d'une part, la dépendance à Internet renvoie à de multiples significations sociales et politiques concernant la conceptualisation des pratiques excessives de communication et d'autre part, que les dimensions ne sont pas toutes considérées à la même échelle puisqu'elles ne sont pas toutes recommandées.

2. La définition des cyberdépendances, un objet de recherche sociologique.

2.1 Les cyberdépendances, une définition

S'intéresser à la définition de la dépendance à Internet nous heurte à la difficulté de sa dénomination qui est justement un enjeu complexe tel que le souligne cette recension effectuée par l'équipe de recherche du centre Dollard Cormier de Montréal :

Nous avons recensé au moins 11 vocables différents: la cyberdépendance, la dépendance à Internet (Gimenez, Baldo, Horassius, & Pedinielli, 2003), Internet addiction disorders; pathological Internet use (Morahan-Martin & Schumacher, 2000); problematic Internet use (Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla, & McElory, 2000) ; excessive Internet use et compulsive Internet use (Widyanto & Griffiths, 2006); cyberspace addiction, online addiction, net addiction, Internet addiction (Young, 1998), et high Internet dependency (Davis, Flett, & Besser, 2002). (Nadeau et al, 2011 : 2)

Pour cette raison, dans cette recherche nous nommerons «*cyberdépendances*» une pathologie ayant un rapport direct avec l'usage excessif d'une technique issue de la société d'information, à savoir Internet et l'ensemble des outils techniques qui permettent de s'y connecter. En s'inspirant de la définition proposée par le psychologue britannique Mark Griffiths (1999b : 212⁸), la définition des cyberdépendances proposée est la suivante : un comportement de dépendance n'impliquant pas la prise de substances et axé sur l'interaction humaine avec des outils qui le relie à Internet. Celle-ci permet de regrouper le vaste corpus de terminologies établies à ce jour et explique l'utilisation du terme de cyberdépendances, au pluriel⁹.

⁸ La définition en anglais dans le texte : " *Technological addictions are operationally defined as non-chemical (behavioural) addictions which involve human machine interaction* " est traduite par Suissa (Suissa, 2007 : 97).

⁹ Outre les cyberdépendances, plusieurs troubles liés à l'interaction avec les objets techniques sont apparus. Ces phénomènes figurant dans certains manuels de psychologie sont exclus dans le but de ne s'intéresser qu'aux dépendances liées à Internet. Parmi ceux-ci nommons le Technostress : le stress causé par les usages de technologies de l'information, la nomophobie : le fait d'avoir peur de perdre ou d'être éloigné de son téléphone cellulaire, ou encore le FOMO (*Fear of missing something*): caractérisant la peur de rater des informations si lorsque le réseau n'est pas accessible;.

2.2 Les cyberdépendances, pratique sociale empirique et pratique discursive

La signification sociologique de la définition des cyberdépendances est multiple. Plusieurs auteurs en sciences humaines ont insisté sur la part sociale de la dépendance et ont rejeté son aspect biologique (Ehrenberg, 1998; Giddens, 1994; Reith, 2004), tandis que d'autres auteurs en science médicale la considèrent uniquement comme un désordre biologique qui doit être traité à l'aune des autres maladies (Leshner, 2001; Volkow, 2007). Ces dissensions représentent d'ailleurs les oppositions quant à l'appréhension de la pathologie, c'est pourquoi, dans cette étude, nous considérons les cyberdépendances comme des « objets hybrides » de nature et de culture ayant une composante sociale et biologique au sens Latourien, c'est-à-dire qu'elles combinent des éléments scientifiques, psychologiques, moraux, technologiques et spirituels (Latour, 1991). Les *cyberdépendances* sont ainsi issues de construits sociaux, mais revêtent également un aspect empirique concret, dans le sens où des patients évoquent des problèmes quant à leur consommation d'Internet et des symptômes physiologiques qui motivent ensuite des pratiques médicales cliniques. Ce double critère définit donc l'objet selon deux niveaux, celui des cyberdépendances comme une pratique médicale empirique et comme un objet scientifique discursif déterminé par les courants et théories scientifiques en vigueur. La définition des cyberdépendances résulte ainsi d'un ensemble de pratiques discursives et empiriques qui constitue cet objet d'étude.

Ainsi, plusieurs éléments biologiques, sociaux, culturels et psychologiques causent et favorisent ces pratiques excessives qui s'inscrivent au sein de courants théoriques et scientifiques. Les analyses sur la pathologie ont démontré que sa création transforme les pratiques considérées déviantes (Surrat, 1999) ou nouvelles (Johnson, 2009) en des problèmes

médicaux et pathologiques (Quinn, 2001; Suissa, 2007). Valorisées et encouragées, les pratiques de communication deviennent par leur pathologisation potentiellement problématiques puisqu'elles peuvent engendrer une dépendance physiologique. S'ouvre ainsi un espace d'intervention psychiatrique pour des pratiques de contrôle médical (Quinn, 2001; Suissa, 2007). Entrer au cœur des enjeux de définition permettra de décortiquer le concept de dépendance à Internet tel que proposé dans le DSM-V. Ce concept dépasse le seul enjeu sémantique, car « la définition du terme dépendance n'est pas neutre et constitue donc un terrain propice à de multiples interprétations et controverses (Suissa, 2007 : 101). Sa définition est donc « un enjeu crucial autant au plan scientifique que social» (ibid.) qui mérite d'être sociologiquement interrogée.

3. Le concept de dépendance, un objet controversé

Pour comprendre les enjeux de pouvoir ayant accompagnés à la proposition d'inclure les cyberdépendances dans le DSM-V, il s'agit de décrire plusieurs éléments relatifs au système de classification diagnostique sur lequel il repose.

3.1 Historique et sémantique : toxicomanie, dépendance ou addiction ?

Comprendre la complexité des prises de position sur l'addiction à Internet nécessite de clarifier les différences cliniques entre les terminologies « addiction », « dépendance » et « toxicomanie ». Ces différences historicisées dépendent de facteurs sociaux et politiques. En 1950, l'OMS utilise le terme de toxicomanie pour finalement le remplacer en 1964 par la dépendance. Celle-ci consiste alors en l'impossibilité de se passer de quelque chose et définie :

Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits. (Deschryver, 2005 : 20)

Cette définition est critiquée pour deux raisons. D'une part, parce qu'elle fait disparaître les spécificités des substances ingérées et d'autre part, car elle restreint la dépendance à un mécanisme physiologique. Si le concept de toxicomanie comportait plusieurs dimensions comportementales, psychologiques, biologiques et légales, la dépendance telle que proposée par l'OMS est objectivée en un concept scientifique comportemental et mesurable découlant d'un déséquilibre hormonal (ibid.). Les travaux sur les dépendances comportementales et la prise en compte par l'OMS de la dépendance aux substances ont, suite à cette définition, ouvert le champ aux recherches sur la dépendance au jeu pathologique à laquelle la dépendance à Internet est associée. En 1945, Otto Fenichel est le premier psychiatre, à décrire les «addictions comportementales» sous le nom de «toxicomanies sans drogues». Il distingue les troubles compulsifs des impulsifs¹⁰ et devient pour cela l'initiateur de la catégorie du DSM des « Troubles du contrôle de l'impulsion » qui a été introduite dans la troisième version en 1980 comme sous-catégorie des « Troubles Obsessionnels Compulsifs ». Les travaux de Stanton Peele ont également participé à la reconnaissance des dépendances comportementales comme des troubles de santé mentale en démontrant que c'est à une expérience et non à une substance chimique que certains sujets deviennent dépendants (Peele et Brodsky, 1975). Ainsi, la terminologie de dépendance est progressivement préférée à celle de toxicomanie. Quant au

¹⁰ La distinction entre compulsions et impulsions est effectuée par le caractère *égosyntone* propre à cette dernière. Cela signifie que le sujet se livre à la conduite en connaissant les effets négatifs sociaux et physiques qu'elle peut avoir sur lui. Il la réalise tout de même afin d'éprouver le bien-être et le soulagement qu'elle lui procure.

terme « addiction », ¹¹ souvent synonyme de dépendance, il ne figure dans les manuels psychiatriques tels que le DSM qu'à compter de la version cinq. D'après ces considérations, la rhétorique utilisée pour décrire les pratiques excessives est donc historiquement constituée et tend à une assimilation des dépendances avec substances et des dépendances comportementales sous un même modèle de représentation basé sur des critères physiologiques. Dès à présent, il est nécessaire d'introduire la cinquième version du DSM au sein de laquelle la dépendance à Internet a été recommandée.

3.2 Le DSM-V un manuel critiqué

La cinquième version du DSM est, à l'instar des précédentes, portée par l'Association Américaine de Psychologie et l'Institut National de Santé Mentale (NIMH), en association avec des institutions internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Association mondiale de psychiatrie et l'Institut américain de psychiatrie pour la recherche et l'éducation. Fruit d'un travail collaboratif échelonné entre 1999 et 2013, le manuel résulte d'un processus de recherche en trois étapes : une revue de littérature, suivie de trois phases d'essais cliniques au Canada et aux États-Unis et, finalement, un temps de discussion avant la décision définitive rendue en mars 2013 et sa publication le mois de mai suivant. Le comité de commandement de vingt-huit membres qui travaille dès 2007 en collaboration avec cent trente membres répartis en treize groupes de travail est mené par David Kupfer, professeur du département de psychiatrie à l'École de médecine de l'Université de Pittsburgh, assisté de son sous-directeur Jack Regier membre du NIMH. Ce manuel de classification des maladies

¹¹ Le terme d'addiction est utilisé la première fois par le psychiatre français J. Bergeret à partir d'un dérivé du latin *addictus* qui désignait la contrainte par le corps. Dans le droit romain le concept est lié à l'esclavage pour caractériser l'attribution d'une personne à une autre comme paiement d'une dette due (Hautefeuille et Véléa, 2005 : 22).

mentales est un objet central à la pratique psychiatrique (Lane, 2008 ; Healy, 2002 ; Grob et Horwitz, 2010) et en tant qu'outil exposant le système de classification, il est le cœur de l'objectivation scientifique.

Les membres du groupe de décision ont décidé d'associer, dans cette version, les dépendances comportementales et celles avec substance au sein d'une même catégorie intitulée « *Substance Use and addictive Disorder* » (APA, 2013b). Cette décision provient du fait que les rédacteurs de cette édition relancent une « guerre d'idéologies depuis que le paradigme du diagnostique empirique, cher au DSM de Spitzer et Frances, a cessé d'être en position d'hégémonie » (Andreoli, 2011). Des luttes de pouvoir internes au champ psychiatrique vont s'articuler autour de la prise de position adoptée en faveur des neurosciences qui transforme le système de classification des versions III et IV du manuel. Fortement critiqué (Frances, 2013), le système dimensionnel adopté résulte de la substitution des critères de validation empiriques antérieurs dits Néo-Kraepelien¹² par des critères dimensionnels afin de se rapprocher des fondements étiologiques des troubles mentaux (*to carved nature at the joints* : Regier et al, 2009). Sous le chef d'une approche dite dimensionnelle¹³, les critères différenciés dans le DSM-IV « d'abus de substance » et de « dépendance à une substance » ont été fusionnés en une même entité, celle de l'« addiction », mesurée en trois dimensions (léger, moyen, sévère).

¹² La classification des DSMIII et IV adoptée par Robert Spitzer, basée sur le *Research Diagnostic Criteria* et le *Feighner Critere* est dite Néo-Kraepelienne en référence aux travaux de Emile Kraepelin psychiatre fondateur en 1883 une approche clinique et symptomatique des troubles mentaux en distinguant dans la psychose en deux entités distinctes la *dementia preacox* et la *maniaco-depression* (Shorter, 1997).

¹³ L'approche dimensionnelle adoptée est importée des sciences médicales et stipule que des entités différentes partagent des causes similaires : " *A diagnosis based on states that are defined as abovethreshold on one or more quantitative scales or dimensions and that are continuous with the normal state. For example, hypertension is defined in terms of two dimensions: systolic and diastolic blood pressure*" (Hyman, 2007 : 730).

3.3 Aperçu historique des systèmes de classification du DSM

Un détour historique s'avère nécessaire pour introduire les enjeux soulevés par le système de classification proposé. La première version du DSM publiée après la Seconde Guerre mondiale en 1952 répertoriait cent-six pathologies mentales reflétant la dominance de l'approche psychodynamique inspirée des travaux en psychanalyse freudiens (Grob, Horwitz, 2010 : 28). Dans ce classement, les névroses viennent alors s'ajouter aux psychoses et le modèle étiologique sous-entend que chaque symptôme a une cause profonde et inconsciente (Shorter, 1997 ; Horwitz, 2002). Un tournant dans le modèle de classification a été effectué pour la publication de la troisième version du DSM en 1980. La psychiatrie en crise de légitimité¹⁴ abandonne l'approche psychodynamique au profit d'une approche catégorielle qui se veut athéorique et symptomatique. Les conflits entre Néo-Kraepelins et psychanalystes donnent raison aux premiers lorsque la référence aux névroses est abandonnée. Inspirée des critères diagnostiques élaborés par Feighner et qualifiée de « psychiatrie diagnostique » par Allan Horwitz, professeur de sociologie à l'université du New Jersey (Horwitz, 2002: 2), la troisième version dirigée par Robert Spitzer, utilise une grille médicale organisée autour de symptômes afin d'ériger des entités spécifiques et discrètes. D'après ce système, l'approche diagnostique intègre de plus en plus d'entités qui dépassent alors quatre cents dans la version IV parue en 1994 (Wakefield, 1996). De ce fait, les différents troubles d'apprentissage ou de concentration sont devenus le « Trouble déficitaire de l'attention » (Conrad, 2007 : 46-69), les divergences dans les désirs ou la performance sexuelle sont appelées des « Dysfonctions sexuelles » (ibid. : 23-45) et les comportements excessifs sont transformés en des

¹⁴ Les luttes sociales afin de supprimer l'homosexualité de la seconde version du DSM en 1973 illustrent ce tournant. Il s'agit alors d'abandonner les problèmes existentiels et les états d'âme pour ne s'occuper que des maladies mentales précises et identifiables qui se distinguent clairement de l'état normal (Feys, 2009 : 110)

« Addictions », qu'il s'agisse du jeu (Vrecko, 2010) ou du shopping (Lee and Mysyk, 2004). Récemment, les formes extrêmes de timidité ont été considérées comme des « Troubles d'anxiété sociale », ou « Trouble de la personnalité évitante » (Scott, 2006 ; Lane, 2008). C'est à priori dans cette continuité, que les pratiques excessives de communication ont été proposées comme « Trouble d'addiction à Internet » (Block, 2008). Bien qu'elle se veuille agnostique et athéorique, l'approche diagnostique épouse les thèses biologiques étant donné qu'elle situe les causes des troubles mentaux dans les facteurs biochimiques et génétiques. Elle loge donc les pathologies dans la structure physique du cerveau et non dans les systèmes symboliques de pensée (Shorter, 1997 ; Horwitz, 2002). Telle qu'exposée, la version V du DSM s'appuie sur le modèle de catégorisation précédent tout en le justifiant par un retour à l'étiopathologie à partir des recherches neuroscientifiques menées depuis la version antérieure de 1990 (Regier et al, 2009).

3.4 La proposition d'inclure la pathologie dans le DSM-V

La proposition d'inclure l'addiction à Internet dans la dernière version du DSM a été proposée comme suit en 2008 :

Conceptually, the diagnosis is a compulsive-impulsive spectrum disorder that involves online and/or offline computer usage (1, 2) and consists of at least three subtypes: excessive gaming, sexual preoccupations, and e-mail/text messaging (3). All of the variants share the following four components: 1) excessive use , often associated with a loss of sense of time or a neglect of basic drives, 2) withdrawal , including feelings of anger, tension, and/or depression when the computer is inaccessible, 3) tolerance, including the need for better computer equipment, more software, or more hours of use, and 4) negative repercussions, including arguments, lying, poor achievement, social isolation, and fatigue (3, 4). (Block, 2008 : 306)

Si cette définition s'affilie à la clinique exposée précédemment puisqu'elle liste au niveau des symptômes et des sous-dimensions les mêmes éléments, en 2010 l'inclusion de l'«Internet Addiction» a une première fois été conseillée dans la section *Appendices* avant que la terminologie «*Internet Use Disorder*» ne soit envisagée, pour qu'en définitive ce soit « l'Internet Gaming Disorder » qui figure dans cette section du manuel psychiatrique publié en 2013 (Petry et O'Brien, 2013). D'après les recensions des études sur la pathologie, les membres du groupe de travail ont conclu qu'elles ne permettent pas d'affirmer un consensus quant à sa définition. Si elle ne figure finalement pas dans le manuel psychiatrique (O'Brien, 2010), Charles O'Brien le psychiatre le responsable du comité de recherche sur les Addictions dans le DSM-V incite, en 2010, à de nouvelles recherches sur le modèle de celles réalisées par le docteur Ran Tao (Annexe n°3). Ce psychiatre chinois à l'Hôpital Général de la région militaire de Pékin considère la dépendance à Internet comme un trouble biologique, répandu et nuisible (Huang, Li, Tao, 2009 : 464). Ainsi, bien qu'encore débattues par les acteurs du champ psychiatrique, entre des groupes de pression pour l'inclusion et ses détracteurs, les voies de la recherche sont clairement indiquées comme l'illustrent ces propos de Charles O'Brien :

The plan for future changes in the DSM is that they would occur as the science develops. If future controlled studies of [IA] are conducted by other groups and in other parts of the world, the reports of these studies in the scientific literature will be reviewed. (...) Thus, in a few years, a version that might be called DSM-V.1 could include an 'Internet addictive disorder'. Whether or not this will occur depends on additional studies in peerreviewed scientific journals in the mould of the report in this issue by Dr Ran Tao and colleagues. (O'Brien : 2010)

Ainsi, le modèle biomédical, le traitement pharmacologique, l'incorporation des neurosciences, l'internationalisation des recherches et les études standardisées sont autant

d'éléments valorisés et encouragés afin de comprendre, d'expliquer, de prévenir et de soigner ce trouble neurologiquement constitué.

Ce parcours des travaux effectués permet d'illustrer le fait que la définition des cyberdépendances dans le DSM soit un projet de recherche qui repose sur des pratiques médicales et des discours concrets, tous deux inscrits dans un processus historique, social et politique. La compréhension de cette dépendance est un programme qui oriente les investissements dans des recherches scientifiques en vue d'une inclusion future, puisque malgré l'absence de consensus autour de l'addiction à Internet dans le DSM-V, les conclusions du comité de décision de l'APA encouragent d'autres études qui tendent à la formulation d'un outil diagnostique fiable et universel afin de soigner les dépendants à Internet (Petry et O'Brien, 2013).

4. La définition des cyberdépendances dans le DSM-V, un fait social

L'addiction à Internet telle que recommandée dans le DSM-V est ainsi comprise comme la conséquence psychologique de phénomènes biologiques déclenchés par l'utilisation excessive d'un objet et serait ainsi une entité universelle. La difficulté d'atteindre un consensus est ici cristallisée. Comme nous le soutenons dans ce mémoire, à la suite de Manuel Castells (2002), Internet est la base matérielle de la structure sociale, outil incontournable de travail, de production, de sociabilité et médium de construction identitaire. Ainsi, la reconnaissance d'une pathologie associée à l'utilisation d'Internet est un fait social¹⁵ qui transforme cette pratique de communication centrale à la société d'information.

¹⁵ Selon l'expression de l'anthropologue Marcel Mauss.

La littérature sociologique a démontré que le caractère pathologique d'une dépendance se réalise toujours en fonction d'une norme sociale, historiquement et culturellement ancrée, comme l'illustre l'exemple des deux diagnostics de K. Young introduits en début de chapitre (Young, 1998a; Young et De Abreu, 2011). Ces diagnostics psychiatriques sont le curseur qui établit le seuil normatif des comportements. Ainsi, le processus de définition de « *Internet Addiction* » dans le système de classification international du DSM permet de faire émerger les normes des pratiques de communication promues et orchestrées par les pratiques et les outils cliniques psychiatriques. Au regard de ces propos, notre intérêt demeure dès à présent focalisé sur le processus de définition de la dépendance à Internet tel que proposé dans le DSM-V. Cette démarche cherche à comprendre comment cette pathologie a été construite, quel système de pensée et quel système technique, modulent sa définition et enfin, comprendre quel est le moteur de ce projet social.

Conclusion

Il ressort de cette revue de littérature que les cyberdépendances véhiculent des significations multiples qui reposent sur des pratiques et des discours scientifiques concrets et effectifs. Au terme de ce premier chapitre, nous sommes donc à même d'affirmer deux éléments. D'une part, une entité psychiatrique comme la dépendance à Internet est le produit de l'interaction entre des acteurs qui définissent des normes par l'établissement de systèmes de catégorisation et de diagnostics tels que la nouvelle classification dimensionnelle du DSM-V (Grob et Horwitz, 2010). D'autre part, les diagnostics psychiatriques sont le produit d'un processus de négociation influencé par des facteurs sociopolitiques et culturels, comme l'illustre le tournant en faveur des neurosciences dans cette cinquième version (Kirk et

Kutchins, 1992 ; Kutchins et Kirk, 1997). Ainsi, les cyberdépendances telles que proposées dans le DSM-V sont le reflet des normes et des valeurs d'une société à l'instar du trouble de *dromomanie* apparu lors de l'apparition du chemin de fer aux États-Unis (Hacking, 1998). Il caractérisait alors une impulsion à marcher et courir adressée aux vagabonds et aux voyageurs. Dans la mesure où l'hystérie et la névrose ont reflété le temps de la domination des théories psychanalytiques, nous sommes d'avis que les cyberdépendances telles que proposées dans le DSM-V caractérisent des logiques culturelles et techniciennes de la société d'information mobilisées par les théories scientifiques biomédicales. Ce passage fera l'objet du prochain chapitre afin de situer la définition des cyberdépendances au sein d'un processus de pathologisation dont les bases matérielles, neuroscientifiques valorisées par les rédacteurs du DSM-V, s'inscrivent dans un processus de biomédicalisation des pathologies mentales.

Chapitre 2. La biomédicalisation des cyberdépendances

*The [social] problems are, in a way,
harder to identify just because their solutions are never clear-cut [...]
By contrast, the availability of a crisp and beautiful technological solution
often helps focus on the problem to which the new technology is the solution*
Alvin Weinberg, 1966

Technology is the answer but what was the question?
Cedric Price dans Morozov, 2011

Les cyberdépendances ont été analysées à travers plusieurs cadres conceptuels notamment bourdieusien ou interactionniste. Lorsque le premier analyse cet objet comme le fruit d'un processus de distinction sociale entraînant une violence symbolique générationnelle envers les pratiques valorisées par les jeunes générations (Johnson, 2009), le second cadre met en lumière qu'un processus de stigmatisation des pratiques de socialisation assistées par Internet produit les cyberdépendances (Surrat, 1999). Quant aux analyses utilisant le cadre théorique de la médicalisation (Quinn, 2001; Suissa, 2007; Conrad, 2007), elles rencontrent plusieurs limites vu qu'elles occultent le contexte historique et culturel caractéristique de l'émergence de ces pathologies. Certes, la définition des cyberdépendances résulte effectivement d'une expansion de la juridiction médicale comme le stipule cette théorie, mais les pratiques excessives de communication caractérisent des pratiques valorisées dans la société d'information (Johnson, 2009) et sont de plus, proposées dans un manuel qui privilégie, particulièrement dans cette cinquième version, les théories neuroscientifiques pour classifier les troubles mentaux (Regier et al., 2009). Ainsi, les innovations techniques, comme l'informatique, qui forment la base matérielle de l'organisation de la société d'information depuis 1980, transforment également les pratiques psychiatriques ce qui modifie les voies et la nature des interventions du processus de pathologisation. Pour ces raisons, il semble

nécessaire de reconsidérer le cadre théorique de la médicalisation (Nye, 2003) et de situer la définition des cyberdépendances au sein de pratiques et de discours caractéristiques des sciences et techniques de la société d'information (Castells, 2002) afin d'en saisir les significations.

1. L'approche de la biomédicalisation

Dans l'ouvrage « *Biomedicalization Technoscience, Health and Illness in the US* », la sociologue Adèle Clarke et ses collègues (2010) développent un tel cadre théorique, dit de la biomédicalisation. Selon leur travail, si l'ère moderne de 1890 à 1945 a vu la scientification de la médecine puis l'expansion de la juridiction médicale à travers la médicalisation des problèmes sociaux de 1940 à 1985, la période contemporaine, est celle de la biomédicalisation (Clarke et al, 2003, 2000 ; Shim et al., 2000). Inspiré de l'approche poststructuraliste, ce cadre théorique définit les transformations du processus de médicalisation induites par les techniques de l'information :

The increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine. [...] [M]edicalization is intensifying, but in new and complex, usually technoscientifically enmeshed ways.
(Clarke et al, 2003 : 164)

C'est à la croisée de cinq processus dynamiques que se forme le cadre de la biomédicalisation. Chacun sera abordé succinctement : 1) la constitution d'un complexe économique biomédical ; 2) la focalisation sur la santé et l'élaboration d'une surveillance biomédicale des risques ; 3) la transformation de la production, de la distribution et de la consommation du savoir biomédical ; 4) la technoscientificisation de la biomédecine et enfin 5) la transformation des

corps et des identités. Soulevée dans le premier chapitre, la difficulté d'atteindre un consensus quant à une définition des cyberdépendances dans le DSM-V donne ainsi à analyser un cas de biomédicalisation.

1.1 La définition des cyberdépendances constituée dans le complexe économique biomédical

Le projet d'inclure une forme de cyberdépendance dans le DSM ancre celle-ci dans le cadre du complexe industriel biomédical (*Biomedical TechnoService Complex Inc*), un réseau complexe d'industries connexes (Orr, 2010 dans Clarke et al., 2010 : 354). En effet, la publication du manuel est située au cœur d'enjeux socio-économiques transnationaux fortement influencés par des macro-structures, dont les racines sont occidentales et les rhizomes mondiaux¹⁶. Ce concept désigne l'infrastructure qui module la définition des pathologies dans le DSM selon trois niveaux concomitants (Clarke, 2003 : 167). Premièrement, il suppose l'accroissement de l'efficacité et de l'uniformisation des services psychiatriques à travers la rationalisation des diagnostics et des traitements en les insérant au sein d'un système de classification standardisé. Deuxièmement, le concept explicite que le DSM est le lieu même de la centralisation et de la prise de décision quant aux traitements remboursés. Troisièmement, la définition des pathologies dans le DSM participe d'un processus de marchandisation de la santé, c'est-à-dire qu'il définit distinctement chaque entité psychiatrique dans le but d'ouvrir un marché correspondant à l'offre d'un traitement spécifique de cette pathologie, sous la forme de service ou de produit. Ainsi, le système de

¹⁶ L'expression réfère au titre de l'article publié en français : « Technosciences et nouvelle biomédicalisation: racines occidentales, rhizomes mondiaux » (Shim et al., 2000)

classification du DSM inséré dans le complexe économique biomédical, rationalise, centralise et commercialise les pathologies classifiées au sein d'une offre et d'une demande de soin de santé (Clarke et al., 2010). Au sein de ce complexe, les connaissances produites par de nouveaux acteurs tels que les entreprises, les consommateurs et les groupes de patients décentrent les lieux de production des savoirs biomédicaux. Conjuguées à des pratiques commerciales et privatisées, de nombreuses techniques de marketing telles que les publicités adressées aux consommateurs et l'achat de mots-clés mettent en valeur et légitiment certaines formes de produit.

1.2. Focalisation sur la santé et élaboration d'une surveillance des risques

Le second processus de biomédicalisation indique que le complexe biomédical qui produit le manuel du DSM-V est guidé par les pratiques corrélatives d'élaboration de facteurs de risques et de leur surveillance. Selon Clarke et ses collègues (2010), la restructuration biomédicale des notions modernes de santé et de maladie définies selon des critères plus souples et diffus est traversée par deux mouvements contingents. D'une part, celui de pathologisation croissante des comportements quotidiens aboutissant à l'omniprésence de facteurs de risque et de techniques de leur surveillance, et d'autre part, celui d'une *santéisation* (*healthicization* : Conrad, 1992) qui fait de la santé une valeur à atteindre qui guide la biopolitique¹⁷ contemporaine.

¹⁷ La biopolitique est un concept foucauldien qui définit les formes de pouvoir ayant pour but de gouverner les individus et surtout le vivant constituées en population. La biopolitique historiquement liée au libéralisme s'occupe de la gestion de la santé, de l'hygiène, de l'alimentation et de la sexualité, devenus des enjeux politiques (Revel, 2008 :25-26).

1.2.1 La santé parfaite une valeur à atteindre

Devenue une valeur, la santé n'est plus un moyen ou un état, mais un but ultime à atteindre, celui de la santé parfaite (Lupton, 1995 ; Sfez, 1995), puisque telle que définie depuis 1946 par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). L'importance sociale qui lui est accordée participe de l'expansion des pratiques psychiatriques au-delà du champ d'intervention clinique afin d'agir pour le « bien-être » en général et non plus uniquement sur l'état de maladie. Cette perspective théorique dépasse le cadre de l'impérialisme médical proposé par la théorie de la médicalisation utilisée pour appréhender l'émergence des cyberdépendances (Quinn, 2001; Suissa, 2007, 2008 ; Conrad, 2007). Le processus d'autonomisation moderne s'exerce, certes par une prise en charge de la santé et du corps comme lieu d'exercice du pouvoir (Foucault, 1976), mais n'est plus uniquement exercé par le contrôle des médecins dans une perspective de moralisation et de contrôle des pratiques déviantes. Pour les populations, il s'agit plutôt d'une injonction à « être en santé » et c'est pour cette raison que le recours à la médecine devient une morale à respecter individuellement et collectivement. Cette valeur de santé qui guide la définition des dépendances comportementales (Reith, 2004; Clarke et al., 2010) oriente dans ce sens les pratiques sur le risque et la surveillance.

1.2.2 Pratiques d'élaboration de facteurs de risque et d'autosurveillance

La définition des dépendances comportementales s'inscrit dans une pathologisation croissante des pratiques quotidiennes, puisque comme l'a expliqué Peter Conrad (2007), elle problématise le normal et par cet effet, ouvre un champ illimité

d'interventions. La dichotomie moderne entre le normal et le pathologique se trouve bouleversée et redéfinie selon un continuum que les pratiques concomitantes de repérage des risques et de leur surveillance remplacent dans le but d'atteindre cette valeur de santé parfaite. Jusqu'alors séparés, les couples santé/maladie et normal/pathologique voient, dans la biomédicalisation, les contours de ces entités devenir plus souples et englobant (Collin, 2007). Ainsi, à l'approche curative se substitue une préventive qui s'applique ainsi à l'ensemble de la population et la distribue selon des facteurs de risque. Adèle Clarke et ses collègues poursuivent les analyses sur la culture du risque (Beck, 2003) pour exposer le lien entre les pratiques d'élaboration des facteurs de risques et de leur surveillance : le calcul des risques rationalise la surveillance et en retour, c'est à travers des techniques de surveillance que les risques sont conceptualisés et standardisés en des calculs et algorithmes plus précis. De plus, dans ce contexte biomédical où la santé est devenue une valeur, la surveillance des risques n'est plus unidirectionnelle du psychiatre vers son patient, mais le dépendant se réapproprie ces pratiques de surveillance et devient un acteur, consommateur de produits et de services d'accès à la santé.

1.3. Définition et traitement des addictions : des pratiques technoscientifiques

Les pratiques d'élaboration de facteurs de risque et de leur surveillance forment un espace¹⁸ au sein duquel se déploient des objets techniques. La troisième dimension de la biomédicalisation en est un élément central. Technoscientifique, elle place au centre de la

¹⁸ Le concept d'espace est employé dans un sens foucauldien pour décrire un espace de pouvoir à travers lequel se déploient les dispositifs de contrôle, les quadrillages, comme lieu d'élaboration des taxinomies et des classifications (Revel, 2008 :47-49)

définition des cyberdépendances les formes matérielles¹⁹, c'est-à-dire les sciences et techniques essentielles aux pratiques de définition des pathologies.

Les analyses poststructuralistes poursuivant les travaux sur « les sociétés disciplinaires » (Foucault, 1975) ont défini des « sociétés de contrôle » au sein desquelles la logique moderne de domination rationnelle sur les comportements s'accroît et se transforme. Cette perspective, considérant les techniques informatiques comme structurantes du social, développée par Gilles Deleuze (1990) est prolongée par Adèle Clarke et ses collègues dans le cadre de la biomédicalisation au sein duquel les machines automatisées remplacent le modèle de l'enfermement de l'asile au profit de modes de régulation plus souples et diffus. En effet, ce qui compte, ce n'est plus la barrière comme dans les sociétés disciplinaires, entre le normal et le pathologique, mais l'ordinateur qui « repère la position de chacun, licite ou illicite, et opère une modulation universelle » (Deleuze, 1990). Ce déplacement du pôle de décision de la classification entre le normal et le pathologique est imputé aux outils informatiques qui calculent et quantifient des facteurs de risque biomédicaux.

Ainsi, les technologies influencent la biomédicalisation de la définition des cyberdépendances selon deux processus reliés et concomitants, abordés dans les sections suivantes. Tout d'abord, elles permettent la définition de nouveaux objets de savoir à partir d'un système de diagnostic informatisé et de modes de visualisation des processus mentaux. Deuxièmement, elles offrent la possibilité de créer des moyens d'intervention technoscientifiques qui constituent les pathologies au niveau moléculaire et orientent la

¹⁹ La perspective théorique de Clarke s'affilie à l'approche de Bruno Latour sur l'acteur - réseau, dans le sens où les outils techniques matériels agissent dans l'espace social et ont un rôle social. Ils doivent être étudiés et considérés dans l'analyse sur le même plan que les agents non matériels et les acteurs sociaux (Latour, 1989).

finalité des interventions techniques en permettant le design moléculaire et génétique du vivant (Clarke et al., 2010 : 65).

1.3.1 Le DSM : un outil diagnostique informatisé

Le modèle d'organisation et de validation du système de classification du DSM s'articule, depuis la troisième version en 1980, autour de techniques de gestion informatisées à la base de *la médecine des preuves*²⁰. L'informatisation constitue ainsi une infrastructure digitale qui transforme le niveau méso organisationnel des pratiques biomédicales en standardisant les informations relatives aux patients qui en font un « diagnostic informatisé » (Orr, dans Clarke et al., 2010 : 363). Cela signifie que la validité d'une entité psychiatrique est, dans ce manuel, influencée par la systématisation des critères diagnostics (ibid. : 375²¹).

1.3.2 Molécularisation et généticisation des outils

Le second niveau technoscientifique découle de l'informatisation des diagnostics du DSM qui transforme la nature des pratiques psychiatriques (*from the inside out* : Clarke et al., 2010). À mesure que s'élargissent et se relativisent les notions de santé et de maladie, s'opèrent un rétrécissement du niveau d'intervention et sa parcellisation. Si l'observation clinique des corps et des organes s'apparente à la science moderne qui visait à contrôler la

²⁰ La médecine des preuves ou médecine fondée sur les faits (*Evidence Based Medicine*) crée en 1980 par un groupe de chercheurs de la Faculté de Médecine Mc Gill au Canada, pour désigner une stratégie d'étude clinique qui s'appuie sur des preuves probantes obtenues après des essais cliniques standardisés, randomisés ou des méta-synthèses. Pour une approche historique de cette médecine et des essais cliniques voir (Keel, 2011).

²¹ Les commandants du groupe de décision du DSM-III Spitzer et Endicott, ont travaillé conjointement avec les ingénieurs d'IBM sur des logiciels, simulateurs de diagnostics psychiatriques, notamment les projets DIAGNO I II III et le MSIS (Multi State Information System for Psychiatric Patient) (Orr dans Clarke et al., 2010). Cette initiative organisationnelle et interdisciplinaire devenue courante permet de créer des partenariats entre entreprises informatiques, laboratoires de recherche et firmes de biotechnologies, dont le projet Human Genome Project reste la forme la plus aboutie.

nature externe des processus vivants, la finalité de la psychiatrie contemporaine devient celle de transformer aux niveaux neurochimique et génétique la vie en elle-même (*life itself* : Rose, 2007). En effet, au siècle du gène, le regard assisté par des outils d'imagerie et de visualisation (Joyce dans Clarke et al., 2010) plonge dans le corps du patient, au niveau nanométrique, celui de l'ADN, des neurones, des gènes et du génome (Fox Keller, 2000). Les instruments de validation des pathologies utilisés par le système diagnostique du DSM à la convergence des techniques de la biologie, de l'électronique et de l'informatique deviennent ainsi des techniques de pouvoir et de régulation des processus vivants qui encouragent une *molécularisation* et une *généticisation* des processus mentaux.

D'après Adèle Clarke et ses collègues (2010), le passage de la médicalisation à la biomédicalisation est alors marqué par les niveaux de visualisation et d'intervention qui encouragent et légitiment la fabrication et le design de molécules adaptées aux facteurs de risques ciblés. Il ne s'agit donc plus seulement de maîtriser et contrôler les pratiques sociales, mais d'intervenir sur les processus vivants et de les refaçonner. La perspective biomédicale est celle de l'amélioration de la matière vivante comme moyen de régulation des pratiques sociales. Ces techniques informatisées, miniaturisées et digitalisées orientent par conséquent la nature du savoir produit sur les dépendances comportementales devenues des maladies (Campbell, 2012).

1.4. Les cyberdépendances, un objet de savoir²² biomédical

Le passage de la médicalisation à la biomédicalisation correspond à une transformation épistémique dans la nature du savoir produit, ce que Jean François Lyotard

²² Le savoir est compris dans une perspective foucauldienne pour désigner « le processus par lequel le sujet de connaissance, au lieu d'être fixe subit une modification lors du travail qu'il effectue afin de connaître ». Lié à la question du pouvoir, le savoir implique un rapport aux objets de connaissance ainsi qu'un rapport au soi connaissant (mouvement d'objectivation, suivi d'un processus de subjectivation) (Revel, 2008 : 119)

entrevoyait comme une « [...] mutation globale du statut du savoir rendue possible par le développement de l'informatique et des sciences de la communication » (Lyotard, 1979 :11).

En définissant des procédures de validation neuroscientifiques orientées vers l'élaboration de facteurs de risques, les pathologies comportementales sont ainsi transformées de l'intérieur, définies sous la forme de symptômes codés, universalisés et standardisés. La systématisation du recours aux instruments informatisés légitimant les savoirs *biostatistiques* et les essais cliniques, base du DSM depuis 1980, représente en effet la matière vivante comme une information biomédicale qu'il est possible de décoder, manipuler et programmer (Clarke, 2010). Cette perspective biostatistique définit ainsi les pathologies mentales sur la base d'un agencement de savoirs technoscientifiques moléculaires et génétiques qui produisent une transformation dans la représentation de la matière vivante (Fox Keller, 2000; Joyce dans Clarke, 2010). Devenu une caractéristique essentielle d'organisation de la matière vivante, le principe de communication sert de modèle explicatif des pratiques sociales excessives en les associant à des mécanismes d'entrée et de sortie d'information (*input and output* : Orr, 2006 : 195): Selon cette approche, toute pathologie mentale devient donc un désordre mental ou une *dys-fonction* dans la transmission d'informations neurologique observée dans le système nerveux central. Cette assimilation instaure ensuite le principe selon lequel le comportement humain peut être orienté, prédit et transformé grâce aux techniques automatisées telles que la psychopharmacologie²³. Cette mutation dans la nature du savoir produit sur le vivant permet en définitive la transformation des identités.

²³ La psychopharmacologie permet une approche standardisée et globalisée des problèmes mentaux dès les années 50 et 60 impulsée lors d'une série de cinq conférences intitulées « *Neuropharmacology* » et organisées par Franck Fremont-Smith et la Fondation Macy entre 1954 et 59. En 1965 l'Institut de Santé et l'APA annoncent conjointement la nécessité d'un système objectif et homogénéisé des classifications, à la suite duquel psychiatres et statisticiens travaillent ensemble autour des objets techniques afin de simplifier, clarifier et systématiser la structure du manuel diagnostique (Orr, 2006 : 206).

1.5. La transformation des identités : néolibérale et technoscientifique

Le dernier niveau de la biomédicalisation est celui de la constitution identitaire du cybergéopendant comme une identité technoscientifique. Ce concept désigne les identités constituées à partir de l'application des techniques de repérage des risques moléculaires et génétiques qui constituent des sujets à risque faible, modéré ou sévère (Clarke, 2010 : 182). L'identité constituée au niveau moléculaire et génétique par les techniques de visualisation peut ainsi être améliorée grâce aux outils technoscientifiques mis en place à l'instar de la pharmacologie et des différentes techniques de prévention des risques.

D'après les recherches de Clarke et de ses collègues (2010), les logiques biomédicales précédemment décrites sont orientées vers des pratiques de différenciation et de personnalisation, là où la perspective théorique de la médicalisation (Quinn, 2001) décrit des pratiques de normalisation à travers une homogénéisation des identités. Ce processus de constitution du sujet, décrit par Foucault (1975) aboutit à la constitution, par les techniques de pouvoir psychiatrique, d'un sujet qui devient objet de contrôle et d'assujettissement. Cet outil conceptuel permet de réfléchir au sujet stéréotypé rendu possible à une forme de régulation biomédicale. Nous définissons le pouvoir à la suite de Foucault : « comme capacité de production du sujet, s'efforce de rendre compte de la manière dont celui-ci forge le sujet en l'insérant dans une logique de production du plaisir corporel et de la normalisation » (Martuccelli, 1999 : 303). Permise par la création d'une offre de produits de soin, les pratiques biomédicales s'adressent à des consommateurs sélectionnés selon leurs facteurs de risque sur la base de discours employant une rhétorique du choix, ainsi l'individualisation des soins permise et désirée (Clarke, 2003). Proactif, autonome, réceptif à la prévention et

rationnel, le sujet constitué avec les services disponibles sur le marché est dit néolibéral. Ce concept s'inspire de la figure de *l'homœconomicus* et esquisse un sujet rationnel maximisant ses choix. Dans la mesure où la vie biologique elle-même est entrée dans le domaine du choix et de la décision (Rose, 2007 : 40), il est plus juste de référer dans notre cas au type idéal de *l'homomedicus* pour conceptualiser le sujet constitué par le DSM :

La prévention se donne comme premier objectif le self-empowerment : il s'agit de restaurer l'autonomie des individus, leur capacité de décision et maîtrise de soi, ainsi que leur confiance dans l'exercice de ces capacités. (...) Les « conduites à risque » sont aujourd'hui définies comme des pathologies qui partageraient la même étiologie : la compulsion. (Peretti-Watel et Moatti, 2009 : 12)

D'après les recherches, la conceptualisation moléculaire des pratiques à risques sous le prisme de la compulsion engendre le devoir et surtout la responsabilité pour le sujet de prendre en charge son bagage biologique. Le jeu pathologique impose des nouveaux mandats et performances aux sujets vis-à-vis de leur santé, désormais conçue comme un capital à maximiser dont ils sont responsables. Ce devoir est ainsi résumé dans une recherche sur la biomédicalisation des dépendances comportementales : « In the addiction arena, the moral obligation conveyed by the implications of biomedicalization has been to manage the health status of one's brain » (Campbell, 2012 : 21). L'intériorisation des pratiques de surveillance, de diagnostic et de vigilance reflète cette transformation. C'est pourquoi les dépendances comportementales agissent comme des techniques de civilisation (*civilizing technologies* : Vrecko, 2010) dans le sens où elles orientent les pratiques individuelles selon une éthique à respecter individuellement. Cette éthique biomédicale s'applique par la régulation du mécanisme neurologique de l'impulsion.

2. Problématique de recherche : Étude de cas de la biomédicalisation des cyberdépendances dans le DSM-V.

Au regard de ce parcours théorique, nous sommes à même de problématiser la définition des cyberdépendances, telle qu'elle est recommandée dans le DSM-V, comme l'étude de cas d'un processus de biomédicalisation. Si les études sociologiques réalisées sur cette définition l'interprètent comme un processus de médicalisation qui vise le contrôle d'une pratique considérée déviante par l'expansion de la juridiction médicale, la proposition d'inclure les cyberdépendances dans le DSM-V offre de nouvelles perspectives analytiques. L'angle d'analyse permet ainsi d'étudier le processus de définition à partir d'outils conceptuels qui renseignent sur les logiques propres à la société d'information. De plus, bien qu'inscrite à priori dans le sillon biomédical puisque recommandée et débattue, l'addiction à Internet n'a pas été incluse dans le manuel, il s'agira d'en comprendre les raisons et aborder les controverses.

Selon la philosophe des sciences Isabelle Stengers, la définition que la science fait d'un problème « ne prend sens que dans le contexte précis où elle se pose » (Stengers, 2006 : 13), ainsi l'élaboration scientifique consiste en « une activité collective qui produit ses propres normes et les énoncés, problèmes ou instruments qui y répondent » (ibid. : 14). Sous ce chef, la recommandation donne ainsi corps à une forme de vérité scientifique étant donné qu'elle est une proposition « intéressante », dans le sens où elle a suscité un intérêt et a fait, dans une temporalité bien déterminée, consensus au sein d'une communauté particulière. Elle est alors inscrite dans un univers de sens collectivement partagé, puis proposée, envisagée, testée et soumise à confrontation tant empirique que théorique. La cyberdépendance devient donc vraie selon ces mises à l'épreuve et selon ces « rapports de force qui prévalent à un moment donné,

ou qui s'organisent autour d'elle » (ibid. : 19). Le débat autour du projet d'inclusion des cyberdépendances servira de miroir pour découvrir et éclairer les principaux enjeux sociologiques de ce programme de recherche. La problématique devient ainsi à la lumière du cadre théorique celle de confronter la définition des cyberdépendances dans le DSM-V aux logiques biomédicales qui traversent le champs d'investiagtion psychiatrique pour comprendre les voies d'articulation de ce processus et les rapports de force en confrontation.

Cette recherche est ainsi motivée par la question suivante : En quoi la proposition d'inclure l'addiction à Internet dans le DSM-V soulève des pratiques et des discours qui renseignent sur les voies du processus de biomédicalisation des cyberdépendances? Cette démarche nous éclairera sur la visée normative de cet objet. À cette fin, le chapitre suivant expose la méthodologie inspirée de la perspective théorique ainsi que le terrain d'analyse.

Chapitre 3. Méthodologie de l'étude de cas

*L'objet des sciences humaines, ce n'est donc pas le langage
(parlé pourtant par les seuls hommes), c'est cet être qui,
de l'intérieur du langage par lequel il est entouré,
se représente, en parlant,
le sens des mots ou des propositions qu'il énonce,
et se donne finalement la représentation du langage lui-même.*
Michel Foucault, 1966

*On doit échapper à l'alternative du dehors et du dedans :
il faut être aux frontières.
La critique, c'est l'analyse des limites et la réflexion sur elles.*
Michel Foucault, 2011

Ce chapitre présente l'étape empirique de la recherche. Nous y expliciterons la démarche opératoire adoptée et les choix méthodologiques effectués en vue d'analyser la biomédicalisation de la définition des cyberdépendances dans le DSM-V. Les cinq processus caractéristiques décrivent un outil théorique offrant un horizon analytique à la problématique posée. Ainsi, l'étude de cas de la définition des cyberdépendances est un point d'entrée au sein de la biomédicalisation *en action* (Clarke et Shim, 2011 : 189). Ce concept utilisé dans les recherches comme un élément analytique à la fois pour identifier et décrire un phénomène (ibid. : 178), permet dans notre cas, de répondre à la problématique de cette recherche. Dans la littérature, les études de cas utilisant cette approche analytique se séparent en deux champs. Tandis que le premier champ étudie la redéfinition des identités engendrée par le processus de biomédicalisation (Mamo, Joyce, Kahn dans Clarke et al., 2010), le second étudie comment la biomédicalisation d'un phénomène donne à analyser des pratiques d'amélioration (Orr, Fishman, Fosket dans ibid.). La recherche proposée s'inscrit dans ce dernier sillon afin de répondre à notre intérêt pour la visée de l'amélioration technoscientifique du vivant à partir de la définition des cyberdépendances dans le DSM-V.

1. Identifier le « paysage médical » des cyberdépendances : approche générale du terrain

Nous proposons d'analyser la biomédicalisation à partir du concept méthodologique de « paysage médical » (*healthscape* : Clarke et al., 2010 : 141). Inspiré de la métaphore du paysage, il identifie un phénomène en ciblant l'analyse empirique sur l'assemblage d'un vaste matériel d'objets, d'espaces, d'images et de personnes. Ce matériel compose l'ensemble des choses médicales (*things medical*) formant les assemblages et les infrastructures sur lesquelles repose la définition des cyberdépendances (ibid.). Ce choix dans la sélection du matériel se justifie par le fait que les discours relatifs à la définition des cyberdépendances ne se restreignent pas à la seule autorité psychiatrique. Ils franchissent largement cette barrière pour apparaître au sein de multiples supports culturels et s'apparentent en définitive à des biens culturels. Dans ce sens, le statut du matériel collecté renvoie aux régimes de discours selon la perspective foucauldienne (ibid. : 106). Par ceci, nous désignons « un ensemble d'énoncés qui peuvent appartenir à des champs différents mais qui obéissent à des règles de fonctionnement communes (...) [qui] reproduisent un certain nombre de partages historiquement déterminés » (Revel, 2008 : 39). Le régime de discours possède ainsi une fonction normative propre à une période historique et organise le réel par la production de savoirs, de pratiques sociales et de stratégies. L'inscription de la définition des cyberdépendances dans le DSM-V au sein du « paysage médical » biomédical s'analyse à donc partir de multiples sources renvoyant à l'ensemble des dimensions matérielles, sémiotiques et symboliques des discours :

[...] ways of grasping, through words, images and material cultural objects, patterned changes that have occurred in the many and varied sites where health and medicine are performed, who is involved, sciences and technologies in use, media coverage, political

and economic elements, and changing ideological and cultural framings of health, illness, healthcare, and medicine. (Clarke et al., 2010 : 105) L'analyse du matériel collecté s'inscrit dans une approche herméneutique et compréhensive selon son acception contemporaine. Il s'agit d'interpréter les textes « en mettant l'accent sur la nature historique et linguistique de notre expérience du monde » (Grondin, 2006 : 5). De la sorte, l'intérêt demeure celui de découvrir comment la pathologie est comprise et « rendre justice à la dimension langagière et historique de la compréhension humaine » (ibid. : 8). Dès lors que le cas est identifié, nous devons décrire la stratégie analytique, déclinée en deux temps. L'analyse sera d'abord inscrite au sein d'un schéma sociohistorique. Ce premier travail vise à contextualiser le débat relatif à la définition des cyberdépendances dans le DSM-V qui sera analysé dans un second temps.

2. Première démarche analytique : décrire historiquement le « paysage médical » des cyberdépendances

2.1 Sociohistoire : perspective analytique

Le concept de « paysage médical » offre la possibilité de décrire les changements historiques dans les agencements des discours sur les cyberdépendances. Cette démarche descriptive et généalogique s'est avérée incontournable puisqu'aucun travail sociohistorique n'a été, à ma connaissance effectué depuis 2001 (Quinn, 2001). Il s'agissait alors de fouiller la littérature sur le sujet afin d'en effectuer une synthèse pour saisir certains tenants de cet objet. Ainsi, la première étape analytique est sociohistorique, elle retrace tant les continuités que les ruptures importantes qui conjointement rendent possible l'apparition des cyberdépendances

comme un objet biomédical. L'attention sera ainsi portée sur les fondements cognitifs des cyberdépendances puisque l'analyse des conditions de possibilité des énoncés s'appuie sur les recherches selon lesquelles le rapport à la réalité peut se modifier d'une époque à l'autre. En effet, la définition des cyberdépendances ne s'impose pas d'elle-même, mais résulte d'une réinterprétation progressive du monde (Chapitre 1). En tant que représentation générale des pratiques de communication excessive, la forme de cyberdépendance proposée dans le DSM-V reflète un nouveau régime de *signification*. Inscrite dans la lignée épistémologique de la sociologie de la connaissance postulant une « *construction sociale de la réalité* » (Berger et Luckman, 1996) la démarche est inspirée des travaux de Robert Castel (Castel et Morin, 2012) qui, dans la lignée de Michel Foucault (1966), propose une *histoire du présent* dans le but de comprendre les effets d'héritage et de contrainte autour d'un phénomène social. À l'origine de la définition des cyberdépendances se trouvent des constructions symboliques, langagières et donc discursives qui permettent l'accès aux représentations des pratiques excessives de communication par Internet. Ainsi, l'analyse des discours scientifiques permet d'accéder aux schémas de pensée et aux systèmes de représentation des acteurs à travers l'objectivation de ces discours scientifiques. La démarche rejoint les travaux de Serge Moscovici démontrant que les représentations sociales constituent des cadres d'interprétation qui orientent l'action et structurent la pensée afin de faire le lien entre objectivisme et subjectivisme (Moscovici, 1976).

Effectuée à partir de la grille des dimensions de la biomédicalisation qui servira de repère analytique et de balise historique, la recherche sociohistorique révèle une construction biomédicale de la définition des cyberdépendances exposée selon trois périodes articulées

autour de l'année 1996. La grille fonctionne d'après Adèle Clarke et ses collègues comme un guide méthodologique qui oriente la description d'un phénomène tout en permettant l'émergence de nouvelles questions au vu du matériel collecté puisqu'il soulève plusieurs niveaux d'analyse de cette biomédicalisation (Clarke et al., 2010 : 89). Rappelons ici ces catégories analytiques auxquelles sera renvoyé le matériel issu du corpus : 1) la constitution d'un complexe économique biomédical ; 2) la focalisation sur la santé et l'élaboration d'une surveillance biomédicale des risques ; 3) la transformation dans la production, la distribution et la consommation du savoir biomédical et enfin 4) la technoscientificisation de la biomédecine. Le dernier niveau du processus sera l'objet d'attention du dernier chapitre.

2.2 Stratégie de recueil des données et description du corpus sociohistorique

La définition des cyberdépendances telle que nous l'avons proposée dans le premier chapitre a pour but de refléter l'ensemble des définitions et le vaste corpus rencontré lors de la rencontre avec le terrain. La définition que nous avons alors proposée pour cet objet est la suivante : un comportement dit de dépendance n'impliquant pas la prise de substances et axé sur l'interaction humaine avec des outils qui relie l'individu à Internet. Deux études ont servi de base au tri des données. Il s'agit de deux métasynthèses des recherches parues sur les cyberdépendances entre 1996 et 2006. Financées par la *National Science Foundation*, elles recensent les recherches quantitatives et qualitatives publiées sur l'« *Internet addiction* » dans les revues scientifiques à comité de lecture (Buyn et al., 2009 ; Douglas et al., 2008). Ces deux études servent de matériel d'analyse puisque d'une part, elles recensent les résultats de recherches menées sur les cyberdépendances et d'autre part, elles proposent les futures

recherches à conduire en ciblant les lacunes des études effectuées antérieurement. Elles renseignent donc sur plusieurs processus biomédicaux : le quatrième correspondant au savoir biostatistique et informationnel, ainsi que le troisième sur les pratiques technoscientifiques.

Ensuite, le corpus d'écrits sélectionné a été scindé en trois catégories, chacune renseignant sur les pratiques discursives, effectives et empiriques des cyberdépendances. La première catégorie regroupe des textes de scientifiques, de psychiatres et de psychologues publiés dans des ouvrages individuels ou des revues scientifiques comme le *Journal of Addiction Medicine*, *CyberPsychology & Behavior*, le *Journal of Biomedicine and biotechnology*, l'*American Journal of Psychiatry*, ou le *Chinese Mental Health Journal*. Destinés aux cliniciens et aux spécialistes du champ de recherche, ces écrits exposent leurs découvertes sur les cyberdépendances. Ils les classifient, les décrivent, proposent des traitements, des méthodes diagnostiques ainsi que l'élaboration de recherches en laboratoire. Les articles retenus comportent pour la plupart au moins un graphique, une représentation d'imagerie cérébrale ou un tableau de calcul. Ainsi, ils renseignent sur l'élaboration des facteurs de risque, sur les pratiques de surveillance de ces derniers, mais également sur la technoscientifisation des pratiques et enfin sur la représentation du savoir produit sur le vivant. La seconde catégorie comporte une dizaine de rapports, d'ouvrages et d'articles de chercheurs en sociologie, en sciences de l'information ou d'institutions qui étudient les aspects sociaux des cyberdépendances. Nous extrairons du matériel contenu dans cette catégorie les faits historiques exposés afin de proposer une analyse selon les quatre processus de la biomédicalisation. Afin de compléter le corpus de la première démarche analytique, de la documentation a été recueillie sur Internet. Cette dernière catégorie rassemble du matériel disponible en ligne sur les pages personnelles des chercheurs, sur les groupes et forums de

discussion en ligne ainsi que sur des centres de traitement en ligne des dépendants. Comme il a été expliqué, Internet est devenu un outil et un vecteur de pratiques médicales ainsi, le matériel de cette dernière catégorie renseigne sur la production et sur la distribution du savoir produit sur les cyberdépendances.

3. Seconde démarche analytique : analyse des débats autour de l'inclusion

3.1 Méthode d'analyse du discours

La seconde partie de la recherche analyse les logiques discursives qui constituent l'inclusion de l'addiction à Internet dans le DSM-V en confrontant le matériel recueilli au dernier processus de la biomédicalisation. L'analyse de la constitution du cyberdépendant est étudiée à travers l'élaboration des prises de position des chercheurs et des cliniciens afin de saisir les points de tension et les arguments qui s'affrontent au sujet de l'inclusion de la pathologie dans le DSM-V. Le matériel a dans un premier temps, été séparé en trois catégories, entre les chercheurs en faveur de l'inclusion, ceux contre l'inclusion et enfin ceux ayant une position ambivalente, généralement en faveur d'une poursuite des recherches. Le tableau élaboré par le psychiatre Roland Pies (2009, Annexe n°5) a d'abord servi de grille préliminaire au tri des données. Dans un second temps, les éléments qui ont guidé l'analyse sont contenus dans les diagnostics utilisés et dans les marqueurs de risque qui constituent cette identité afin d'exposer les voies et les processus sous-jacents à la normalisation des pratiques à l'œuvre.

3.2 Recueil des données de l'analyse de discours

Plusieurs obstacles ont compliqué la collecte de données. La date initialement prévue pour la publication du manuel fixée à l'année 2011 a été reportée au mois de mai de l'année 2013 (APA, 2009). De plus, la décision d'inclure en *Appendices*, non plus l'« *Internet Addiction* », mais l'« *Internet Gaming Addiction* », a été rendue publique seulement en mars 2013. Dans cette nouvelle édition du DSM-V, le processus de délibération devait être « transparent », c'est-à-dire ouvert au public et à toute proposition afin de prendre en compte la critique du plus grand nombre, garantissant ainsi une construction « démocratique » (Adam, 2012). Cette annonce constituait la possibilité d'obtenir un matériel empirique riche et nuancé afin de rendre compte des oppositions dans le processus de définition (Urbina, 2012). Le service média de l'APA contacté par courriel ne m'a fourni aucune information supplémentaire quant aux délibérations et aux commentaires reçus d'internautes, seul l'avis final de publication du *Trouble de jeu en ligne* m'a été envoyé en mars 2013 (Annexe n°4). La faible quantité d'études scientifiques sur le sujet en sciences humaines, ces retards et ces modifications dans le processus de délibération ont maintes fois amené à considérer des méthodologies différentes. Sachant que peu de chercheurs et cliniciens travaillent sur le sujet au Québec et que le nombre de patients des centres de prise en charge tels que Dollard Cormier à Montréal reste encore minime, la perspective d'entretiens qualitatifs a été écartée. De ce fait, l'analyse des discours ayant guidé l'inclusion dans le DSM-V s'est avérée, de notre avis, la plus pertinente pour enrichir la perspective biomédicale et saisir les tensions qui entourent ce projet. Le choix de ce matériau a été guidé par sa représentativité théorique puisque selon les propos de Peter Conrad, le DSM est sociologiquement un outil intéressant pour documenter le processus de pathologisation : « *a useful touchstone for the sociological*

task of understanding how behaviors are defined medically, and especially for documenting how criteria for diagnosing a problem change over time and thorough various revised editions » (Conrad, 2007 : 49).

Au regard de ces multiples faits, la collecte des données de cette seconde partie du travail regroupe un corpus parmi lequel figurent au premier chef les données disponibles sur les sites Internet relatifs à l'élaboration du DSM-V (dsm5.org et dsmfacts : Annexe n°6). Ces plateformes centralisent des ressources importantes comme des informations sur les acteurs sociaux dont les membres du groupe de décisions, puis la planification des recherches et des résumés de conférences ainsi que les prises de position officielles de l'association. Ces deux sites Internet recensent également la liste des articles scientifiques ayant orienté les délibérations. La rubrique du site dsm5.org intitulée « *Newsroom : Commentaries, Responses, and Other DSM-5 News* » regroupe spécifiquement les articles écrits par les membres du groupe de décision en réponse aux critiques publiées dans la presse généraliste telle que le *New York Times* ou le *Huffington Post*. Ils répondent aussi à celles publiées dans les journaux spécialisés et sur des sites Internet réservés aux psychiatres parmi lesquels les blogs et sites Internet *PsychiatricTimes* et *Psychology Today*. Ces deux derniers sont des sites d'échange critiques sur la pratique psychiatrique qui permettent aux cliniciens de s'exprimer sans attendre les longs délais de publication de rigueur dans les revues scientifiques (Adam, 2012 : 158). Ils sont, par cet effet, un lieu privilégié de collecte de données pour recenser à vif les prises de position des cliniciens sur les cyberdépendances étant donné que les débats se poursuivaient pendant la recherche ici menée. La dernière source d'information provient des quatre publications scientifiques qui ont balisé le débat. Il s'agit de la recommandation d'inclusion de l'addiction à Internet en 2008 par Jerald J. Block publiée en éditorial de l'*American Journal of*

Psychiatry, puis de la réponse du responsable du groupe de décision de l'APA sur les dépendances, Charles O'Brien en 2010, concernant l'inclusion en *Appendices*. Enfin, sont ajoutées les deux publications de 2013 explicitant les raisons finales de l'inclusion du *Trouble de jeu en ligne*. Chacune de ces publications comporte une bibliographie consultée afin de compléter des éléments sur la représentation des processus vivants ou des articles et recherches considérées pertinentes par les auteurs.

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, il s'avère nécessaire d'aborder les limitations de la méthodologie adoptée. Ces limites, propres à toute démarche scientifique, ont été en partie compensées par la stratégie analytique mise en place dans l'analyse de discours. Les principales critiques découlent de l'approche théorique adoptée. Formulée par Peter Conrad (2005, 2007 dans Clarke et Shim, 2011 : 187), la première critique stipule que la tendance inclusive et compréhensive du concept de biomédicalisation devenu trop englobant, analyse finalement toute pratique médicale ou psychiatrique comme relevant de ce processus. Pour cette raison, concentrer la stratégie analytique du débat (chapitre 5) exclusivement au niveau de la constitution identitaire de l'internaute comme un cyberdépendant, contourne ces limitations. Les marqueurs choisis pour guider l'analyse de discours ainsi que le chapitre sociohistorique ciblent la recherche sur les éléments de la biomédicalisation des cyberdépendances. La seconde critique qui renvoie au déterminisme du concept de biomédicalisation (ibid. : 188), a été dépassée par l'utilisation de la grille adaptée au matériel recueilli afin de la moduler au regard des éléments rencontrés. Le dernier chapitre (Chapitre 5) a d'ailleurs été amorcé avant le précédent (Chapitre 4) et la généalogie effectuée découle des

premières observations et analyses du débat . Pour finir sur les limitations, il faut reconnaître que la recherche est articulée dans le contexte des États-Unis et donc dans une perspective occidentalisée des cyberdépendances. Nous élaborerons en conclusion du mémoire, une comparaison transnationale afin d'exposer comment le processus de biomédicalisation est négocié et articulé au sein de cultures différentes.

Chapitre 4. La biomédicalisation des cyberdépendances : sociohistoire

*J'ai voulu quelque chose de puissant sur mon ordinateur
et au delà de mon champ d'intervention personnelle.
Je voulais mettre fin aux bips, aux bourdonnements,
aux sonneries, aux lumières clignotantes,
ces distractions de notre époque technologique,
pour que je puisse enfin me mettre au boulot*
Rebecca Traister, 2009

*Tandis que l'individu disparaît devant l'appareil qu'il sert,
il est pris en charge mieux que jamais par cet appareil même*
Max Horkheimer et Theodor W. Adorno, 1944.

Ce chapitre retrace la généalogie de la définition des cyberdépendances au regard des quatre premiers processus biomédicaux. Nous avons constaté dans le premier chapitre que la littérature situe le début de l'utilisation d'un vocabulaire médical en lien avec les pratiques excessives en ligne à la formulation clinique de la dépendance à Internet effectuée par la psychologue Kimberley Young en 1996 (Quinn, 2001 ; Buyn, 2009 ; Winkler, 2013 ; Cash et al., 2012 ; Douglas, 2008). Or, cet historique participe de l'idée d'une découverte scientifique des cyberdépendances et fait abstraction des travaux antérieurs. En effet, selon nos recherches, la définition émerge, avant 1980, à la croisée de processus sociaux et politiques biomédicaux coïncidant avec les premiers usages de l'ordinateur (Weizenbaum, 1981; Shotton, 1989).

D'après l'analyse effectuée, le processus sociohistorique se réalise selon trois temps forts qui progressivement construisent les cyberdépendances comme des objets biomédicaux et introduisent la recommandation dans le DSM. La première période historique que nous avons intitulée « Naissance de la clinique » expose les pratiques et les discours relatifs aux cyberdépendances avant 1996. Plusieurs processus biomédicaux sont alors amorcés : l'aspect technoscientifique des pratiques devenues pathologiques, l'émergence d'une demande de soin à travers la médiatisation des cas de dépendance et l'autodiagnostic

des utilisateurs. La seconde période focalisée sur le tournant de l'année 1996 intitulée « Définition biomédicale des cyberdépendances » est marquée par une constitution informationnelle du savoir et l'ancrage au complexe biomédical commercialisé et privatisé faisant émerger une offre spécifique en réponse à la demande grandissante de soins. Nous verrons que cette demande résulte de l'augmentation des usages domestiques et professionnels de l'ordinateur. La troisième et dernière période « À la recherche de l'addiction » s'étend de 1996 jusqu'aux recherches publiées en mars 2013. Celle-ci est marquée par l'élaboration technique de facteurs de risque comportementaux, psychologiques et surtout biologiques corrélés aux pratiques de leur surveillance.

1. La « Naissance de la clinique²⁴ » avant 1996.

La première partie de l'analyse sociohistorique démontre que dès les premiers usages de l'ordinateur et d'Internet, certains ont été décrits comme pathologiques. L'aspect novateur de ces pratiques liées à l'ordinateur, puis à Internet, a soulevé des interrogations relatives au pouvoir de la machine ouvrant le domaine de recherche sur les cyberdépendances. Mis au point par un programme de recherche du Ministère de la Défense des États-Unis, dans les bureaux du MIT, le programme ARPA²⁵ donnera naissance à l'informatique et à Internet, un système technique internationalisé dont les racines sont américaines tel que le rappelle Patrice Flichy :

The Internet imaginaire, like the technology accompanying it, was born in the particular context of the United States but subsequently became universal. Wherever one is in the

²⁴ Le titre de la période historique fait référence à l'ouvrage de Michel Foucault intitulé « Naissance de la clinique » (Foucault, 1963).

²⁵ ARPANET est le réseau d'ordinateur constitué par le département de la défense américain en Septembre 1969. Voir le chapitre « Ce que nous apprend l'histoire d'Internet » (Castells, 2002 : 18 - 48).

world, logging on the Internet is, in a sense, plugging into modernity and the country that best symbolizes it. (Flichy, 2007 : 211)

La dépendance à Internet est elle aussi née dans le contexte des États-Unis, lieu des premiers usages et de création de l'ordinateur.

1.1 Le contrôle de l'ordinateur, psychopathologique

L'émergence des cyberdépendances est illustrée par des éléments présents dans deux travaux scientifiques, l'un en informatique (Weizenbaum, 1981) et l'autre en ergonomie (Shotton, 1989) au sein desquels apparaissent plusieurs éléments biomédicaux : l'aspect technoscientifique des pratiques devenues pathologiques, la formation d'une demande de soin à travers la médiatisation des cas de dépendance et l'autodiagnostic des utilisateurs.

1.1.1 Les pratiques excessives au MIT : psychopathologiques

Au regard du corpus de textes, la description historique débute à l'Institut Technologique du Massachusetts. Au sein de cette institution, le premier témoin des pratiques excessives liées à l'ordinateur est le professeur Joseph Weizenbaum, pionnier de l'informatique et de l'intelligence artificielle dans les années 1950. Inventeur du programme ELIZA²⁶, il est l'auteur en 1976 d'un ouvrage dans lequel il consacre un chapitre à l'évocation d'un « trouble mental » lié à l'utilisation « fanatique » de l'ordinateur : celui de « l'acharnement à programmer » (Weizenbaum, 1981 : 82). Bien que sa démarche ne soit pas

²⁶L'ingénieur a mis au point, une des premières formes d'intelligence artificielle nommée ELIZA en 1966. Il s'agit d'un système de traitement de langage naturel qui permet de converser en anglais. L'utilisateur tape sur un clavier relié à un ordinateur, lequel, selon le programme enregistré, analyse le message puis répond en imprimant sa réponse via la machine à écrire reliée. Le premier script conçu fut baptisé « Doctor ». L'idée était de faire jouer au programme le rôle de psychothérapeute en discussion avec un patient. Les résultats furent tellement convaincants que le chercheur évoque des « chocs » personnels suite à l'engouement créé par le programme : « J'ai été ébahi de voir avec quelle rapidité et quelle profondeur les individus dialoguant avec DOCTOR se trouvaient émotionnellement impliqués dans leur relation avec l'ordinateur et combien peu équivoque était le processus d'anthropomorphisme (...) mais je n'avais pas réalisé que de brefs contacts avec un programme d'ordinateur relativement simple pouvait induire une puissante hallucination chez des gens tout à fait normaux » (Weizenbaum, 1981 : 7).

scientifique, elle témoigne des premiers usages de l'ordinateur et classe en deux catégories les pratiques observées en leur attribuant un risque de dépendance. Ceci correspond au second processus biomédical, celui de l'élaboration de facteurs de risques qui est ici déterminé par les pratiques réalisées. Si le groupe des « hackers professionnels » utilise l'ordinateur selon un temps limité et des buts prédéterminés, celui des « hackers programmeurs », est connecté parfois plus de vingt ou trente heures sans interruption. Ce dernier groupe présente ainsi les symptômes de dépendance suivant : un temps de connexion élevé, une hygiène de vie négligée ainsi qu'une désocialisation. La longue description que Weizenbaum fait de ce groupe est éloquent :

[dans] des centres informatiques (...) on peut voir de brillants jeunes gens, d'apparence échevelée, les yeux souvent caves et brûlants, assis devant des consoles d'ordinateurs, les bras tendus et les doigts crispés, toujours prêts à manipuler les boutons et les interrupteurs qu'ils fixent du regard, tels des joueurs suivant le roulement d'un dé. Lorsqu'ils ne restent pas ainsi figés, ils sont devant des bureaux encombrés de listages sur lesquels ils se penchent comme des étudiants possédés d'un texte cabalistique. Ils travaillent jusqu'à épuisement, vingt, trente heures d'affilée. S'ils en ont envie, on leur apporte leur repas sur place : café, coca-cola, sandwiches. Si c'était possible, ils dormiraient à côté de leur ordinateur — mais quelques heures seulement — pour retourner ensuite à leur console ou à leurs listages. Leurs vêtements avachis, leur figure mal lavée et mal rasée, leurs cheveux en bataille attestent qu'ils sont oublieux de leur corps et du monde qui les entoure. Lorsqu'ils sont dans cet état, ils n'existent que pour et à travers leurs ordinateurs. Ce sont les dingues de l'informatique, les programmeurs fanatiques acharnés. Ils constituent un phénomène international. (ibid. : 79)

Le chercheur conclut que ces éléments sont la manifestation d'« une psychopathologie dont les symptômes sont bien moins ambigus que ceux des formes atténuées de schizophrénie ou de paranoïa » (ibid. : 82). Les comparaisons psychopathologiques qu'il réinvestit constituent un cadre interprétatif qui explique la perte d'autonomie de l'utilisateur face à l'outil technique.

C'est cette remise en cause de l'autonomie individuelle par le contrôle technique qui sera effectivement progressivement expliquée en termes psychopathologiques. Dans cet ouvrage, les pratiques excessives sont, selon lui, causées par le potentiel de contrôle de l'ordinateur, ce que la perspective biomédicale du savoir proposée par le DSM évacuera en imputant les causes du comportement à l'utilisateur et non à l'ordinateur. Néanmoins, plusieurs processus biomédicaux sont amorcés : celui de l'élaboration de facteurs de risques subordonnée aux pratiques réalisées, la constitution d'un objet de savoir dans le sillon des pathologies mentales existantes et un premier niveau technoscientifique, celui de pratiques d'interaction de l'utilisateur avec l'ordinateur soumis à son contrôle.

1.1.2. Recherche sur la dépendance à l'ordinateur : médiatisation et autodiagnostic

La thèse de doctorat en ergonomie de Margaret A. Shotton publiée en 1989 est historiquement significative, car elle présente de multiples éléments de la biomédicalisation des premiers usages d'Internet. De plus, elle appuiera par la suite les travaux de Maressa H. Orzack, psychologue à Harvard sur la dépendance à l'ordinateur que nous aborderons par la suite. L'étude de Shotton recensée dans le corpus est motivée par deux processus biomédicaux corrélatifs, celui de la médiatisation des cas de dépendance et celui de l'autodiagnostic des utilisateurs. Elle renseigne ainsi sur la production du savoir et sur les pratiques d'autosurveillance. D'une part, la chercheuse affirme que l'intérêt de sa recherche est motivé et justifié par la médiatisation des cas d'usages excessifs faisant apparaître dans la presse des témoignages de « *computer addict, machine code junkies, microholics* » (Shotton, 1989 : 1-2). D'autre part, cette médiatisation se réalise en parallèle de l'autodiagnostic des usagers. En

effet, comme il n'existe pas encore d'outil diagnostique pour détecter les dépendants, les participants de sa recherche sont volontaires. Ces deux éléments nous éclairent sur la naissance de la pathologie en démontrant qu'elle est impulsée par les utilisateurs eux-mêmes ainsi que par les journalistes, et non uniquement par les cliniciens comme le suppose l'étude de Brian Quinn sur la médicalisation des cyberdépendances (Quinn, 2001).

Ces deux processus biomédicaux corrélatifs de médiatisation et d'autodiagnostic orientent conjointement la détermination de facteurs de risque vers le portrait d'un jeune homme instruit, introverti et peu sociable, correspondant à la description de la personnalité schizoïde (Shotton, 1989 : 166).²⁷ Le portrait type du dépendant à Internet dressé est donc issu des biais observés lors de l'autodiagnostic et du volontariat dans la participation des échantillons de recherche. Ayant un intérêt plus prononcé que les femmes pour les nouvelles technologies, les hommes en constituent par conséquent la majorité (ibid. : 63)²⁸. Cette tendance genrée initiale sera constatée au long du parcours sociohistorique (Morahan-Martin, 1998).

Selon l'étude de Shotton (1989), la détermination des facteurs de risques doit être complétée par une analyse des pratiques réalisées en ligne. La chercheuse constate toutefois que la possession de l'ordinateur n'a pas transformé la personnalité de l'utilisateur, mais qu'au contraire, l'objet permet à certaines personnalités d'exprimer des intérêts antécédents dorénavant assistés par ordinateur²⁹. Confirmant l'intuition de Weizenbaum, M. A. Shotton

²⁷ « *Schizoïd* » caractérise une dissociation de la vie émotionnelle et intellectuelle. Cette personnalité est définie dans le DSM-III comme suit : « defect in the capacity to form social relationships'not due to a mental or psychotic disorder » (APA, 1980 dans Shotton, 1989 : 166),

²⁸ Ces observations rejoignent celles de la psychosociologue Sherry Turkle dans ses deux recherches contemporaines à Shotton (Turkle, 1984 ; 1995)

²⁹ Si le groupe des non dépendants pratique hors ligne des activités collectives ou sportives, les dépendants préfèrent des activités solitaires telles que la programmation, les jeux comme les puzzle ou ceux de stratégie : « *The investigation was able to confirm that the dependent's intense interest in computers and*

effectue une classification cette fois tripartite des usages d'Internet. Selon cette dernière, les « *networkers* » utilisent Internet comme un outil de socialisation afin de dialoguer avec une communauté en ligne, tandis que les « *workers* » comme un outil professionnel et enfin, il est un outil d'exploration pour le groupe des « *explorer* ». Ainsi, les propos des études précédentes sont renforcés par la conclusion selon laquelle le risque de dépendance s'accroît si les pratiques d'Internet visent des buts personnels et non professionnels. Pour les explorateurs, leur démarche ne vise plus un but, mais devient une fin en soi. C'est ainsi qu'elle est à risque. Il est ici important d'insister sur la hiérarchisation des pratiques potentiellement à risque qui éliminent de prime abord les pratiques professionnelles, considérées moins à risque que les pratiques de loisirs puisque selon ces deux premières recherches du corpus elles s'effectuent de manière non excessive.

Finalement, il faut souligner que les deux recherches présentées (Shotton, 1989 ; Weizenbaum, 1981) ne sont pas effectuées par des professionnels de la santé. Elles mettent en avant les questions sociales et politiques expliquant les raisons des pratiques excessives de communication. Shotton évoque en conclusion de sa recherche de multiples facteurs tels que l'anxiété et la peur face à la machine, l'influence du groupe des dépendants dans le design des systèmes, l'ordinateur comme agent de déshumanisation ou de désocialisation et enfin la question de savoir s'il existe une différence entre dépendants, enthousiastes et technophiles. Quant à Weizenbaum, sa réflexion sur les dépendants est inscrite dans un ouvrage sur les transformations dans la rationalité induite par l'usage des outils informatiques. Ces considérations sociales seront progressivement évacuées du champ d'investigation des cyberdépendances au profit de questions techniques et scientifiques, celles-ci référant à des

computing had been influenced by their history of past activities and had not been made in a vacuum, and that the pleasure experienced when computing was well-matched with their needs » (Shotton, 1989 : 101).

choix politiques et sociaux inscrits dans le cadre biomédical. Ces deux recherches ont montré des éléments de la biomédicalisation des premiers usages qui amorcent la pathologisation des pratiques. En réponse à la demande des utilisateurs autodiagnostiqués relayée médiatiquement, les problèmes engendrés par l'usage excessif de technologie trouvent une réponse clinique en terme d'analyse des pratiques à risque de dépendance qui excluent à la base les pratiques professionnelles.

1.2 Internet, un outil amplificateur du risque de dépendance

Aux pratiques à risque des « *explorateurs* » et des « *hackers programmeurs* », s'ajoutent progressivement celles qui étaient déjà considérées pathologiques hors ligne (Quinn, 2001). Se constitue dès lors une amorce aux cyberdépendances comme un objet de savoir biomédical puisqu'il va s'inscrire dans la lignée des dépendances comportementales déjà répertoriées.

1.2.1 Clinique des pratiques cybersexuelles à risque de dépendance

Recensées par Brian Quinn (2001), des recherches cliniques en psychologie qui étudient les pratiques excessives de consommation de matériel pornographique s'avèrent démarrer la clinique appliquée aux pratiques liées à Internet. Pour les observateurs, les qualificatifs cliniques se multiplient entre 1990 et 1996 (*Cybersex* : Bingham et Piotrowski, 1996, *Netsex* : Leiblum, 1997) pour décrire, comprendre, mais surtout pour désormais soigner ces pratiques sexuelles assistées par ordinateur que les cliniciens décrivent par le terme biomédical de « *dysfonctionnelles* » (Quinn, 2001 : 174). Se constate alors le glissement du

comportement considéré socialement déviant vers celui d'anormal au sens biologique qui enclenche ainsi leur définition comme objet de savoir biomédical dans la continuité des dépendances comportementales déjà répertoriées à laquelle répondent des traitements ciblés. Parmi les multiples traitements proposés figurent la thérapie psychologique et la pharmacologie (Leiblum, 1997) ainsi que la surveillance des factures Internet du patient permettant de retracer l'historique de ses activités en ligne (Bingham et Piotrowski, 1996). Cette dernière permet au clinicien de surveiller les activités en ligne du dépendant au sexe sur Internet. Dès lors, se multiplient les recherches intéressées à comprendre les spécificités de l'expérience en ligne. C'est ainsi que des recherches à l'aune de celle d'Alvin Cooper et ses collègues (2000) vont analyser les facteurs augmentant le risque de comportement sexuel excessif sur Internet. Celui-ci est causé d'après leur recherche par la combinaison de trois facteurs : l'accès continu, l'anonymat et le prix abordable. La recherche sur ces éléments de risque spécifiques à l'outil informatique va motiver les études suivantes sur les risques de la sociabilité en ligne.

1.2.2. Les risques pathologiques de la socialisation en ligne.

Un argument clé dans la construction des cyberdépendances apparu simultanément à celui de la sexualité informatisée est celui des risques la sociabilité assistée par l'outil. Cette pratique de communication dévalorisée socialement, comparativement au face à face considéré plus « authentique » favorise leur pathologisation (Surrat, 1999 : 86-92). Ainsi, progressivement les domaines à risque renvoient à trois pratiques à risque qui augurent les sous-dimensions de la dépendance à Internet : le jeu, le sexe et la sociabilité. Un vaste champ critique des technologies va alors converger autour d'Internet, centralisant à lui seul

l'ensemble des potentialités addictives de la télévision et du minitel. Afin de qualifier les formes émergentes de dépendances liées aux technologies, Mark Griffiths psychologue à l'Université de Nottingham au Royaume-Uni, définit avec le terme générique de « Dépendances technologiques » les dépendances comportementales impliquant l'interaction avec une machine (*Technological Addictions* : Griffiths, 1999b). Divisées en deux catégories, ces dépendances peuvent être, soit passives face à la télévision, soit actives face à l'ordinateur. Ce dernier outil possède selon ses recherches des propriétés exclusives favorisant la dépendance telle que : l'anonymat, l'évasion, la dissociation, l'accessibilité, l'interactivité et la désocialisation (Griffiths, 2011 in Young, 2011). Un domaine de recherche s'ouvre ainsi sur les risques psychologiques et émotionnels induits par les pratiques de communication comme l'illustre un article du corpus publié dans le *New York Times* intitulé « *The Lure and Addiction Of Life On Line* » (O'Neill, 1995). Utilisateurs, acteurs de l'industrie de l'informatique et cliniciens y évoquent l'existence d'une pathologie relative au temps passé en ligne semblable à la cocaïne. Stuart Brand, artisan *New-Age* de la contre-culture américaine et fondateur de la communauté virtuelle du *WELL*³⁰ y décrit l'expérience de connexion à Internet comme supérieure à celle du LSD (ibid.). Les représentations de ce « nouvel eldorado », favorisent son assimilation à une bulle hors du réel qui permet de s'évader de la réalité³¹

³⁰Le *Whole Earth Lectronic Link* est une initiative née de personnalités de la première culture d'Internet comme Stewart Brand, Larry Brilliant et Howard Rheingold. Elle consiste en la création d'une communauté en ligne qui permettrait de créer des liens organisés autour de valeurs et de projets communs se prolongeant en rencontres physiques (Rheingold, 1991)

³¹À ce sujet, le cyberspace est défini par William Gibson dans son ouvrage de science fiction *Neuromancien* comme un ailleurs, hors du temps, hors du réel, une hallucination : « *a consensual hallucination experienced daily by billions of legitimate operators, in every nation, by children being taught mathematical concepts... A graphical representation of data abstracted from the banks of every computer in the human system. Unthinkable complexity. Lines of light ranged in the non-space of the mind, clusters and constellations of data* » (Gibson, 1989 : 128).

1.3 Régulation des pratiques sur Internet

Au terme de la période sociohistorique qualifiée de « Naissance de la clinique », nous sommes à même d'établir, à partir du corpus recensé, qu'avant 1996, la pathologisation des pratiques en ligne s'effectue par des prises de position quant aux nouvelles pratiques de loisirs, de sociabilité et de sexualité médiées par informatique. Dans un même élan, les pratiques excessives sont médiatisées et autodiagnostiquées suite à la demande sociale de solutions aux problèmes liés aux usages de cet outil. L'ensemble des éléments historiques du corpus démontre donc l'ancrage des premières pratiques excessives de communication à des processus biomédicaux. C'est en ce sens qu'il faut comprendre l'idée de prévisibilité des cyberdépendances affirmée par plusieurs psychiatres à l'instar du psychiatre français Marc Valleur, selon qui il est « prévisible que naisse aujourd'hui une nouvelle maladie, liée à l'usage d'Internet, qui soulève autant de craintes que d'enthousiasme » (Valleur, 2009 : 16). D'après notre analyse, parallèlement à l'implantation d'Internet, dont l'accès est considéré et devenu un droit, une forme de pouvoir sur le vivant qui transparaît en terme de surveillance des risques est amorcée. La politologue Manjikian (2012) démontre effectivement que l'implantation d'Internet est véhiculée par deux discours qui encadrent et classifient les utilisateurs d'Internet. L'un des discours porte sur les droits, celui de l'accès à l'information, de l'expression dans cet espace, tandis que l'autre est celui sur les risques qu'encourent les citoyens dans cet espace (ibid. : 13). Celui-ci est relié à la question de la responsabilité assignée par les instituts, gouvernements et politiques vis-à-vis des individus et des collectifs comme l'illustre cet extrait d'une recherche en psychiatrie :

The Internet provides tremendous educational benefits, including access to information across a wide variety of topics, establishment of educational links and enhancement of communication between teachers and students. However, excessive use of Internet and

Internet addiction can lead to negative outcomes such as poor performance at school, social isolation and impediment of the adolescent's psychosocial development. (Ni et al., 2009 : 330)

Le discours sur les droits et les responsabilités transparait dans le processus de définition de la dépendance à Internet qui forme un outil de régulation des pratiques par le repérage de risques psychiatriques de dépendance. Celui-ci sépare la population des connectés, les internautes, en des groupes sur lesquels s'appliquent les outils de régulation.

2. La « Définition biomédicale des cyberdépendances » en 1996

L'année 1996 est centrale dans la construction de la pathologie puisque c'est à cette date qu'est proposée une première définition clinique et scientifique biomédicale de la dépendance à Internet. Avant d'aborder ces recherches de K.Young, nous allons présenter un épisode qui se déroule simultanément et illustre la prévisibilité d'une telle pathologie pour pallier aux conséquences négatives des pratiques assistées par Internet.

2.1 L' « Internet Addiction » ? Une blague ! Autodiagnostic et jeu pathologique

Sur un groupe de discussion en ligne réservé à la communauté de psychiatres le mois de juillet 1996, le docteur Ivan K. Goldberg, psychiatre et psychopharmacologue à New York, imagine une pathologie qu'il qualifie de « ridicule » (Wallis, 1997³²) pour parodier le système de classification du DSM. S'appuyant sur le modèle nosographique du jeu

³² Le site Internet est <PsyCom.net>. Le mot "humor" dans l'adresse url de la page web explicite la critique du message de Goldberg : « *However, Goldberg intended the message as a joke, as evident, very subtly, by the word "humor" in the url of his web page that contains a similar text* (www.cog.brown.edu/brochure/people/duchon/humor/internet.addiction.html) » (Suler, 1996).

pathologique tel que proposé dans le DSM-IV (Annexe n° 7) il imagine le trouble mental de « *L'Internet Addiction Disorder* ». À la suite de cette publication en ligne, le clinicien est surpris par le nombre de confrères reconnaissant dans ce diagnostic des symptômes qu'eux-mêmes et leurs patients expérimentent, malgré des symptômes répertoriant « des rêves d'Internet » et « des mouvements involontaires du doigt » (voir les critères II.d. et e. Annexe n°8a). En réaction à la demande qu'il rencontre et l'apparente existence de symptômes, le psychiatre met sur pied le premier groupe de support en ligne pour cette pathologie (Suler, *Internet Addiction Support Group*, en ligne). S'il se distingue de l'approche quantitative du DSM qu'il critiquait initialement en privilégiant une approche qualitative de la pathologie alors renommée « Usage pathologique d'Internet » (*Pathological Computer Use* : Annexe n°8b), son premier message restera dans les revues de littérature comme un des fondements de la recherche (Chou et al, 2005 ; Buyn, 2009 ; Douglas, 2008). Et ce, malgré le fait qu'il soit une parodie et ne s'appuie sur aucune donnée issue de recherche scientifique, mais sur la critique de l'extension de catégories existantes. Cet épisode central dans la construction du savoir relatif à l'« Internet Addiction » illustre l'ambivalence du concept de dépendance puisque celui-ci se révèle utile pour caractériser les problèmes sociaux relatifs à la connexion à Internet sans nécessiter de recherche scientifique, l'explication se suffisant. Bien qu'aucune recherche n'ait établi scientifiquement la dépendance à Internet, c'est une prophétie auto-réalisatrice (Quinn, 2001) qui s'instaure dans laquelle les classifications diagnostiques et les modèles existants deviennent l'explication du comportement excessif sans nécessiter encore de recherche sur les fondements physiologiques du mécanisme de dépendance.

2.2 « Internet Addiction » ? Un objet de savoir biomédical

C'est à la suite des processus biomédicaux exposés que l'« Internet Addiction » entre dans le lexique médical comme nouvel objet de savoir (O'Reilly, 1996) lors de la présentation d'un article scientifique le 15 août 1996 à Toronto à la 104e convention annuelle de l'Association Américaine de Psychologie. Intitulée « *Internet Addiction : The emergence of a new clinical disorder* », cette étude est rédigée par Kimberley Young, psychologue clinicienne de l'université de Pittsburgh aux États-Unis. Débutées en 1994 ses études l'emmènent à proposer un questionnaire diagnostique (chapitre 1) et une définition similaire à celle d'Ivan K. Goldberg calquée sur celle du DSM-IV et du jeu pathologique abordée dans la section précédente. Ainsi, bien qu'elle considère avoir inventé la pathologie (Young, 1996a), il est plus juste d'affirmer qu'elle amorce un programme de recherche inscrivant les problèmes relatifs aux pratiques de communication dans le sillon d'une définition biomédicale du savoir. Selon ses travaux, la catégorie des Troubles du contrôle des impulsions non classifiées ailleurs³³ du DSM-IV qui comprend les comportements impossibles à contrôler, est tout indiquée pour expliquer les symptômes qu'elle et ses patients expriment, à savoir : l'incapacité à contrôler leur utilisation ainsi que le besoin, le manque, l'isolement, les conséquences négatives (mariage, travail, scolarité, finances) (Young, 1996a : 10). L'association de la dépendance à Internet à cette catégorie du manuel DSM renforce la biomédicalisation des cyberdépendances puisqu'en assimilant les causes des pratiques excessives à un trouble de l'impulsion, elles sont individualisées et imputées aux fonctions cérébrales de l'internaute. Ce

³³ La catégorie psychiatrique associe les pathologies suivantes : Trouble explosif intermittent, Kleptomanie, Pyromanie et Trichotillomanie. Elle se définit comme suit : « La caractéristique essentielle des troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs est l'incapacité de résister à l'impulsion, à la tendance ou à la tentation d'accomplir un acte qui nuit à soi-même ou à autrui. Le sujet éprouve une sensation croissante de tension et d'excitation avant de commettre l'acte puis ressent du plaisir, de la gratification ou du soulagement en passant à l'action. Après l'acte on peut observer du regret, une auto-accusation ou de la culpabilité » (DSM-IV-TR : 1064).

mécanisme fait entrer par le biais des critères de la tolérance, du manque et du besoin la dépendance à Internet dans le modèle standardisé et quantifié de l'impulsion. Par l'association des pratiques excessives à un problème d'impulsion, les conclusions de différentes recherches publiées dans la renommée revue *Nature* qui démontrent des dysfonctionnements du système de production de la dopamine causés par la pratique excessive de jeu vidéo en ligne sont étendues à la pratique d'Internet en général (Potenza, 2003 ; Koepp et al, 1998).

Concernant la distribution du savoir produit, plusieurs revues scientifiques spécialisées vont légitimer et servir de relai à cette définition biomédicale publiée par la revue à comité de lecture *Cyberpsychology and Behavior*³⁴. Fondée en 1998, celle-ci est spécialisée dans l'étude des impacts d'Internet sur les comportements et la société, citant explicitement en éditorial de son premier numéro l'intérêt porté à l'étude de l'« Internet Addiction » (Wiederhold, 1998³⁵). D'après une recension (Carbonnel, 2009), elle est la revue ayant publié le plus d'articles sur les cyberdépendances entre les années 1996 et 2006³⁶. Dès 1996, la définition des cyberdépendances s'appuie donc sur le modèle de la psychiatrie diagnostique du DSM. Celui-ci permet l'inclusion du trouble étant donné que la priorité est accordée à la fiabilité (*reliability*) en opposition à la validité (*validity*)³⁷. Comme l'affirme A. Horwitz dans

³⁴ La revue est devenue en 2005 *Cyberpsychology and social network sites*. Mineure mais significative la revue *Computer in human Behavior* publie également des études sur les cyberdépendances dès les années 1990 (Carbonnel, 2009).

³⁵ L'éditorial de M. Wiederhold est explicite : « *the content will be geared towards the clinical and experimental studies that examine therapeutic efficacy, objective outcomes assessment, and cost effectiveness in healthcare delivery system (...) use virtual reality, advanced multimedia, and other advanced computer technologies to treat mental illness such as childhood autism, ADHD, and schizophrenia (...) some unforeseen consequences of rapid and widespread adoption of new technologies are being seen with a new syndrome dubbed 'internet addiction'* ». (Wiederhold, 1998 : 1)

³⁶ Cette revue cumule un total de 41 articles, contre 10 pour la seconde plus importante, le *Chinese Mental Health Journal* et moins de 5 pour toute autre revue scientifique (Carbonnel, 2009)

³⁷ Voici les définitions de ces termes : Fiabilité (*Reliability*) : Un diagnostique est fiable si la même conclusion est atteinte par deux diagnosticiens examinant le patient dans une même temporalité (inter-fiabilité) ou si un patient reçoit le même diagnostique s'il est examiné plus d'une fois dans une faible intervalle de temps (test fiabilité)

Validité (*Validity*) : L'ampleur selon laquelle une variable mesure ce qu'elle est supposée mesurer ([trad] Hyman,

l'ouvrage *Creating mental illness* (2002), un clinicien peut proposer le trouble de visionnage de télévision compulsif à partir de critères extérieurs tels que cinq heures quotidiennes, six jours par semaine, une limitation de l'activité extérieure et une plainte des amis et de la famille (ibid. : 74). Si le trouble paraît fiable vu qu'il s'appuie sur des critères, sa validité scientifique est par ailleurs, nulle³⁸. L'addiction à Internet proposée par K.Young suit un schéma semblable puisque la validité des critères retenus n'est pas encore prouvée.

3. « À la recherche de l'addiction entre 1996 et 2013 » : le modèle de la psychiatrie diagnostique

Comme l'a constaté une métarecherche, à la suite des travaux de K.Young, la majorité des études sur les cyberdépendances réalisées entre 1996 et 2006 a pour but de « prouver » l'existence de la pathologie et non de la « confirmer » (Buyn, 2009 : 205). Ceci révèle la volonté politique sous-jacente qui motive les recherches, justifie les techniques mobilisées et les recherches effectuées. Cette troisième section historique couvrant les années 1996 à 2013 démontre que les recherches sont impulsées par une intention qui suit les quatre processus de la biomédicalisation : ancrage au complexe biomédical, pratiques d'élaboration des risques et de leur surveillance, technoscientification de ces pratiques et enfin constitution d'un savoir biostatistique.

2007)

³⁸ Des critiques similaires ont été formulées à propos du Trouble de l'écriture (*handwriting disorder* : Kirk et Kutchins, 1994)

3.1 Ancrage au complexe biomédical : Privatisation, Corporatisation et Marchandisation de l'offre de service.

À la suite de la proposition de K. Young, la majorité des recherches du corpus répertorié dans ce mémoire progresse en référence au système de classification du DSM dans le projet d'une inclusion dans la cinquième version auquel participent conjointement les institutions, les cliniciens, les chercheurs et les patients (Young et De Abreu, 2011). Sa construction se forme ainsi au regard du complexe économique biomédical, le premier processus de la biomédicalisation, car les mouvements corrélatifs d'offre et de demande se renforcent dès 1996.

En effet, concernant la demande, le projet d'inclusion dans le DSM-V est toujours porté par le mouvement de médiatisation des recherches effectuées et des cas de dépendance à Internet (Quinn, 2001). La reconnaissance de la pathologie par l'APA, relayée notamment au sein des colonnes du New York Times (Belluck, 1996) amplifie l'autodiagnostic de nouveaux patients et intensifie par conséquent les recherches cliniques à la suite de l'augmentation de la demande de soin comme le note Quinn dans son analyse :

Researchers like Dr Young then begin to offer workshops to train other clinicians how to recognise the 'symptoms' of Internet Addiction, they diagnose more and more cases. The media and news services pick up on these activities and amplify them by calling attention to the new 'illness' and getting more users to self identify as Internet 'addicts' (Quinn, 2001 : 176).

Rappelons ici que dans l'histoire d'Internet, l'année 1996 coïncide avec l'essor des usages à grande échelle du *World Wide Web*, l'interface d'organisation des liens hypertexte qui comptabilise alors 16 millions d'utilisateurs du réseau (Castells, 2002 : 11) et augure ainsi une vaste demande potentielle de soins.

L'offre proposée en réponse à la demande sociale grandissante suit des modalités inscrites dans un modèle privatisé au sein duquel les nouveaux « experts » participent activement à la promotion de la pathologie afin de faire valoir leurs produits et services. Comme l'analyse Carla G. Surrat (1999), K.Young occupe une position ambivalente sur le forum de discussion en ligne créé par Ivan Goldberg, tantôt comme clinicienne et tantôt comme dépendante autodiagnostiquée³⁹. Sur ce forum, elle effectue la promotion de la pathologie, en référant à son statut académique et à ses propres publications comme preuves et arguments de la réalité de la pathologie auprès d'utilisateurs à la recherche de renseignements sur leurs symptômes⁴⁰. Dans ses interventions, elle défend dès 1996 une inclusion future de la pathologie dans le DSM-V et expose le travail qu'elle mène dans ce but en partenariat avec les institutions transnationales de santé telles que l'Association Américaine de Psychologie, le Conseil National sur l'alcoolisme et la dépendance aux drogues ou encore avec le Conseil National sur l'addiction sexuelle et la compulsion (ibid.). Ces forums de discussion en ligne⁴¹ s'avèrent essentiels dans la compréhension de la production du savoir lié à la pathologie, car

³⁹ Le post publié en ligne démontrant l'ambivalence de la clinicienne est le suivant : « *As I mentioned before, I am not the moderator of this list and my role here is not as a professional but as a group member. (...) While I do study Internet Addiction, I have tried not to offer my opinions as an authority but I share my views as a fellow participant. As many of you know, I struggled with my own addiction to the Internet* » (Young dans Surrat, 1999 : 94-95)

⁴⁰ Le second post publié en ligne démontrant son ambivalence est le suivant : « *True, it's not official. However, it may just be a matter of time. Caffeine dependance is now aknowledge in the DSM-IV. (...) A growing body of research, new journals, and treatment programs have emerged over the past few years related\to computer/ Internet addiction, For example a poster was recently presented at the APA on the topic [le sien] and I know a few symposia to be presented at the upcoming American Psychological Association (in August). Furthermore I conduct training workshops for various affiliates of the National Council of Alcoholism and Drud Dependence and the National Council for Sexual Addiction and Compulsivity, and they have seen a noticeable increase in cases related to Internet abuse. I have heard that mental health professionals have already discussed the possibility of a task force to evaluate various «Cyberdisorders» for future inclusions in the DSM (...)* » (Young dans Surrat, 1999 : 94-95).

⁴¹ En langue française Jean-Pierre Rochon a mis en ligne le site Internet d'information et d'échange (Rochon, 1997).

en tant qu'espace d'échange et de renseignement entre patient et clinicien, ils inscrivent la pathologie dans le cadre biomédical.

La demande de soins engendre une concurrence dans l'offre proposée se manifestant par l'ouverture de multiples centres de consultation et de cliniques spécialisées aux États-Unis. Inspirée des travaux de M.A Shotton précédemment évoqués sur la dépendance à l'ordinateur, Maressa Hecht Orzack, psychologue clinicienne membre de l'école médicale d'Harvard fonde à Boston en 1997 le « Computer Addiction Services ». Dans la même veine, Kimberley Young propose des consultations en ligne et dans sa clinique le « *Center for online addiction* », tout comme le psychologue américain David Greenfield qui reçoit des patients depuis 1996 au « *Center for Internet and Technology addiction* » (Greenfield, 1996). Progressivement, d'autres centres plus dispendieux⁴² s'ouvrent à l'instar du centre *ReStart* dans l'État de Washington en 2009⁴³. La définition des cyberdépendances s'inscrit ainsi dans une privatisation des recherches et une marchandisation des traitements proposés par des acteurs, qui comme K.Young, sont à la fois membres du comité de lecture de revues scientifiques, cliniciens, autodiagnostiqués, chercheurs, promoteurs et directeurs de centres de soin.

3.2 Les facteurs de risque d'IA : élargissement et multiplication

Le réseau d'acteurs formé au sein de l'offre et de la demande instaure des pratiques focalisées sur la promotion de la santé et sur l'élaboration puis la surveillance de

⁴² Le programme de traitement proposé par la clinique ReStart est facturé 14500\$ pour 45 jours (*ReStart* en ligne et Annexe n°9)

⁴³ Nous pouvons également citer *L'Illinois Institute for Addiction Recovery* à l'hôpital Proctor à Peoria en Illinois ainsi que *l'Inpatient addiction rehabilitation centers* et la clinique Betty Ford à Sierra Tucson commencent à inclure le traitement de la compulsion à Internet (Young et De Abreu, 2011).

facteurs de risques, le second processus de biomédicalisation. Ils sont empiriquement les moyens de régulation des comportements sur Internet et les voies d'exercice de la biopolitique.

3.2.1 Le « *bien-être cybernétique* » une valeur qui guide la biopolitique

Le réseau d'acteurs du complexe biomédical balise les usages d'Internet et hiérarchise les pratiques de communication au regard de la valeur de santé qui oblitère les stigmates associés aux pratiques de sexe cybernétique, de jeu en ligne et de socialisation virtuelle, comme l'illustre cette étude en psychologie dont le titre est révélateur : « *Healthy and pathological Internet use* » (Scherer, 1997). Ces discours promoteurs de la santé en ligne, s'articulent autour de ce que le psychiatre Hu et ses collègues à Singapour ont nommé « le bien-être cybernétique » (*cyberwellness* : Hu, 2007 dans Manjikian, 2012 : 119). Ils désignent par ce terme l'éthique des pratiques que doit respecter l'utilisateur d'Internet afin de limiter les risques de dépendance et garantir son bien-être : « *The positive well being of internet user, wich involves an understanding of the risks of harmful online behaviors, as well as an awareness of how to protect oneself and another internet users from such behaviors* » (ibid.). On observe ainsi que cette éthique est entendue au sens large et désigne un vaste domaine d'intervention étendu jusqu'au à la sécurité des informations, au respect et à la protection de la vie privée et à la prévention des pratiques d'intimidation. Deux psychiatres français soulèvent dans leur ouvrage sur « les dépendances à Internet », les problèmes relatifs à la violence, à la protection de la vie privée et à la pornographie qui ont peu de rapport avec la dépendance au sens médical. Ils augurent un contrôle étendu des comportements en ligne à partir duquel, sous les discours de santé s'observent des préoccupations sur les dangers encourus par l'internaute (Véléla et Hautefeuille, 2010 : 71-123). Ainsi, ce n'est pas uniquement la morale qui guide la

pathologisation des pratiques comme le suggère la perspective de la médicalisation, mais c'est la santé qui devient une morale, entendue dans un sens élargi du bien-être individuel et collectif puisqu'elle comporte des dimensions attachées aux pratiques de sécurité et d'intimidation. Celle-ci doit être adoptée au quotidien par les utilisateurs d'Internet actifs dans le processus de surveillance, c'est-à-dire qu'ils doivent se renseigner par eux-mêmes des risques qu'ils encourent.

En effet, l'éthique instaurée par les cliniciens et les institutions va de pair avec l'autodiscipline de l'utilisateur (*self-awareness* : Suler, 1999). Cette pratique de gestion de soi est promue dans plusieurs manuels sur les dépendances à Internet à l'instar de celui du psychologue David Greenfield (1999) qui la suggère pour prévenir le cercle de la dépendance. L'interaction avec Internet est donc, dès 1996, déconstruite par les cliniciens afin de découvrir quels sont les facteurs de risque et par conséquent, comment ils sont répartis dans la population d'internautes. Comme l'affirme dans sa recherche le psychiatre John Suler (1999), la passion pour Internet peut être saine, pathologique ou dans un entre-deux déterminé selon sa recherche par huit facteurs que nous aborderons par la suite. C'est la délimitation de cet entre-deux qui va motiver l'élaboration des recherches sur les cyberdépendances selon une volonté de cibler les risques.

3.2.2 Élargissement : un risque d'épidémie au XXIe

Conjointement à la promotion de la santé en ligne, la cyberdépendance est annoncée comme une épidémie potentielle à venir qui peut atteindre chaque utilisateur d'Internet. En rapport à l'élaboration des facteurs de risque du second processus de biomédicalisation, le premier mouvement que l'on observe est celui de l'élargissement des

facteurs de risque à l'ensemble de la population des connectés. Constatant l'accroissement de la population d'utilisateurs d'Internet, plusieurs auteurs du corpus anticipent en parallèle celui des usages problématiques (Young et al., 1999 ; Christakis et Moreno, 2009 ; Douglas et al., 2008) puisque selon la loi de Lederman, les usages pathologiques augmentent à mesure que le nombre d'utilisateurs d'une substance s'accroît (Véléa et Hautefeuille, 2010 : 10).

La cyberdépendance s'annonce ainsi dès 1996 comme une « épidémie postmoderne ». Concept exposé dans l'ouvrage d'Adèle Clarke sur la biomédicalisation, il désigne une épidémie décrite dans un langage traditionnel comme l'a été la lèpre en son temps, mais qui est suscitée par un phénomène moins précis (Boero, 2010 in Clarke et al., 2010 : 308) comme l'actuelle épidémie d'obésité qui dépasse la possibilité de mort et de contagion causées par un virus ou une bactérie. Il s'applique ainsi également à la dépendance à Internet, pathologie comportementale et donc non virale. L'existence d'une épidémie de dépendants à Internet au sens moderne est critiquée par Manjikian (Manjikian, 2012 : 147) qui se rapproche de la définition d'une épidémie postmoderne. Ses critiques sont multiples, tout d'abord aucune donnée ne prouve une maladie physiologique liée à l'IA, ensuite la pathologie n'est pas contagieuse et finalement, le terme d'épidémie ne s'applique pas à un trouble mental, mais à une maladie physiologique.

Les premiers travaux de K.Young en 1996 participent en ce sens à l'idée d'une épidémie en remettant en question le stéréotype du jeune homme fanatique de technologie comme M A. Shotton et d'autres en avaient fait l'hypothèse (Shotton, 1989; Weizenbaum, 1981 ; Rochon, 2004). Prenant appui sur ses résultats de recherche selon lesquels 61% des répondantes sont des femmes âgées en moyenne de 43 ans, K.Young bouleverse le profil du cyberdépendant. Elle postule que tout utilisateur peut le devenir, ce qui a pour conséquence

principale d'élargir la population à risque (Young, 1996b ; 1998). Discutés par la clinicienne lors de la conférence en 1996 à l'APA, les biais de l'étude sont nombreux. Étant donné que les répondants sont sélectionnés selon leurs activités en ligne, il était fort probable que les visiteurs de sites d'addiction à Internet se reconnaissent comme tel dans des critères diagnostiques si vastes (Young, 1996a et b). K.Young s'appuie sur un questionnaire diagnostique reposant sur 8 critères déterminants le niveau de dépendance de l'utilisateur (chapitre 1). Le bricolage scientifique du diagnostic est décrit dans l'article, car comparativement au jeu pathologique deux critères n'ont pas été retenus et le seuil de validation de cinq critères retenu est, selon les propos de l'auteure, « arbitraire » (Young, 1996a : 238).⁴⁴ Les biais de son étude ne remettent toutefois pas en question ses hypothèses, largement relayées et corroborées entre autres par M. H. Orzack (Orzack, 1998). Dès 1996, cette psychologue de Harvard étudie la dépendance à l'ordinateur à partir de cas très divers, précis et originaux : un adolescent de 15 ans, un étudiant diplômé de 27 ans, un mari solitaire de 52 ans, une femme de 42 ans ou encore un conducteur de camion (Christensen et al., 2001). Ainsi, le stéréotype genré du cyberdépendant est évacué, et ce, afin d'englober l'ensemble des usagers d'Internet dans la population à risque comme l'avait analysé Brian Quinn : « *The criteria for Internet addiction are vague enough that anyone can be considered a potential addict* » (Quinn, 2001 : 176). Aux biais des questionnaires diagnostics, s'ajoutent ceux des voies d'administration et de sélection des répondants qui suivent les voies biomédicales,

⁴⁴ Voici un extrait illustrant le bricolage scientifique dans l'article de K.Young : « *The cut off score of "five" was consistent with the number of criteria used for Pathological Gambling. Additionally, there are presently ten criteria for Pathological Gambling, although two were not used for this adaptation as they were viewed non-applicable to Internet usage. Therefore, meeting five of eight rather than ten criteria was hypothesized to be a slightly more rigorous cut off score to differentiate normal from addictive Internet use. It should be noted that while this scale provides a workable measure of Internet addiction, further study is needed to determine its construct validity and clinical utility. It should also be noted that the term Internet is used to denote all types of on-line activity.* » (Young, 1996a : 238)

puisque l'objet et le lieu de la dépendance, Internet est également l'outil de sélection des participants à la majorité des études épidémiologiques réalisées (Buyn, 2009 : 205). En effet, en 1996, Kimberley Young publie son questionnaire en ligne sur le groupe de discussion d'Ivan Golberg ainsi qu'en lien avec les mots clés « Internet » et « Addiction » dans le moteur de recherche Yahoo. Ces méthodes soulèvent de nombreux biais étant donné qu'elles recrutent des participants forts probablement dépendants puisqu'ils recherchent de l'information sur la pathologie et ses symptômes.

3.2.3 Multiplication des facteurs de risque : sociaux, biologiques et psychologiques

Le mouvement biomédical d'élargissement des facteurs de risque de dépendance à l'ensemble des utilisateurs du réseau est, par la suite, corrélé à la multiplication des champs de recherche scientifique ramifiant les facteurs de risque dans l'ensemble des internautes. Aux pratiques considérées à risque s'ajoutent des facteurs psychologiques et biologiques.

3.2.3.1 Risque psychologique de cyberdépendance

Le second champ de recherche explore d'une part, les facteurs de dépendance induits par l'outil et d'autre part, les individus le plus à risque. Si les recherches sur les facteurs émotionnels et psychologiques de la pratique de communication ont été exposés, une seconde littérature renverse la corrélation et recherche les éléments psychologiques individuels permettant la prédiction d'un usage excessif chez l'individu. La faible estime de soi s'avère être un élément prédictible de cyberdépendance (Armstrong et al., 2000). Ces résultats sont corroborés par de nombreuses études démontrant entre 1996 et 2006 que des antécédents

individuels tels que le sentiment d'isolement, la solitude, le peu de confiance en soi et une faible estime de soi sont des facteurs de risque de dépendance à Internet (Douglas et al., 2009 : 3042).

3.2.3.2 Des risques neurologiques : psychiatrie diagnostique et comorbidité⁴⁵

À la suite des pratiques à risque et des facteurs psychologiques, l'élaboration de facteurs de risque se réalise ensuite à un troisième niveau déterminé par les classifications du DSM-IV et son système diagnostique. Inclure la cyberdépendance pose problème, car elle s'avère être une pathologie multifactorielle qui partage les symptômes avec d'autres troubles mentaux répertoriés (Ko et al., 2012). Guidée par la volonté de préciser ainsi le tableau clinique de la pathologie, cette raison explique qu'un large pan de la recherche analyse sa comorbidité (Shapira et al., 2003 ; Yen et al, 2007). En effet, afin d'acquérir une existence nosologique selon le modèle du savoir biomédical, une pathologie mentale doit se distinguer des autres et apparaître comme une entité discrète avec des symptômes spécifiques quantifiables, un élément essentiel de la psychiatrie diagnostique caractéristique de l'approche du DSM depuis 1980 (Horwitz, 2002 : 56-82). Dès lors, le travail des chercheurs devient celui de l'évaluation des symptômes cliniques afin de constituer des critères diagnostiques standardisés et de cibler les facteurs de risque, il s'agit de « décomposer puis opérationnaliser en plusieurs composantes le syndrome clinique » de cyberdépendance (Nadeau et al., 2011 :

⁴⁵ Selon l'Institut National de la Santé et de la recherche scientifique (INSERM) : " [...] le terme de comorbidité psychiatrique signifie la présence de deux ou plusieurs troubles chez un même individu, laquelle est établie par une évaluation clinique systématique ". De plus, " le concept de comorbidité réfère au cumul de diagnostics concomitants qui peuvent augmenter la complexité et la gravité du trouble" (INSERM, 2005). Il ne signifie pas forcément la présence de plusieurs maladies, mais également la difficulté d'établir un seul diagnostic.

16). D'après une recension concernant l'association de la dépendance à Internet avec d'autres troubles psychiatriques (Ko et al., 2012 ; Ha et al., 2006; Shapira, 2000) la cyberdépendance est corrélée avec des pathologies comme la dépression (Young et Rogers, 1998 ; Ha et al., 2007), le déficit de l'attention (TDA-H) (Yen et al., 2008 ; 2007 ; Yoo, 2004), le suicide (Kim et al., 2006), les symptômes d'impulsivité du jeu pathologique (Nadeau et al., 2011) ainsi que la dépendance à une substance (Ko et al., 2006). D'après ces études, le risque se situe au niveau du système de contrôle dopaminergique, toutefois les études sont divergentes quant à sa classification au sein des troubles compulsifs, impulsifs, s'il d'agit d'une entité discrète ou d'une sous-catégorie (Pies, 2009). La volonté de déterminer les symptômes précis de la pathologie nous éclaire sur le projet de la biomédicalisation des cyberdépendances, car il reflète les pratiques en vigueur dans le domaine de recherche psychiatrique du DSM déterminé par des traitements ciblés sur des symptômes spécifiques.

3.2.3.3 Facteurs de risque et généticisation des cyberdépendances.

Pour clore le second processus biomédical, on constate, dans les études du corpus, que l'élaboration biomédicale des facteurs de risques tend progressivement à leur généticisation comme l'illustre celle de l'équipe allemande menée par Montag et ses collègues en 2012 publiée par l'Association Américaine de médecine sur l'Addiction (Montag et al, 2012). Leur démarche s'appuie sur deux études appliquant les outils de la génétique moléculaire pour démontrer une association avec les marqueurs du système dopaminergique (ANKK1/DRD2 Taq Ia, COMT Val158M) et celui de la transmission de sérotonine (5-HTTLPR). Estimée à plus de 50% l'héritabilité du jeu pathologique (Lobo and Kennedy, 2009 in ibid.) amène les chercheurs à proposer une étude sur le gène candidat CHRN4 qui code le

subunit alpha 4, situé sur la *portion q13.3 du chromosome 20*, impliqué dans l'anxiété et la dépression. Les résultats confirment l'hypothèse d'une héritabilité et permettent aux chercheurs d'orienter clairement les recherches futures vers un dépistage génétique : « *We think that the findings reported here represent a good starting point to investigate both the dopaminergic and nicotinic system in the context of Internet addiction* » (ibid. : 194). Ces recherches hautement technicisées effectuées à partir du questionnaire diagnostique de Young (IAT) déjà problématique méthodologiquement comme nous l'avons démontré, ont vocation à prévoir et prédire l'apparition de dépendance à Internet chez des sujets à risque (Annexe n°10). Nous verrons dans le processus biomédical suivant que le rétrécissement des outils techniques utilisés ouvre de nouvelles perspectives de définition et de traitement essentiellement technoscientifiques.

3.3 Pratiques technoscientifiques de surveillance des risques de cyberdépendance

Au sein de l'espace d'intervention formé par les pratiques de surveillance des facteurs de risques de cyberdépendance, un éventail de techniques se développe en complémentarité et forme le troisième processus de la biomédicalisation, celui technoscientifique. Ce processus est central puisque la définition des cyberdépendances est technoscientifique selon deux niveaux. D'après nos recherches, la structure matérielle, support des pratiques de communication propres à la société d'information sert également, dès 1980, de fondement matériel restructurant les pratiques psychiatriques (diagnostiques, traitements, outils de maîtrise des usages et de visualisation). Internet et l'informatique sont ainsi le

support des pratiques excessives, mais aussi des techniques psychiatriques qui définissent les cyberdépendances au sein d'une infrastructure informatisée et digitale.

3.3.1 Élaboration d'outils diagnostiques standardisés fiables

Les diagnostics sont historiquement les premiers outils mis au point pour mesurer la pathologie. Le corpus recèle d'un large panel de diagnostics qualitatifs (Douglas et al., 2008), mais surtout quantitatifs (Buyn et al., 2009) déployés à la suite de Young dès 1996⁴⁶. Le poids des recherches quantitatives s'explique par l'inscription des études réalisées dans le modèle de la psychiatrie diagnostique qui repose uniquement sur des critères quantitatifs (Horwitz, 2002). Outils de division des populations, les diagnostics séparent la population des internautes en des groupes à risque selon différents facteurs sociaux, psychologiques ou neurologiques, raison pour laquelle en fonction des diagnostics utilisés et les facteurs de risque ciblés, la proportion de dépendants à Internet oscille entre 0,1 % (Festl et al., 2013) et 50 % de l'échantillon (Hur, 2006).

Une métasynthèse des études réalisées entre 1996 et 2006 conseille la poursuite des recherches quantitatives afin d'établir des outils standardisés selon le modèle biomédical : « *Future researchers should consider using prior works to develop a major study leading to a standardized instrument for measuring Internet addiction across cultural perspectives* » (Buyn, 2009 : 204). Ceci démontre, une fois de plus, que la définition de la pathologie est

⁴⁶ Viktor Brenner en 1997 mesure le potentiel addictif d'Internet à partir d'un questionnaire de 32 questions posté en ligne (Brenner, 1997), Morahan-Martin et Schumacher mènent une étude sur 277 étudiants (Morahan-Martin et Schumacher, 2000) tandis que Scherer compile 10 symptômes cliniques calqués sur les symptômes de l'abus de substance et de la dépendance présents dans le DSM-IV (Scherer, 1997). Une vaste enquête téléphonique de David Greenfield réalisée en partenariat avec la chaîne ABC News sur 17251 répondants permet de tester sur une large population le test diagnostique qu'il a construit, le *Virtual Addiction Test* (Greenfield, 1999). Élias Aboujaoude (2006) effectue quant à lui, une enquête téléphonique sur 2513 adultes.

déterminée par les outils diagnostics valorisés par le système du DSM et illustre clairement la standardisation à l'œuvre dans le processus qui sépare les populations à partir de symptômes cliniques extérieurs et standardisés (Chou et al, 2010 Annexe n°11).

3.3.2. Technoscientifisation des traitements

Les traitements proposés sont d'autres outils technoscientifiques déployés au sein de l'espace d'intervention formé par les pratiques de surveillance des facteurs de risques. La biomédicalisation des cyberdépendances s'observe à ce niveau, car la thérapie cognitivo-comportementale est la méthode recommandée dans le cas des cyberdépendances (Li and Dai, 2009 ; Young, 2007 ; Cao et al., 2007, Davis, 2001 ; Caplan, 2002). En effet, le modèle de traitement du « Programme en douze étapes » privilégie une approche de soin standardisée et systémique applicable à l'ensemble des troubles de dépendance (Huang et al., 2009) étant donné que cette méthode repose sur le présupposé selon lequel il est possible de reconditionner l'individu dans un environnement déterminé. Cette thérapie de groupe s'appuie sur la conception d'un individu impuissant ayant perdu l'autonomie et le contrôle sur lui-même et donc sur la conception d'un individu impuissant ayant perdu l'autonomie et le contrôle sur lui-même. La perspective ayant inspiré Gregory Bateson, chercheur en science de la communication (1971), considère les pratiques sociales comme des comportements d'interaction entre deux systèmes au sein desquels le sujet est une « boîte noire »⁴⁷.

L'ordinateur étant une machine à communiquer, on comprend que cette thérapie ayant pour

⁴⁷ Dans l'article *The Cybernetics of 'Self'* (1971) Bateson importe des sciences de l'automatisme et du contrôle, la cybernétique, des concepts pour former une théorie sur l'individu et proposer des voies de guérison de l'alcoolisme. Selon cette perspective, le soi est fait de processus d'information et de communication qui par feedback avec son corps et son environnement forment une « écologie de l'esprit ». Le concept d'esprit est immanent et non transcendantal comme dans la perspective cartésienne.

objet « les codes et les messages interpersonnels de transmission de l'information » (Lafontaine, 2004 : 68-85) se soit imposée dans le traitement des cyberdépendances. Les tableaux schématiques développés sont à ce sujet révélateurs (Annexe n°12) Cette approche est technoscientifique car elle s'appuie sur une conception du dépendant comme d'un sujet qui traite l'information qu'il reçoit. D'après ce modèle, le comportement peut être reconditionné avec un programme prédéfini nonobstant les déterminants qualitatifs tels que l'expérience du sujet.

Un second panel de techniques permettant cette fois, non plus de traiter la dépendance, mais de contrôler et prévenir les usages à risque est particulièrement révélateur de la biomédicalisation des traitements. Il regroupe des techniques automatisées mises au point par les cliniciens et par les utilisateurs qui assurent la programmation de la régulation des comportements dans la perspective d'une autosurveillance. Voici un exemple de ces prescriptions présent dans le corpus :

- 1. Practice the opposite: After reorganizing one's excess use time online, construct a new reduced schedule or time pattern for using the Internet.*
- 2. External stoppers: Use concrete things (e.g, time to work, to meet boss, etc.) the addict leads to do, or places to go, as prompters to help log off.*
- 3. Setting goals: Set clear and achievable goals to help develop new tangible Internet-use schedules; prevent cravings, withdrawal, and relapse; and give the addict a sense of control.*
- 4. Reminder cards: Use tangible, portable reminders of what addicts want to avoid (e.g, lost time with family) and what they want to do (e.g., improved productivity at work).*
- 5. Personal inventorie : Generate a list of every activity or practice that has been neglected or curtailed since the online habit emerged. (Young, 1999)*

Ces propositions relatives à la régulation des pratiques en ligne permettent à l'utilisateur de limiter le temps de connexion à partir d'outils extérieurs (*external stoppers*). La

cyberdépendance est la seule pathologie à offrir cette possibilité qui renvoie clairement à une approche systémique qui limite les activités néfastes dans le système d'interaction formé entre l'utilisateur et l'ordinateur. Comme l'individu n'est plus en contrôle pour assimiler et traiter l'information qu'il reçoit puisqu'il est soumis à une impulsion qu'il ne maîtrise pas, cette capacité de gestion est transposée à des systèmes automatisés. Les applications techniques externes opèrent alors afin de contrôler la relation à l'ordinateur selon le principe de rétroaction. Si plusieurs techniques limitent le temps de connexion, d'autres sont programmées pour interdire l'accès à des sites chronophages⁴⁸. Ce type de technique renseigne sur le précédent processus de biomédicalisation des pratiques de surveillance, car elle repose sur l'autosurveillance de l'usager d'Internet qui contrôle lui-même sa compulsion grâce aux outils dont il dispose. On remarque ici la double logique technoscientifique qui dans le but de contrôler la relation à l'ordinateur propose une surenchère d'outils de contrôle technique. Les modes de régulation des comportements dans le cyberespace réfèrent ainsi au principe de gouvernementalité cybernétique énoncé dans le second chapitre pour comprendre les modes de régulation biomédicaux des comportements mis en place pour contrôler les cyberdépendances dès 1996.

⁴⁸ Par exemple, le « *Pavlov Poke* » dont le nom et le principe sont inspirés des travaux du chercheur éponyme, a été développé par Robert R. Morris et Daniel McDuff deux doctorants du *MIT Media Lab* en 2013. L'application est programmée pour délivrer une décharge électrique lorsque l'utilisateur se connecte à *Facebook* (London, 2013). Un chercheur à l'Université Carnegie Mellon, Fred Stutzman a développé un logiciel au nom lui aussi symbolique « *Freedom* » qui limite la connexion à Internet après huit heures consécutives de connexion et oblige le redémarrage de l'ordinateur pour le réactiver. Selon ses propos « Les médias sociaux, c'est l'obligation de répondre à des messages et ainsi de suite. Savoir qu'il y a un bourdonnement social permanent en arrière plan nous pousse vers ces sites et nous éloigne de notre travail » (Stutzman, dans Oudghiri, 2013 : 40). Son autre application : « *Antisocial* » bloque l'accès aux sites Internet de réseautage social, les plus à risque de dépendance afin de libérer du temps de travail.

3.3.3 Rétrécissement des outils : visualisation neuroscientifique et pharmacologie

La troisième catégorie de techniques qui assistent les pratiques biomédicales d'élaboration des risques de dépendance à Internet concerne le recours aux outils de visualisation tels que le Scanner à effet *Scanner Positron Electric Tomography (PET)* et le scanner à fonctionnement rétro magnétique (*fmRi*). Ces derniers rétrécissent le niveau d'intervention tant des traitements que des diagnostics proposés puisqu'ils élaborent un niveau de risque moléculaire. En effet, l'imagerie devient une pratique de routine dans le dépistage dès la proposition de K.Young en 1996. Le recours à ces techniques diagnostiques démontre les risques biologiques semblables à ceux des dépendances comportementales logés dans le cortex préfrontal de l'individu (Ko et al, 2011). La définition des cyberdépendances est ainsi constituée avec ces techniques puisqu'elles orientent en retour sa construction comme objet de savoir biomédical déterminé par des niveaux d'observation neurologiques. La méthode fournit de plus une preuve objective, sous la forme d'image, de l'existence de la pathologie localisée au niveau cérébral et neurologique (Annexe n°13a). Si cette perspective permet de constater les effets d'un temps de connexion élevé, elle individualise les cyberdépendances qui deviennent un trouble mental résultant d'un dysfonctionnement du système neurologique causé par l'interaction avec l'ordinateur (Quinn, 2001; Suissa, 2007). Cette méthode tend à démontrer des prédispositions chez l'utilisateur à développer une cyberdépendance, nonobstant ses pratiques en ligne et son expérience de communication.

Ainsi, la perspective théorique expliquant les causes des cyberdépendances induit enfin des traitements pharmacologiques. En effet, étant une pathologie définie comme la résultante d'une dysfonction du système de récompense, les antidépresseurs, médicaments

agissant sur les récepteurs de sérotonine, se trouvent alors tout indiqués pour soigner les cyberdépendances. Il devient ainsi possible de contrôler pharmacologiquement les effets de la connexion à Internet par la prescription d'antidépresseurs. Plusieurs recherches ont été menées dans ce but. Le Bupropion©, un antidépresseur prescrit pour l'arrêt du tabac testé durant six semaines par une équipe de recherche chinoise (Han et al, 2010) a démontré une réduction du symptôme de besoin, de la durée de connexion et de l'activité cérébrale dans le cortex préfrontal. L'Escitalopram©, un antidépresseur de la même famille que le précédent, ne démontre toutefois pas dans la seconde phase de l'étude une réduction des symptômes (Dell'Osso et al., 2008). Néanmoins, ce même traitement a donné des résultats satisfaisants dans une autre étude lors de pratiques de jeu en ligne (Sattar et al., 2004). Le Naltrexone©, un opiacé est utilisé dans le traitement de la dépendance au sexe sur Internet (Bostwick et al., 2008) et enfin, les stabilisateurs d'humeur ont démontré une limitation des symptômes (Shapira, 2003). Cette prescription systématique d'antidépresseurs effectuée malgré le manque de validité des recherches qui a été démontrée, illustre la biomédicalisation de la définition des cyberdépendances, traitées avec la même pharmacologie que la dépression, l'anxiété, les obsessions et d'autres troubles du DSM. Cette médication atténue les symptômes de plusieurs troubles, car elle altère le système cérébral général et non des symptômes spécifiques (Healy, 2002 : 113), ce qui pose problème quant à la classification des cyberdépendances et motive des études pour la classification de cet objet de savoir.

3.4 Les cyberdépendances, objet de savoir standardisé : essais cliniques

Dans les deux périodes historiques précédentes, la production et la diffusion de la définition des cyberdépendances ont été évoquées à travers la formation de groupes de patients

en ligne et la médiatisation des recherches scientifiques. Après 1996, à ces deux dimensions s'ajoute celle de l'évaluation des traitements pharmacologiques proposés administrés et conseillés sur la base d'essais cliniques standardisés menés avant les débats sur le DSM. Ils construisent les cyberdépendances comme un objet de savoir biostatistique selon des symptômes codés et standardisés dans le sillon biomédical de la psychiatrie diagnostique.

Un essai mené par l'Institut National de la Santé des États-Unis (NIH, 2011) démontre l'ampleur des dispositifs de recherche déployés pour prouver la pathologie⁴⁹. L'étude NCT00565422 vise à tester sur 19 adultes l'efficacité et la sûreté de l'Escitalopram©, un inhibiteur de sérotonine. Le diagnostic de dépendant à Internet s'est effectué par annonce publicitaire en recrutant des patients atteints d'un trouble dont les symptômes se rapprochent de ceux proposés par K.Young : chronophage, incontrôlable, pénible et résultant en des difficultés financières, sociales, professionnelles pour des usages d'Internet non essentiels (non liés au travail ou à l'école) (NIH, 2008). Sponsorisés par l'hôpital du Mont Sinai à New York et en collaboration avec le laboratoire *Forest Laboratories*, les essais cliniques ont été menés entre décembre 2002 et octobre 2004 directement en dernière phase 4, dite de *marketing*. Celle-ci stipule que l'efficacité du médicament commercialisé, déjà approuvée dans le traitement des troubles de l'impulsion est testée pour le traitement de la compulsion à Internet. Les résultats publiés en 2008 dans le *Journal of Clinical Psychiatry*, démontrent que la première phase d'essai *open label*⁵⁰ aboutit à une amélioration des symptômes d'impulsivité mesurée avec le Diagnostic clinique global (*Clinical Global Impressions-*

⁴⁹ Une seconde étude clinique NCT01434589 dont la phase de recueil des données se terminera en Juin 2014 teste un traitement non pharmacologique en phase 3 sur des hommes diagnostiqués dépendant à Internet ou à l'ordinateur à partir du test AICA- Checklist (*Assessment of Internet and Computer game addiction*) (NIH, 2011).

⁵⁰ *Open label* se dit lorsque lors d'un essai clinique le patient et le médecin savent qu'ingère la substance.

Improvement Scale) et une réduction du temps de connexion. La seconde phase *double blind*⁵¹ réalisée ne permet toutefois pas de conclure à une différence significative entre le groupe sous médicament et celui sous placebo (Dell'Osso, 2008). L'organisation de ces essais cliniques à grande échelle renseigne à deux niveaux les voies de la biomédicalisation. D'une part, la méthode de *double blind* est une technique de standardisation dont le recours est systématisé en vue de l'approbation d'une médication par la FDA, ce qui en fait la méthode biomédicale de légitimation des traitements relatifs aux cyberdépendances. D'autre part, ces méthodes de légitimation supposent un fondement biologique à la pathologie étant donné qu'elle est traitée comme un déséquilibre neurochimique. Ce recours constitue le savoir et suppose un fondement uniquement biologique des comportements au sein duquel les déséquilibres chimiques sont la cause des troubles mentaux et le moyen de les contrôler par médication (Horwitz, 2002 : 207). Ces deux niveaux sont représentés dans la conclusion de l'étude sus-nommée :

Even though not formally considered an autonomous psychiatric disorder, IC-IUD [Internet Addiction] has many features that would support its future inclusion in a classification system. Evidence presented to date regarding its phenomenology, epidemiology, comorbidity, and treatment response should encourage further systematic research on this condition in order to obtain a more precise understanding of its clinical features (Dell'Osso et al., 2008 : 456).

Dans ces propos, se manifeste alors une nouvelle fois la volonté d'inclure la dépendance à Internet dans le système de classification du DSM. Malgré les résultats non significatifs obtenus, d'autres études sont souhaitées afin de confirmer l'hypothèse d'un déséquilibre.

Conclusion

⁵¹ *Double blind* caractérise un essai clinique lorsqu'un des deux groupes prend un placebo.

Le parcours sociohistorique a dégagé les fondements socioculturels et historiques en démontrant empiriquement, d'après les éléments du corpus, que la définition des cyberdépendances s'inscrit dans le cadre d'une biomédicalisation des pratiques excessives de la communication par Internet. Plusieurs processus la distinguent d'une construction médicalisée et révèlent des éléments tels que la médiatisation de la pathologie motivée par une demande sociale afin de répondre aux conséquences non désirées des usages des technologies de l'information. Ces conséquences qui, insistons sur ce point, sont à la fois sociales et biologiques sont alors peu à peu traduites par des techniques, pratiques et discours inscrits au sein du marché économique biomédical. Les cyberdépendances s'inscrivent ainsi dans une biopolitique qui régule les pratiques liées à Internet dès la création de celui-ci à partir de discours sur les risques et les responsabilités du cyberdépendant. La généalogie démontre ainsi l'hybridation entre nature et culture à l'œuvre dans la définition des cyberdépendances. Il s'agit maintenant d'analyser comment la forme de pouvoir biomédical sociohistoriquement construite est débattue et controversée dans l'étude de cas de la constitution de l'identité du cyberdépendant.

Chapitre 5. Biomédicalisation des cyberdépendances : analyse des discours

*L'anormal, c'est celui qui ne sait
pas faire converger son intérêt économique avec celui des autres
et dont l'autocontrôle laisse à désirer
puisqu'il n'a pas su trouver l'art de se gouverner lui-même
en tenant compte des variables de son milieu.*
Roland Gori, 2006

*I fear that we are beginning to design ourselves to suit digital models of us,
and I worry about a leaching of empathy and humanity in that process.*
Jaron Lanier, 2010

*Le malade est plus et autre qu'un terrain singulier où la maladie s'enracine,
qu'il est plus et autre qu'un sujet grammatical qualifié par un attribut
emprunté à la nosologie du moment. Le malade est un Sujet, capable d'expression*
Georges Canguilhem, 1978

L'analyse du discours portant sur la définition des cyberdépendances dans le DSM-V est présentée à la lueur du parcours exposé dans le chapitre précédent démontrant que la biomédicalisation des pratiques en ligne est amorcée en parallèle de l'implantation d'Internet et du Web dans les années 1980 aux États-Unis. Ainsi, au regard de la démonstration antérieure, il est possible d'affirmer que cette définition est un projet biomédical qui est l'expression de logiques de la société d'information, société organisée autour de la communication par Internet et indissociable de ses fondements techniques matériels (Castells, 2002). Par cet effet, le débat analysé est symptomatique des modes de régulation politiques propres à cette société. Comme nous allons le découvrir, le débat est un terrain de combat idéologique qui renseigne sur la visée normative et les modes de régulation des pratiques de communication.

À cette fin, le chapitre effectue ainsi un va-et-vient entre le dernier niveau du processus de biomédicalisation et l'identité empiriquement constituée du cyberdépendant à partir des discours et des diagnostics formant le débat de l'inclusion de l'addiction à Internet

dans le DSM-V. Au terme de l'analyse de discours, nous avons observé que ce qui pose problème dans la définition des cyberdépendances au sein du DSM-V c'est la constitution du sujet promu. En effet, l'identité induite par les sciences et techniques exploitées dans cette version du manuel vise l'amélioration de l'internaute selon des critères et des jugements de valeur édictés au regard d'un impératif de productivité sociale. Il renseigne donc sur la logique néolibérale induite par le processus scientifique de définition du DSM-V. Le chapitre d'analyse des discours est ainsi organisé en deux mouvements. Le premier est celui de technoscientifisation du système de classification DSM-V qui engendre une représentation de l'identité de cyberdépendant comme résultant d'une *information biomédicale* transformable et améliorable. Le second mouvement dont nous exposerons la logique est celui de responsabilisation néolibérale qui impose nouveaux mandats et performances aux sujets.

1. Le Cyberdépendant selon le DSM-V: une *identité technoscientifique*

L'analyse discursive de l'identité de cyberdépendant constituée par les concepteurs du manuel révèle deux dimensions, tout d'abord, celle d'une identité fabriquée par les outils de validation neuroscientifiques, dimension à partir de laquelle découle ensuite une représentation de l'identité théoriquement et idéologiquement orientée.

1.1. Techniques neuroscientifiques constitutives de l'identité

Le premier terme du double processus empiriquement repéré consiste en l'approche théorique retenue par les rédacteurs du manuel qui s'avère, empiriquement, le point de départ de la constitution du cyberdépendant à l'origine du débat. Le discours des membres

du groupe de décision entourant la restructuration des critères diagnostiques de cette cinquième version du manuel renvoie à ceux d'une *ambition*, d'un *projet* affilié au processus biomédical. En effet, ces discours érigent des techniques spécifiques comme des outils essentiels dans la constitution de l'identité de cyberdépendant. À ce sujet, les arguments en faveur de l'inclusion s'appuient sur la recherche des vingt dernières années, marquée par les pratiques et savoirs neuroscientifiques, un domaine de recherche au sein duquel sont affiliés une majorité des membres du Groupe de décision, à l'instar de Steven Hyman. Ancien directeur du NIMH et directeur de recherche en psychiatrie au MIT et à Harvard, il y est également professeur émérite en cellules souches et en biologie régénératrice. L'article publié en 2009 dans la revue *Nature* intitulé « *Can neuroscience be integrated into the DSM-V?* » (Hyman, 2007) est cité comme horizon de la recherche pour cette version du manuel (Regier et al., 2009). L'auteur y exprime ses prises de position quant à l'orientation conceptuelle du manuel et explique en quoi le nouveau système de classification doit être organisé de façon à inclure les connaissances issues du domaine neuroscientifique :

Regrouping psychiatric disorders will enable future researchers to enhance our understanding of the origins and common disease processes (pathologies) among disorders. It will also provide a base for future changes that reflect advances in the underlying science: Data can be re-analyzed over time to continually assess the groupings' validity. Thus, after DSM-V is published, changes to the volume will occur only to the extent that future discoveries in neurobiology, genetics, epidemiology and clinical research support them. (Kupfer et al, 2010)

The opportunity to evaluate the readiness of neuroscientific advances in pathophysiology, genetics, pharmacogenomics, structural and functional imaging, and neuropsychology was also a priority. (Regier et al, 2009 : 646)

Ce discours suppose un déterminisme technologique dans le sens où les outils utilisés et valorisés dans la pratique psychiatrique sont présentés comme devant être améliorés et voir même devant se perfectionner d'eux-mêmes dans les années à venir :

Recognizing changes in technology and the need for continued updates and revisions of DSM-V, we are setting a process that will allow the new DSM to change with new developments, rather than being reified for a decade or more. New publishing technologies, not even imagined in the early 1990s, will help make this possible. (Schatzberg et al., 2009).

La logique au travers de laquelle émerge ce processus n'est jamais expliquée, elle est ainsi naturalisée et renvoie à la loi de Moore, loi selon laquelle le développement des techniques est exponentiel. Il permettrait en psychiatrie de découvrir de nouveaux déterminants des troubles mentaux comme l'illustre ce propos des commandants du manuel :

Advances in neuroscience presented further opportunities to evaluate the readiness of findings in pathophysiology, genetics, pharmacogenomics, structural and functional imaging, cross cultural psychiatry and neuro-psychology to influence the development of DSM-V (...) Neurobiology, imaging and genetics are providing a more tangible, quantifiable understanding of psychiatric disease (...) the new edition must be able to reference the rapidly emerging scientific research and incorporate such findings when the empirical foundation supports them. (Kupfer, Regier, 2010 : 2)

Plusieurs éléments démontrent cette volonté et l'optimisme vis-à-vis des connaissances qui seront exposées au sujet de la dépendance à Internet. Tout d'abord, vis-à-vis des critiques émises les membres du groupe de décision rétorquent qu'il est nécessaire et obligatoire de suivre les avancements de la science psychiatrique :

Researchers are skeptical that the existing DSM categories represent a valid basis for scientific investigations, and accumulating evidence supports this skepticism. Science has advanced, treatments have advanced, and clinical practice has advanced since Dr Frances' work on DSM-IV. This DSM will become irrelevant if it does not change to reflect these advances. (Schatzberg et al., 2009)

Dans un même ordre d'idées, l'existence de l'addiction à Internet prend forme dans un horizon guidé par les perspectives mélioratives promises par les neurosciences qu'il s'agit d'encourager afin de guider la validation des troubles mentaux. La relégation en *Appendices* du *Trouble de jeu en ligne* (Petry et O'Brien, 2013) sert d'ailleurs à encourager les recherches futures selon ce modèle neuroscientifique et biomédical comme l'explique Charles O'Brien, le responsable du groupe de travail sur la catégorie des *Troubles liés à une substance et Addictions* :

Thus in a few years, a version that might be called DSM-V.1 could include an 'internet addictive disorder'. Whether or not that will occur depends on additional studies in peer reviewed scientific journals in the mould of the report in this issue by Ran Tao and colleagues. (O'Brien, 2010)

L'intérêt scientifique de la section III du manuel est l'inclusion des thèmes qui posent problème et nécessitent des recherches plus poussées (O'Brien et Petry, 2013 : 1186). Ce passage est considéré comme une étape avant l'inclusion définitive du trouble étant donné que les responsables prévoient avec confiance les progrès de la science - neuro et génétique - et sa capacité à diagnostiquer et traiter l'IA ou l'IAG. Il ne fait aucun doute pour les membres responsables de la section que si la recherche sur ce trouble est à ce jour non concluante, c'est en raison de l'avancée actuelle de la science et non des hypothèses de recherche : « *As science progresses, a better understanding of internet gaming disorder, its etiology and treatment is likely to emerge* » (Petry et O'Brien, 2013 : 1187). Cette décision place les techniques de visualisation moléculaires et génétiques au centre de la pratique clinique psychiatrique et donc comme des outils constituant l'identité de cyberdépendant. Ce sont ces outils qui, à partir des résultats des recherches obtenus à leur échelle d'intervention, élaborent la figure du cyberdépendant puisqu'ils entraînent une nouvelle compréhension de la maladie mentale, à

l'instar des propos de Ian Hacking sur la création du pervers et de la personnalité multiple : « *It was a disease created by a new (functional) understanding of disease* » (Hacking, 2006 : 1). Empiriquement, l'addiction à Internet dans le DSM-V est constituée par des techniques neuroscientifiques.

1.2. La représentation du cyberdépendant

À l'ambition et au projet véhiculé par les discours qui structurent le DSM-V, nous avons empiriquement repéré un mouvement contingent. Les techniques de visualisation et d'intervention neuroscientifique produisent des effets de vérité et des catégories de pensées qui renouvellent la compréhension de la maladie mentale et suscitent une tension entre les pratiques et les discours psychiatriques. Les choix théoriques effectués par les rédacteurs orientent la représentation de l'identité de cyberdépendant comme ayant une étiologie spécifique commune aux dépendances avec substance. Ce discours qui suscite des critiques sur les plans idéologique et épistémologique (Frances, 2012a ; 2012b ; Peele, 2012) motive ainsi le processus de biomédicalisation jusqu'à atteindre les limites empiriques des recherches scientifiques effectuées sur la dépendance à Internet. Empiriquement, c'est donc le projet discursif biomédical qui encourage les pratiques de recherche effectuées et à venir, sur cette pathologie comme nous allons le démontrer dans cette section.

1.2.1 Représentation informationnelle : neuroscience et communication

L'ensemble des partisans pour l'inclusion de la cyberdépendance dans le manuel présents dans le corpus propose une représentation informationnelle de l'identité. Par informationnelle, nous désignons, comme exposé dans le second chapitre théorique, une

représentation des pratiques comme la résultante de processus de communication logés dans le cerveau en terme d'échange d'information (Clarke et al., 2010). Plusieurs éléments mènent à cette constatation. Tout d'abord, annoncée comme un renversement paradigmatique dans le système de classification, la restructuration du DSM devenu dimensionnel reste sociologiquement inscrite dans la matrice biomédicale et l'intensifie à plusieurs niveaux puisqu'elle s'appuie sur la structure catégorielle précédente : « *Providing an opportunity for dimensional ratings certainly does not constitute a paradigm shift and should not be oversold* » (Frances, 2009). Comme le formule Allen Frances, rédacteur de la version IV⁵², l'annonce de ce changement de paradigme est idéologique et précoce, car empiriquement critiquable au vu des recherches qui le supporte et justifie : « *soaring ambition and remarkably weak methodology (...) Let's exposure the absurdity of the DSM-V claim that it will constitute a paradigm shift in psychiatric diagnosis and indicate the dangers inherent in persuing this false goal* » (ibid). En prenant appui sur la médecine des preuves, les partisans de l'inclusion renforcent l'importance accordée aux outils neuroscientifiques dans l'observation des mécanismes des processus vivants et orientent une représentation informationnelle du cyberdépendant.

Ces outils procèdent pour les défenseurs de la pathologie comme s'ils donnaient à voir, et à observer directement sa cause (Pies, 2009). Ce mode de représentation qui suppose la réalité du mécanisme physiologique de dépendance sous les atours de l'objectivité offerte par l'illustration cérébrale (Annexe n°13 a et b) est critiqué par le

⁵² Les allégations relatives à l'intérêt personnel du rédacteur du DSM-IV concernant les royalties qu'il reçoit encore de la publication de la précédente version ne sont pas abordées dans ce mémoire car elles ne relèvent pas d'arguments scientifiques. Nous précisons seulement que les critiques de Sederer (2011), membre du groupe de décision, s'appuient sur cet argumentaire pour discréditer les propos de Frances (Adam, 2012). Les problèmes économiques et financiers qui entourent les débats relatifs à l'élaboration du manuel sont résumés dans la référence suivante (Cosgrove et al., 2006).

commandant de la version précédente : « *don't get too excited by pretty pictures showing the same parts of the brain lighting up during Internet and drug use - they light up nonspecifically for any highly valued activity and are not indicative of pathology* » (Frances, 2012a). L'avis final de relégation en *Appendices* du Trouble de Jeu en ligne en 2013 conclut, d'ailleurs, à partir d'une recension des études reposant sur l'imagerie cérébrale, que les zones d'activations démontrées dans le cortex préfrontal ne permettent pas de conclure en l'existence d'un symptôme spécifique de dépendance à Internet (Petry et O'Brien, 2013 : 1186). Bien que l'activité cérébrale soit différente entre un joueur excessif sur Internet et un non-utilisateur, les responsables du groupe de décision demandent des recherches supplémentaires sur ce mode de représentation. Ainsi, les images produites par les scanners à fonctionnement rétro magnétique sont le pivot qui légitime la constitution identitaire de cyberdépendant. L'utilisation du langage technique et le recours aux représentations cérébrales produisent des effets de vérité qui oblitèrent l'expérience du sujet dans la réalisation des pratiques de communication en ligne. Son corps transparait uniquement à travers les critères diagnostiques référant à ses processus physiologiques compulsifs fragmentés en différents critères observables. Les défenseurs démontrent d'ailleurs que les zones cérébrales visibles grâce à un scanner fmRI, activées lors de l'addiction à Internet sont les mêmes que pour les personnes atteintes de dépendances à des substances (Young et De Abreu, 2011 ; Tao, 2010 ; Busko, 2008 ; Block, 2008) et partagent des processus communs avec les troubles de l'impulsion et des troubles obsessionnels et de compulsion (Busko, 2008). Ainsi, d'après les recherches, c'est le système de récompense cérébral, celui de la dopamine et de la sérotonine, qui est responsable du comportement excessif, déclenchant des addictions au sexe, au jeu ou à Internet. Selon ses avocats, le trouble présente les critères semblables au trouble de jeu pathologique tel que le

besoin et la tolérance, l'usage excessif, les répercussions négatives selon la proposition de 2008 (Block, 2008).

Enfin, la représentation informationnelle de l'identité paraît dans la définition que Steve Hyman (2007), membre du groupe de décision, propose d'un trouble mental. Il s'agit d'une définition universelle basée sur la connectivité de la structure cérébrale associant les savoirs des disciplines de la psychiatrie et de la neurologie pour expliquer les comportements excessifs. Devenue un *désordre* mental, la pathologie est un problème situé dans l'envoi et la réception de signaux cérébraux illustré par les termes idéologiques *fonction* et *connexion* :

Mental disorders are a diverse group of brain disorders that primarily affect emotion, higher cognition and executive function (...) The term mental disorder is an unfortunate anachronism, one retained from a time when these disorders were not universally understood to reflect abnormalities of brain structure, connectivity or function. Although the central role of the brain in these disorders is no longer in doubt, the identification of the neural abnormalities that underlie the different mental disorders has stubbornly defied investigative efforts. (Hyman, 2007 : 725)

Dans le DSM-V, l'assimilation des pathologies mentales à des troubles (*Disorder*) associe la cyberdépendance à un processus de communication régi par le principe de rétroaction, exclusivement cognitif et neuroscientifique. Cette représentation ellipse les pratiques et les expériences de connexion à Internet spécifiques de jeu, de sexe ou de recherche d'information en des mécanismes qu'il est possible de reprogrammer. Si le terme de pathologique réfère aux concepts de normal et de déviance, la dépendance à Internet est questionnée dans le DSM-V au regard de la définition biomédicale d'un trouble mental, c'est-à-dire universelle et basée sur la « connectivité » de la structure cérébrale. Ainsi, bien que cette version annonce un

changement de paradigme et la volonté de s'appuyer sur un modèle scientifique médical et ainsi renouer avec la psychiatrie biologique, le Trouble de jeu en ligne tel qu'inclut dans les *Appendices* est ancré dans la psychiatrie diagnostique des DSM-III et IV du fait du manque de preuves physiologiques de son étiologie :

Certain pathways in their brains are triggered in the same direct and intense way that a drug addict's brain is affected by a particular substance. The gaming prompts a neurological response that influences feelings of pleasure and reward, and the result, in the extreme, is manifested as addictive behavior. (APA, 2013a)

La cyberdépendance est ainsi représentée à partir de la modélisation d'un problème de connexion cérébral situé entre les neurones, un trouble visible grâce à l'appareillage visuel désormais central dans la validation des troubles mentaux.

Il est intéressant de constater que lorsque les arguments scientifiques s'avèrent insuffisants K.Young rétorque que, si effectivement, les preuves scientifiques manquent, le clinicien reconnaît la pathologie lorsqu'il la rencontre : « [IA] *may be not yet clearly defined, but you know when you see it* » (Young dans Collier, 2009 : 575). Comme l'illustre la définition de la pathologie effectuée par Ran Tao, psychiatre chinois : « *Duration of internet addiction must have lasted for an excess of 3 months, with at least 6 hours of internet usage (non-business / non-academic) per day* » (Tao, 2010). Ce diagnostic ajoute aux symptômes physiques et étiologiques de tolérance et de manque, des critères cliniques extérieurs qui renvoient à une informationnalisation de l'identité. En effet, nulle part n'est justifié le choix du seuil clinique des trois mois, ni celui des six heures quotidiennes par le chercheur chinois. Ainsi, malgré les discours et les théories scientifiques, en pratique le diagnostic s'effectue toujours selon des critères cliniques et diagnostiques extérieurs puisque les preuves empiriques manquent à ce stade des recherches.

1.2.2 À la recherche des preuves étiologiques manquantes : tension entre pratiques et discours.

L'orientation théorique du manuel oppose les partisans de ce modèle de représentation du vivant avec ses adversaires qui demandent des preuves empiriques plus fournies et solides à l'instar de ce psychologue, président de l'*American Counseling Association* représentant cent vingt mille conseillers, dans une lettre adressée au président de l'APA Dr Oldham : « *The current science does not fully support a biological connection for all mental disorders. We therefore request that the definition of mental disorder to be amended* » (Locke, 2011). Ainsi, face aux discours scientifiques énoncés, se déploie une tension entre les pratiques de recherche et les preuves empiriques obtenues. Les arguments des scientifiques contre l'inclusion évoquent le manque de preuves systématisées et standardisées qui permettent de démontrer les processus physiologiques de *manque* et de *tolérance* (Pies, 2009). S'appuyant sur une recherche quantitative (Buyn, 2009), Roland Pies professeur de psychiatrie à New York et à l'Université de médecine de Boston (2009 : 32) dénonce le manque de rigueur des études publiées entre 1996 et 2006. Ces raisons expliquent pourquoi les membres du groupe de décision ont abandonné l'IA pour le Trouble de jeu en ligne, mais sans remettre en question le projet qui construit cette pathologie et donc le poursuivent (O'Brien et Petry, 2013 ; O'Brien, 2010).

Les définitions, les outils et les diagnostics sont encore trop imprécis, ils ne permettent pas de se différencier d'entités répertoriées comme la dépression, causant des problèmes de comorbidité. Néanmoins, d'après les concepteurs, les problèmes de comorbidité pourraient être dépassés avec la classification dimensionnelle du manuel proposée, s'il est toutefois démontré que des facteurs génétiques communs et des systèmes neuroscientifiques

semblables sont activés lors de dépendance à Internet. Ces propositions sont celles de Pies (2009) et du groupe de décision (Regier et al, 2009), exhortant à trouver des *biomarkers*, facteurs génétiques et tester les réponses aux traitements pharmacologiques. L'Association Américaine de Médecine a refusé de reconnaître le diagnostic en 2006 et soumis une requête à la NIH et à l'APA afin que plus de recherche soit conduite sur ces usages excessifs⁵³ : « *There is nothing here to suggest that this [IA] is a complex physiological disease state akin to alcoholism or other substance abuse disorders, and it doesn't get to have the word addiction attached to it* » (Gitlow dans Grohol, 2007). Malgré le tournant des neurosciences qui restructure le système de classification à partir des découvertes sur l'étiologie des troubles, les preuves empiriques manquent, ce qui, d'une part, motive la poursuite des recherches sur les mécanismes neurologiques en cause, et qui d'autre part, motive les critiques de ce modèle idéologique et épistémologique de représentation informationnel de l'identité.

1.2.3 Le concept d'addiction, un choix politique

La représentation de l'identité est issue d'une prise de position idéologique et épistémologique sur le vivant à l'épicentre du débat entourant l'inclusion dans le DSM-V (Frances, 2012 a ; b; Peele ; 2012). Ainsi, ce qui se joue c'est une constitution identitaire en faveur des neurosciences et de son cadre de pensée dénoncé comme un réductionnisme biologique des pratiques en ligne. Dans cette cinquième version, la catégorie constituée des *Troubles liés à une substance et aux Addictions* au sein de laquelle l'addiction à Internet a été recommandée est, selon Stanton Peele, une prise de position à imputer au tournant en faveur

⁵³ Finalement le NIMH propose un autre système de classification : le *Research Domain Criteria* (RDoc) distinct des travaux de l'APA et basé sur des mesures cliniques objectives : « *The DSM diagnoses are based on a consensus about clusters of clinical symptoms, not any objective laboratory measure* » (Insel, 2013).

des neurosciences (Peele, 2012). Ses propos sont à ce sujet explicites : « *The highly capricious and ideologically driven by nature of the redefinition [of SUD] process is almost stunning* » (ibid.). Sous le chef d'une approche dimensionnelle, les critères différenciés du DSM-IV d'« abus » et de « dépendance » ont été fusionnés en un seul critère, celui d'addiction. À celle-ci appartient la sous-catégorie des « *addictions et troubles associés* », qui ne compte que le *Trouble de jeu* auparavant un *Trouble de l'impulsion*. La formulation du savoir qui a permis l'association du jeu pathologique avec la catégorie relative à une substance résulte de deux processus imbriqués qui illustrent la nouvelle compréhension adoptée quant aux maladies mentales.

Le premier processus est politique, il ne dépend d'aucune justification scientifique, mais de la volonté de standardiser les terminologies utilisées par les institutions et les journaux scientifiques. L'*American society of addiction Medicine*, l'*American Association of Addiction Psychiatrists*, ainsi que les revues scientifiques *American Journal on Addictions* et *Addiction* emploient le terme d'addiction et non de dépendance ce qui le rend plus « acceptable » d'après les psychiatres en charge, d'autant plus que les deux termes sont souvent confondus dans le langage commun (O'Brien et al, 2006).

Les deux arguments suivants des psychiatres responsables de la catégorie des *Troubles liés à une substance et aux Addictions*, O'Brien, Volkow et Li justifient l'orientation dans la formulation du savoir à l'origine de la catégorie d'addiction (ibid.). Une première explication réside dans la différence clinique sous-entendue dans les terminologies « addiction » et « dépendance ». Les membres du groupe de décision ont adopté à l'unanimité l'abandon du terme de *dépendance* qui réfère dorénavant à un processus physiologique dit naturel observé en rapport à une substance qui agit sur le système nerveux central après

ingestion de médicament ou de drogues. Dépendance signifie alors que le corps s'habitue « naturellement » à la molécule. Par exemple la méthadone, bien qu'associée à une « dépendance » physique réduit les effets de l'« addiction » à l'héroïne. Les symptômes de tolérance et de retrait sont des réponses physiques aux médicaments dites normales. Quant au concept d'« addiction »⁵⁴, il désigne dorénavant une perte de contrôle, dite non naturelle sur les comportements entraînant une souffrance. L'individu reproduit ce comportement initialement plaisant sans pouvoir se retenir malgré les conséquences négatives :

The term dependence is misleading, because people confuse it with addiction, when in fact the tolerance and withdrawal patients experience are very normal responses to prescribed medications that affect the central nervous system (...) On the other hand, addiction is compulsive drug-seeking behavior which is quite different. We hope that this new classification will help end this wide-spread misunderstanding. (ibid.)

Toutefois, dans ces propos, le critère de distinction entre un processus de dépendance naturel et celui pathologique de l'addiction reste flou et relève *in fine* de la perception de l'utilisateur qui reste en définitive le seul critère diagnostique comme l'affirme Stanton Peele (2012). Ses travaux, abordés dans le premier chapitre sur la dépendance à l'amour ont démontré que la dépendance comportementale est une expérience, basée sur une série de comportements répétés. Si cette définition rejoint à priori l'association au sein d'une même catégorie des dépendances avec et sans substances dans le DSM-V, le chercheur se dissocie de l'ajout du symptôme de compulsion dans cette version pour une raison idéologique : « *the whole issue with the centrality of 'craving' (...) indicates the ideological nature of the debate (...) moreover craving carries ideological baggage* » (ibid.). En effet, l'ajout du critère de *besoin* comme un des symptômes de l'addiction transforme celle-ci en une entité réifiée et physiologique, une maladie chronique cérébrale. *Besoin* définit un fort désir pour utiliser une

⁵⁴ Terme qui avait été abandonné suite à un vote dans la version III et la suivante (O'Brien et al., 2006).

substance et est associé à l'activation d'une zone spécifique cérébrale. Associé au modèle de la maladie, ce critère définit l'addiction comme une force intérieure et incontrôlable, en ouvrant la voie à la possibilité d'une libération pharmacologique, comme nous le verrons. Néanmoins, celui-ci n'est pas mesurable mais est basé sur un critère subjectif comme l'affirme Peele « *on subjective states like 'craving,' which are hard to define and identify* » (Peele, 2012). Effectivement, si le mécanisme est en théorie scientifique, le diagnostic de ce critère est avéré sur la base d'une question posée au dépendant comme exposé dans le DSM-V : « *Craving is queried by asking if there has ever been a time when they had such strong urges to take the drug that they could not think of anything else* » (DSM-V, 2013 : 483).

Le second argument du groupe de décision qui explique que l'association du jeu pathologique et de l'addiction à Internet à la catégorie des *Troubles liés à une substance* découle d'une nouvelle compréhension de la maladie mentale est à chercher dans les études sur l'étiologie de ces troubles. La catégorie des Troubles de l'impulsion de la version quatre du DSM a disparu suite au rapport de recherche rédigé par Potenza intitulé « *Should addictive disorders include non-substance-related conditions?* » (Potenza, 2006). D'après ses études réalisées sur les liens entre la catégorie des troubles de l'impulsion et des *Désordres liés à une substance*, l'auteur conclut que le jeu pathologique et cette catégorie partagent suffisamment de critères pour être associés. Le Jeu pathologique est ainsi devenu dans la version V du manuel, le Trouble de jeu, une addiction incluse comme sous-catégorie des addictions relatives à une substance : « *This new term and its location in the new manual reflect research findings that gambling disorder is similar to substance-related disorders in clinical expression, brain origin, comorbidity, physiology, and treatment* » (APA, 2013a). Des critères, une nouvelle fois physiologiques, réifient la pathologie comme un processus de

communication, régit par le principe de rétroaction, exclusivement cognitif et neuroscientifique. Cette représentation favorise l'utilisation indifférenciée de terminologies qui réfèrent pourtant à des pratiques et à des expériences différentes.

Le concept d'identité technoscientifique prend alors tout son sens pour illustrer l'identité du dépendant à Internet qui l'est doublement. Dans un premier temps construit par ces techniques lors des pratiques de communication assistées par ordinateur, c'est l'application des secondes qui le constitue comme *cyber*-dépendant. Ce second niveau technoscientifique aboutit à l'apparition d'identités à risque de dépendance selon une distribution des facteurs établis à partir des outils techniques utilisés.

1.3 Constitution des internautes comme population à risque

Les outils diagnostiques de l'IA séparent l'ensemble des utilisateurs d'Internet, sa population pourrait-on dire (les *netizens* : Porter dans Manjikian, 2012 : 118), en des groupes distribués selon des facteurs de risque. La volonté est ici de surveiller les processus vivants en établissant des catégories selon le bagage génétique et biologique de celle-ci. Cette sécurisation des pratiques s'applique à l'ensemble des internautes du fait de l'élargissement de la population à risque d'addiction à Internet. En effet, les diagnostics utilisés et proposés dans la cinquième version ont un rôle primordial en tant que technique divisant la population des internautes selon les niveaux de risques encourus. Aux dires des détracteurs, l'épidémie potentielle de cyberdépendant décriée par les partisans de l'inclusion (Busko, 2008 ; Block, 2008 ; Tao, 2010) résulte des outils diagnostiques qui, en abaissant les seuils et les symptômes nécessaires à l'établissement du diagnostic de dépendant, augmentent artificiellement les populations à risque.

Pour repérer l'IA, le diagnostic de K.Young (chapitre 1) est la référence de l'ensemble des autres diagnostics proposés à sa suite. En 2008, c'est cet outil qui est présenté dans la recommandation d'inclusion par Jerald J. Block (2008) et c'est toujours celui-ci en 2013 qui est la base du désordre de jeu en ligne (*IGA* : Petry, O'Brien, 2013). Le diagnostic recommandé par Ran Tao (2010) et son équipe s'appuie effectivement sur les travaux de K. Young. Selon les propos de John M. Grohol, psychologue fondateur en 1995 d'un réseau de discussion en ligne sur la psychologie, membre du comité de la revue *Cyberspsychology and Behavior*, exposant les résultats d'une étude menée, le questionnaire de Young se caractérise par une expansion du groupe considéré à risque et ne permet pas de différencier la population dépendante de celle normale (Grohol, 2009). Les biais méthodologiques évoqués lors de l'apparition de ce diagnostic (chapitre 4) restent en effet irrésolus. Ce questionnaire mesure le temps passé en ligne et la détresse psychologique à partir des 8 questions fermées (chapitre 1). D'après le psychologue, ce questionnaire manque de « sensibilité » et de pertinence, car il ne prend pas en compte les pratiques réalisées en ligne ou encore l'âge du dépendant qui sont pourtant des éléments centraux dans la définition d'usage normal d'Internet.

L'élargissement de la population à risque est à comprendre comme la constitution collective d'une population de patients à laquelle s'appliquent les modes de régulation technoscientifique. L'abaissement des niveaux de risques ainsi que les transformations dans les critères diagnostiques participent de cette augmentation et démontre ce que Allen Frances analyse comme la *médicalisation de la normalité* à travers la constitution d'une population nouvellement à risque et la création de faux positifs : « *always worry a great deal about missed cases, but rarely consider the risks of creating a large pool of false*

positives » (Frances, 2009). Selon lui, encore récents et méconnus les usages d'Internet bien qu'excessifs, peuvent être dans certains cas normaux (ibid.). Dans les discours présents dans le corpus, les diagnostics utilisés posent problème car ils ne s'appuient que sur des critères biologiques. Certes, comme l'affirme S. Kamens (2010) membre de la Société de Psychologie Humaniste, les critiques référant au principe de « ne pas blesser » par la pratique psychiatrique ne sont pas nouvelles. En revanche, la visée des membres du DSM-V d'inclure les critères dimensionnels et une approche étiologique, apporte une dimension supplémentaire à la critique sur les facteurs de risque cognitifs et individualisés. Leur molécularisation renforce la tendance au traitement individualisé de patients considérés comme biologiquement à risque : « *seems to foreshadow broader attempts to identify and treat at-risk individuals* » (Kamens, 2010 : 5). Ce sont essentiellement des critères biologiques, extérieurs, et quantifiés nonobstant les différentes pratiques qui représentent le cyberdépendant. Les indicateurs clés ayant mené à la classification et la validation des troubles mentaux selon la nouvelle approche dimensionnelle sont, selon les commandants, les suivants :

Eleven such indicators are currently under examination. Indicators shared by multiple disorders include: - neural substrates (brain structures that underlie a behavior or psychiatric state),- genetic risk factors,- specific environmental risk factors,- biomarkers (such as a feature on a brain scan that denotes disease presence or progression), - temperamental antecedents (characteristics of temperament that increase risk for a particular disorder), - abnormalities of emotional or cognitive processing, - treatment response, - familiarity (common occurrence within a family), - symptom similarity, - course of illness - and high comorbidity (the co-occurrence of two or more conditions).
(Kupfer et al, 2009)

D'après ces indicateurs, la recherche est orientée exclusivement sur les causes des troubles mentaux au niveau de la structure neurologique et des biomarqueurs génétiques. Ainsi, l'enjeu

politique se situe à priori d'après les discours et les points de désaccord du débat exclusivement sur le vivant molécularisé.

Finalement, la définition des cyberdépendances constitue une identité technoscientifique, car la structure matérielle de la société d'information à la base des pratiques de communication sert également, dès 1980, de fondement matériel restructurant les pratiques psychiatriques et le niveau d'intervention de celles-ci. Internet et l'informatique sont le support des pratiques excessives, mais aussi des techniques biomédicales qui définissent les cyberdépendances au sein d'une infrastructure neuroscientifique informatisée et digitale engendrant une représentation du vivant comme information. Ces identités sont liées à l'usage d'une technique à laquelle se superposent ensuite des pratiques technoscientifiques appliquées sur le corps qui le redéfinissent. En définitive, dans le cas de l'IA, l'identité constituée est technoscientifique puisqu'elle se situe à la convergence de techniques de fonctionnement social et de techniques de gestion individuelle et collective du vivant. En représentant les pratiques de communication à Internet comme des comportements informationnels, la pathologie devient un enjeu politique sur la vie *en soi* (*life itself*: Rose, 2007) ce qui renforce l'individualisation des problèmes de la connexion à Internet. Celle-ci est causée par une faiblesse individuelle, comme plusieurs recherches sur l'objet l'avaient analysé (Quinn, 2001 ; Suissa, 2007). En outre, comme il est proposé en 2008, le diagnostic de l'IA suppose des processus physiologiques de *besoin* (*craving* et *irresponsible pleasure seeking*). Ce diagnostic pénètre ainsi le corps du cyberdépendant, constitué comme un individu non autonome, soumis à des problèmes biologiques qu'il ne peut contrôler. Dans les discours, une volonté biomédicale de régulation des comportements s'affiche, mais une insuffisance des preuves et

des résultats de recherche placent l'addiction à Internet à la frontière de la bio-médicalisation, comme un projet face auquel de multiples résistances s'affichent. En définitive, les prises de position théoriques ainsi que les techniques de pouvoir qui forment la figure de cyberdépendant éclipsent dans les discours scientifiques, les jugements de valeur et la subjectivité des cliniciens. Contrairement aux analyses sur la médicalisation (Quinn, 2001 ; Suissa, 2007 ; Conrad, 2007), notre analyse des discours entourant la constitution identitaire du cyberdépendant dans le DSM-V met en lumière que ce qui est permis et encouragé par les partisans de l'inclusion, c'est la transformation et l'amélioration du vivant *en soi*, devenu un enjeu de pouvoir et le lieu de régulation des pratiques sociales indésirées.

2. Un mode de régulation néolibéral

La représentation de l'identité constituée par les outils de validation du DSM-V oblitère sous les discours scientifiques en apparence objectifs, la normalisation des pratiques de communication induite. En effet, à travers les diagnostics proposés suggèrent que seulement certains groupes sont concernés par la dépendance puisque pour ses partisans, le diagnostic permet ce qu'ils qualifient de « fonctionnement social normal » (Sederer, 2011 ; Pies, 2009). Ainsi, en plus de révéler des éléments idéologiques et épistémologiques, l'analyse discursive met en lumière des éléments culturels quant à la normativité des pratiques sociales de communication.

2.1 Subjectivité et conséquences sociales négatives

Nous avons vu que le diagnostic d'addiction à Internet proposé dans le DSM-V

suppose le processus physiologique de *besoin* hautement critiqué, car il repose sur peu de recherches scientifiques. Il augure une explication physiologique à un ressenti subjectif reposant donc sur la perception de l'individu et de son entourage de sa consommation d'Internet. Comme le rappelle Roland Pies le terme maladie sous-entend une souffrance et une incapacité - sociale, physique ou professionnelle - significative (Pies, 2009 : 34) et c'est avant tout la perception et le ressenti du patient qui servent d'alarme pour déclencher le processus de pathologisation (ibid.). Or, cette perception et ce ressenti sont deux critères subjectifs (Peel, 2012) inscrits au sein d'une culture particulière qui définit les critères normaux de fonctionnement social. Ainsi, les symptômes qui permettent de repérer les dépendants à Internet dans les études du corpus retenues lors des débats, notamment celles de Young (1996) et de Tao (2010) restent vagues et sont avant tout sociaux puisque les mesures des processus physiologiques ne font pas consensus. Dans l'ensemble des articles du corpus, ce sont effectivement les conséquences sociales négatives qui servent à repérer les cyberdépendants :

In a total of 110 consecutive patients admitted to the Addiction Medicine Centre, [...] for problematic internet use resulting in significant losses/impairments in psychosocial function (e.g. impaired learning, working and social functions). [...] Behavioural addiction affects a vast number of individuals and occurs when people find themselves unable to control the frequency or amount of a previously harmless behaviour such as love, sex, gambling, work, internet and chatroom usage, shopping or exercise. (Tao, 2010)

Le groupe de commandement a retenu le questionnaire diagnostique énoncé par Tao dans l'article « *Proposed diagnostic for Internet Addiction* » selon lequel l'addiction à Internet : « *Duration of internet addiction must have lasted for an excess of 3 months, with at least 6 hours of internet usage (non-business / non-academic) per day* » (ibid.). Outre les critères extérieurs déjà abordés, la frontière des usages non professionnels et non académiques, est difficile à saisir, d'autant plus que la majorité des activités quotidiennes est réalisée à travers

cet outil dans le contexte d'une société d'information. Plusieurs questions demeurent alors sans réponses. Comment classer un individu qui souhaite faire de son métier la conception de jeu vidéo et y consacre six heures quotidiennes ? Comment classer un individu qui vit à l'étranger et possède un réseau social à l'international et pour cela échange régulièrement à travers les réseaux sociaux ? Qu'en est-il du travailleur à domicile face à son ordinateur qui ressent une souffrance psychologique ? Aucun auteur du corpus ne répond à ces questions.

2.2 Hiérarchisation des pratiques

Les diagnostics de la cyberdépendance oblitèrent à travers des critères biologiques les mandats et performances imposés aux internautes quant à leurs pratiques de communication sur Internet. À ce sujet, John M. Grohol repère les usages d'Internet valorisés et ceux dévalorisés dans les critères diagnostics utilisés pour repérer les cyberdépendants (Grohol, 2009). D'une part, quand Internet est utilisé pour chatter en ligne, acheter, se divertir et regarder de la pornographie, un lien est effectué avec les conséquences négatives ce qui rend ces pratiques à risque. En revanche, lorsqu'Internet est utilisé de façon excessive pour des activités liées au travail ou à l'éducation, l'usage est associé à des conséquences positives (*positive outcomes*) entraînant une diminution du risque de dépendance, une meilleure perception de soi et une augmentation de l'estime de soi. Le fait que les usages problématiques ne soient considérés comme tels que lorsqu'ils remplacent des activités supposées bénéfiques est selon le psychologue un jugement de valeur. La dépendance n'est pas présente tant que le jeune va à l'école, fait ses devoirs, lit des livres, fait du sport, travaille et a plus de relations en face à face que hors ligne (Grohol, 2009). Ainsi, malgré les recherches scientifiques menées depuis 1996 sur la pathologie, les mêmes jugements de valeur que ceux observés lors des

premières recherches lors de la naissance de la clinique se reproduisent (Chapitre 4). Les solutions à la dépendance sont proposées lorsque ces critères sociaux ne sont plus satisfaits, et ce, afin de les assurer.

L'argument de la productivité des internautes transparait dans les propos de Allen Frances, psychiatre opposé à l'inclusion dans le DSM-V. Ses propos démontrent l'importance de cet argument dans la définition de la cyberdépendance puisque d'après ses arguments, la pathologie ne doit pas être reconnue, car Internet apporte plus de productivité qu'il n'en détruit :

[about being Internet addict] *Not unless our attachment is compulsive and without reward or utility, interferes with participation and success in real life, and causes significant distress or impairment. For most people, the tie to the Internet, however powerful and consuming, brings much more pleasure or productivity than pain and impairment. This is more love affair and/or tool using than enslavement—and is not best considered the stuff of mental disorder. It would be silly to define as psychiatric illness behavior that has now become so much a necessary part of everyone's daily life and work.* (Frances, 2013 : 2)

Ces propos de l'ancien commandant répondent ainsi à des arguments ancrés dans une culture néolibérale qui juge les comportements au regard des termes d' « utilité, de succès, de pouvoir, de consommation, de productivité, de nécessité et enfin de travail » (Frances, 2013) en vue d'une amélioration de soi, d'un dépassement. Puisqu'Internet apporte plus d'utilité, de productivité et de plaisir, il n'est pas pertinent de décrire la relation à Internet comme un asservissement. Les activités non professionnelles ni scolaires sont d'ailleurs qualifiées de « non essentielles » dans les recherches (Dell' Osso et al., 2008; Tao, 2010). Ce processus de hiérarchisation des pratiques et d'élaboration des pratiques à risque se constate dès 1980 dans les travaux de Weizenbaum (1981) et de M. Shotton (1989) et révèle les normes sous-

entendues par la biomédicalisation des pratiques en ligne, et démontre de plus que la figure du cyberdépendant est née dès les premiers usages d'Internet.

Proscrire des pratiques à risque de dépendance, celles qui sont pourtant reliées à un travail qui nécessite une connexion permanente n'a aucun fondement scientifique, mais est une volonté politique. Aucune étude du corpus ne justifie les choix de cette éviction préalable. Ainsi, le diagnostic proposé à partir du même schéma conceptuel que le jeu pathologique et les dépendances avec substance, repérable à partir des dysfonctionnements sociaux tels que la perte d'un travail, des problèmes financiers, sociaux ou académiques, ancre l'addiction à Internet comme la promotion d'un individu néolibéral (Reith, 2007). En effet, ces facteurs normés et non mesurables, mais subjectifs renvoient à des logiques de performance sociale qui permettent sociologiquement d'accéder aux formes de subjectivités constituées par les outils proposés par le DSM-V. L'idée centrale à retenir ici est celle selon laquelle le processus de biomédicalisation des cyberdépendances établit à partir de modes technoscientifiques de régulation de la matière vivante, une hiérarchisation des pratiques sociales liées au réseau selon leur utilité et leur productivité sociales.

2.3 Amélioration pharmacologique du vivant

En réponse à cette dysfonction sociale, les discours en faveur de l'inclusion se cristallisent autour du rôle des médicaments qui s'avèrent être la seule voie proposée permettant à l'utilisateur de reprendre le contrôle sur lui-même face au mécanisme de *besoin* (Botswick et Bucci, 2008 ; Busko, 2007). D'après les propos des auteurs recensés dans le corpus, l'intérêt porté à la pharmacologie est double. D'une part, *l'amélioration* des comportements est assistée pharmacologiquement et d'autre part la nature de la pathologie est

justifiée par l'efficacité des antidépresseurs (SSRI). Cette conclusion émane de plusieurs études, démontrant que les symptômes de cyberdépendance répondent positivement aux opiacés en diminuant le besoin, la tolérance ainsi que le temps de connexion (Pies, 2009). Les drogues anti-manque testées dans le cas des troubles de dépendances et d'addictions, tels que l'*Escitalopram (Lexapro)*, le *Vivitrol*, l'opiacé *Naltrexone* font office de remède pour l'ensemble des dépendances en agissant sur la production de sérotonine et de dopamine. Dans un même élan, ce type de recherche menée sert à justifier l'existence de la pathologie au niveau neurologique. Si après ingestion du médicament testé, le groupe de chercheur constate une diminution des symptômes d'addiction à Internet alors les conclusions retenues sont celles d'une efficacité du protocole, prouvant que la pathologie est causée par ce problème relatif aux circuits de production de la dopamine et de la sérotonine :

In summary, cellular adaptations in the addict's PFC result in increased salience of drug-associated stimuli, decreased salience of non-drug stimuli, and decreased interest in pursuing goal-directed activities central to survival. (Bostwick et Bucci, 2008 : 229)

Récusant cet argumentaire tautologique et réducteur, les détracteurs renvoient à la faible quantité d'études menées et le peu de cas probants permettant de statuer sur l'étiologie des cyberdépendances. Le caractère hâtif de la proposition d'inclusion soulève des suspicions quant à la volonté d'ouvrir un nouveau marché pharmaceutique basé sur cette pathologie. À partir de l'expérience du DSM-IV, son rédacteur Allen Frances met en garde à ce sujet quant aux intérêts lucratifs sous-jacents à cette démarche : « *Watch out for careless overdiagnosis of Internet and Sex addiction and the development of lucrative treatment programs to exploit these new markets (...) spawn new 'treatments' that are often no more than expensive quackery* » (Frances, 2012a : 2). Christopher Lane rejoint cette critique et dénonce les intérêts financiers : « *some critics argue that the addiction of new disorders to the manual is little*

more than a pretext for prescribing profitable drugs » (Lane dans Kaplan, 2009). La majorité des promoteurs de l'IA est effectivement reliée à des marchés privés offrant des traitements (Chapitre 4), à l'aune des chercheurs Aboujeaoude et de Hollander tous deux financés par le laboratoire *Forest Pharmaceuticals* (Busko, 2007), le second ayant supervisé les premiers essais cliniques menés par la FDA (Dell'Osso et al., 2008 ; NIH, 2007). Concernant des marchés non pharmacologiques, nous avons déjà démontré que K.Young possède et dirige un centre de traitement en ligne (Pies, 2009). Quant à Jerald J. Block, le psychologue qui a recommandé l'inclusion de l'IA, il est précisé dans la déclaration relative aux conflits d'intérêts qu'il possède un brevet pour une technique informatique limitant l'usage d'Internet (Block, 2008). La proposition publiée en éditorial de *l'American Journal of Psychiatry* référence d'ailleurs dans sa bibliographie plusieurs articles rédigés par lui-même, non publiés ou résultant d'une conférence qu'il a lui-même organisé : *International Symposium on the Counseling and treatment of youth Internet Addiction* à Séoul en Corée du Sud en 2007.

2.4 Une liberté (auto) contrôlée

Un nœud discursif articulé autour de la pharmacologie expose le comportement éthique que doit suivre l'internaute, entre Internet comme un moyen d'autocontrôle et un moyen d'expression valorisé. Les propos d'Aboujeaoude sont à ce sujet éloquentes :

The approach is not complete abstinence, since that's not practical [...] but rather treatment encourages patients to avoid problematic online behaviors and develop healthy alternatives - for exemple from behing online 8 hours a day to 3 hours a day. (Aboujeaoude dans Busko, 2007)

Formulée par Daniel Bell (1979), la tension entre ces deux pôles renvoie aux contradictions culturelles du capitalisme qui permet, d'une part, la production d'une éthique basée sur la

discipline du sujet et la valorisation du travail tandis que d'autre part, le capitalisme permet une consommation de produits basés sur l'expression personnelle, la gratification et l'hédonisme. L'individu encouragé à consommer, à utiliser Internet et profiter de connexion à haute vitesse est par ailleurs est invité à se maîtriser et restreindre sa consommation pour éviter les risques de dépendance à l'aide des outils (pharmacologiques et ou techniques) disponibles. À ce sujet, plusieurs psychiatres du corpus proposent aux individus d'adopter des stratégies de connexion et des styles de vie qui assurent le bien-être en ligne, ce que nous avons empiriquement exposé dans le chapitre précédent avec le concept de « bien être cybernétique » :

How to change your relationship to technology ? Acknowledge that technology has power – Set Boundaries- Schedule some of your free time - Phone stacking - Use your phone's alerts creatively - Focus on being present - Take a "Technology Holiday» - Use a real watch or clock - Find a professional who specializes in cognitive Behavioral Therapy.
(Fader, 2013)

Cet extrait illustre la panoplie de techniques que l'utilisateur se voit proposer pour prévenir un comportement compulsif. Une grande part des propositions pré-diagnostique s'avèrent être des stratégies d'usage de la technologie, notamment l'usage d'alarmes, une pause technologique. Elles s'adressent à des individus constitués par des techniques et encouragés à se maîtriser pour limiter les effets indésirés de la connexion permanente.

Une nouvelle fois, le mode de régulation est réalisé sur le vivant puisque tel que proposé par ses avocats, le processus *de recherche de plaisir*, critère symptomatique de la catégorie des *Troubles liés à une substance et aux addictions* devient la justification de la pratique excessive d'Internet. De multiples considérations viennent se greffer à la déresponsabilisation induite par ce postulat. Les questions éthique et légale sont posées par

Frances (2012) et relevées par Kamens (2010). Dans son dernier ouvrage *Saving normal* (2013) il propose la figure du consommateur intelligent (smart consumer) : « *A vibrant society depends on having responsible citizens who feel in control of themselves and own up to the consequences of their actions - not an army of 'behavioral addicts' who need therapy in order to learn to do the right thing* » (ibid.: 191). Le cyberdépendant augure ainsi la figure d'un sujet responsable et acteur de sa propre biomédicalisation dans l'optique de maîtriser ses usages d'Internet au quotidien. Par là même les propos de Sherry Turkle dans sa dernière étude (2011) révèlent les possibilités du projet biomédical. Selon elle, si effectivement le sujet est soumis à Internet, elle déplore la comparaison à la dépendance, car elle suppose que les sociétés sont infiltrées par une mauvaise substance :

Talking about addiction subverts our best thinking because it suggests that if there are problems, there is only one solution. To combat addiction you have to discard the addictive substance. But we are not going to 'get rid' of the internet (...) the idea of addiction (...) makes us feel hopeless. (Turkle, 2011 : 293)

Or, les processus décrits démontrent que les pratiques et discours biomédicaux donnent à l'utilisateur la possibilité de reprendre le contrôle sans avoir à rejeter l'ensemble des pratiques relatives à Internet. Ainsi, il devient de sa responsabilité de prendre en charge son bagage neurologique afin de conserver et d'améliorer son capital santé. Pour atteindre ce but, il s'agit donc pour le sujet d'équilibrer, de maîtriser son temps de connexion et d'adopter à des stratégies quant au temps consacré en ligne afin que son usage n'entraîne pas un « dysfonctionnement » social qui nuirait à sa productivité sociale (scolaire ou professionnelle). Le rapport à la technologie régulé par autosurveillance et autodiagnostic laisse donc reposer sur l'internaute la responsabilité d'adopter un style de vie et un comportement qui diminue les risques d'addiction. Le schéma de l'addiction tel que proposé représente les effets négatifs des

technologies selon un cadre cognitif qui fournit des solutions à ce problème-ci. Le fait de soigner individuellement et de laisser reposer sur l'individu la responsabilité de ses actes en le déresponsabilisant puisqu'il est victime d'un système physique déficient, ne questionne pas l'idéologie productiviste qui motive ces pratiques, ni les déterminants sociaux. La clinique *ReStart* dirigée par Hilarie Cash propose à ce sujet un programme qui permet de mettre au point un style de vie assurant une harmonie entre les pratiques techniques, le travail et les études : « *Lifestyle sustainability : In this program patients live independently, attend school or work and use technology in a sustainable healthy way* » (Cash, 1999). Tel qu'on le retrouve dans le site Internet d'Hilarie Cash la culpabilisation et la honte associés à une pratique déviante sont éclipsées par le mécanisme neurochimique expliquant le comportement : « *Social pressure to label and criticize [problematic digital technology] users (rather than seeking to understand the neurological nature and science of addiction medicine) brings guilt and shame to those individuals who have a difficult time balancing their use* » (ibid.). Si ces propos renvoient aux théories de la médicalisation, de l'étiquetage et de la labellisation, au regard de l'analyse précédente, les voies de réalisation de celles-ci, effectuées à partir de discours ciblés sur le vivant et de sciences et techniques autorégulées, facilitent et encouragent le recours aux techniques de contrôle biomédicales afin de suppléer le contrôle et le pouvoir de l'ordinateur que l'utilisateur doit maîtriser. Cette dimension pose indéniablement la question de l'accès inégalitaire aux outils et techniques développés et les raisons pour lesquelles ils sont utilisés, ou prescrits. Du fait du matériau scientifique analysé, cette problématique n'est jamais abordée de front par les acteurs du projet.

Conclusion

Si au premier abord, il semble paradoxal d'encourager l'implantation des techniques de l'information et dans un même élan, de reconnaître qu'elles peuvent aboutir à des conséquences négatives pour l'utilisateur, l'analyse discursive démontre un scénario différent puisque le dénominateur commun de ces processus contingents s'avère être celui des fondements matériels et techniques de la société d'information. Celui-ci motive les recherches sur l'addiction selon une logique interventionniste supportée par les sciences et techniques issues de l'informatique et de la biologie. Elle s'applique sur le vivant et constitue l'ensemble des internautes comme des sujets à risque de dépendance selon une volonté normative d'amélioration technoscientifique du vivant. Ce mode de gestion biomédical des pratiques sociales non désirées valorise la productivité et la performance sociale. L'addiction à Internet est donc un construit social culturel, un projet idéologique et politique qui se matérialise ensuite dans les pratiques de recherche scientifique. Ainsi, les catégories de classification du manuel à l'instar de l'addiction sont transformées afin de proposer des solutions aux problèmes sociaux engendrés par ces mêmes techniques. L'analyse de discours a ainsi mis en lumière les relations de pouvoir sur le vivant qui traversent les pratiques de communication par Internet et les modes de résistance qui ont encouragé le rejet de l'inclusion de cette pathologie dans le manuel. Dans la pratique scientifique et d'après les preuves étiologiques obtenues, l'addiction à Internet résiste à une biomédicalisation complète et extrême. En revanche, la poursuite du projet pose la question de la marchandisation du vivant et des intérêts économiques d'entreprises ou de clinique qui offrent les outils de la maîtrise des pratiques de communication. De la pharmacologie aux applications pour téléphone ou ordinateur, en passant par la consultation d'un spécialiste et la retraite sans *wifi*, la concurrence est exponentielle dans l'espace d'intervention formant la liberté contrôlée des pratiques en ligne.

CONCLUSION GÉNÉRALE

[...] je ne crois pas que ce soient les ordinateurs eux-mêmes qu'il faille redouter, mais bien plutôt la façon dont la culture digérera leur présence.
Seymour Papert, 1981.

We must not fixate on what this new arsenal of digital technologies allows us to do without first inquiring what is worth doing.
Evgeny Morozov, 2013

The Economics of the future is User Interface Design
Jaron Lannier, 2013

La déclaration d'indépendance du cyberspace présentée en introduction du mémoire (p. x) est prononcée en 1996 aux États-Unis par le directeur de l'*Electronic Frontier Foundation* en réaction à la loi sur le contrôle des Télécommunication (Barlow, 1996). Cette même année se concrétisait dans le milieu scientifique la définition biomédicale des cyberdépendances, laissant entrevoir un vaste domaine d'intervention et de contrôle des pratiques en ligne. À ce stade, notre recherche suggère que ce discours libertaire qui se veut futuriste expose pourtant des bribes du mode de régulation spécifique au capitalisme numérique dématérialisé déjà présent et en émergence. Face au rejet des solutions imposées par les « gouvernements fatigués de chair et d'acier » et d'« un ordre accompagné de contrainte physique » (ibid), simultanément et très rapidement le projet de gouvernementalité biomédical se déploie. Ainsi, le cyberspace n'est pas apparu *ex nihilo* échappant aux logiques de régulation sociale comme le suggère J.P. Barlow, il serait plus juste d'affirmer qu'il les transforme. Comparativement aux recherches effectuées au préalable sur cet objet (Quinn, 2001 ; Surrat, 1999 ; Johnson, 2009 ; Conrad, 2007 ; Suissa, 2007), notre étude a démontré que l'informatique modifie les voies et offre des outils de gouvernance qui sont individualisés, technicisés et automatisés régulant les pratiques sociales par l'amélioration des processus

vivants. La recherche démontre également que les cyberdépendances ne découlent pas uniquement d'une médicalisation correspondant à un contrôle subi de ces pratiques afin de les normaliser. La tendance amorcée indique qu'il s'agirait d'un processus souhaité et actif puisqu'il emprunte les voies d'une responsabilisation des internautes vis-à-vis d'un idéal de santé à respecter dans ses pratiques quotidiennes avec les outils et les techniques disponibles sur le marché. La recherche empirique menée a ainsi éclairé plusieurs composantes de cet objet scientifique. Outil de régulation, l'objet d'étude est finalement un objet scientifique dont la forme dépend de multiples composantes sociales, culturelles et politiques.

1. Le mode de régulation proposé par le DSM-V.

Premièrement, les cyberdépendances s'avèrent être des pathologies complexes qui soulèvent un modèle idéologique et épistémologique. La pathologie de l'addiction à Internet pose problème du fait de la représentation de l'identité sous-jacente aux discours scientifiques biomédicaux. Une opposition s'est révélée dans le modèle identitaire proposé par le DSM-V, qui en biologisant les pratiques de communication avec des critères cliniques étiologiques non probants suppose un modèle de représentation du vivant culturellement ancré et témoigne d'une volonté sociale et politique ancrée dans les sociétés occidentales avancées.

Par ailleurs, une seconde composante de l'objet a été mise en lumière dans la recherche menée. Il s'agit de la surenchère technoscientifique proposée par le modèle biomédical offrant des solutions de traitement qui ne remettent pas en question la logique à l'origine de la dépendance, mais qui au contraire la renforcent. Les facteurs de risque tels que le potentiel émotionnel et psychologique de la machine révélé au début de la clinique ainsi que

les perspectives de l'Internet comme un outil de sociabilisation sont progressivement évacués au profit d'une biologisation des pratiques en ligne qui ne tient pas compte des spécificités de l'expérience de l'utilisateur. Les méthodes de maîtrise des usages utilisées en prévention s'avèrent les premiers outils proposés avant celui tout indiqué de traitement pharmacologique permettant d'améliorer et soutenir les performances des internautes en termes de rendement académique et professionnel. Ainsi, les recherches encouragées sur les cyberdépendances suscitent une responsabilisation individuelle vis-à-vis de son propre bagage génétique et neurologique qui déresponsabilise l'utilisateur au regard des pratiques sociales réalisées puisqu'il biologise celles-ci. À la lumière de ces résultats, plusieurs pistes de recherche nous semblent pertinentes à poursuivre pour enrichir la connaissance de ce mode de régulation biomédical des pratiques. Il s'agirait d'interroger des cyberdépendants afin de comprendre la souffrance ressentie vis-à-vis de leur utilisation de la technologie. L'étude des campagnes de sensibilisation effectuées nous renseignerait sur les voies de la prévention et enfin, il serait pertinent d'analyser les usages sociaux effectués des techniques d'autosurveillance quantifiées (*self tracking*) disponibles sur Internet ou applications mobiles. La stratification et les inégalités sociales engendrées par l'accès marchandisé aux soins, techniques et médicaments offerts sont un élément central qu'il s'agirait d'approfondir. Quel outil de traitement est proposé (clinique, outil de limitation du temps de connexion ou médicament) , à qui (jeune, travailleur, aisé ou pauvre), à quelle fin (normalisation ou amélioration) et à partir de quel critère diagnostique (selon les pratiques, les facteurs biologiques ou sociaux)? Ces différentes dimensions sont à explorer et croiser afin d'approfondir le modèle de la biomédicalisation des cyberdépendances.

La troisième composante empiriquement mise en évidence dans le modèle de régulation proposé par le DSM-V est celle néolibérale puisqu'en individualisant le problème il évacue de fait le modèle économique de la dépendance, pourtant au fondement de plateformes de jeu vidéo et de sites de réseautage social (Hautefeuille et Véléa, 2010). En effet, les enjeux relatifs à l'industrie du jeu sont oblitérés par les discours scientifiques concevant l'addiction comme une maladie mentale tandis qu'ils s'avèrent centraux dans la problématique puisque le mécanisme physiologique de l'addiction est la source et la garantie de revenu de cette industrie (Lanier, 2013). Facebook ©, Twitter © ou encore Candy Crush © basent en effet l'essentiel de leurs revenus sur le processus d'impulsion, sur la disponibilité d'attention⁵⁵. Les sous-dimensions présentées dans la revue de littérature telles que l'infolisme et l'achat excessif de produits en ligne ne figurent d'ailleurs plus dans les sous-dimensions de l'addiction à Internet proposée dans le DSM-V. Si le constat que le normativisme social du DSM s'effectue au service de la productivité économique n'est pas nouveau, dans notre objet, ces normes s'appliquent et se renforcent de manière systématique et globale à partir d'une maîtrise des processus vivants. C'est la matière vivante qui devient l'enjeu de pouvoir et de régulation technoscientifique comme le démontre l'enjeu des débats. De plus, de nouvelles problématiques sociologiques se posent vis-à-vis des voies de réalisation du processus d'autonomisation propre à la modernité, pourtant véhiculé par l'informatique, puisque les cyberdépendances se forment hors des portes de l'hôpital pour s'immiscer directement entre l'utilisateur et l'objet de sa dépendance dont il peut maîtriser l'usage par lui-même sur le réseau

⁵⁵ Les recherches et théories sur l'économie de l'attention sont à ce sujet fort intéressantes pour expliquer les mutations du capitalisme cognitif tirant profit de l'attention des consommateurs lors de leurs temps libres, des temps sociaux intersticiels (attente du métro, transports urbains) pour proposer des produits, jeux en continu qui nécessitent une connexion fréquente (Citton, 2014).

de façon autorégulée. La volonté infinie de contrôle technique est démontrée dans cet objet comme fondamentalement constituante et corrélativement alimentée.

2. Transnationalisation des cyberdépendances

Si l'horizon des recherches scientifiques semble tracé par le projet discursif biomédical, l'addiction à Internet est une forme de cyberdépendance qui suppose un caractère universel à des pratiques sociales utilisant une technique qu'il s'agit de dénaturiser. Le report de l'inclusion dans le manuel ouvre le champ des possibles quant à la conceptualisation des conséquences négatives des pratiques en ligne puisque leur forme dépend de contextualisations tributaires d'une culture spécifique modulant le processus de biomédicalisation selon des voies multiples. Rappelons ici que la biopolitique en soi n'est pas problématique, c'est la raison pour laquelle le propos de ce mémoire a été de comprendre par quelles voies elle se réalise et ainsi connaître les effets iatriques des logiques mises en place. Or, nous avons démontré que dans le projet du DSM-V la logique de rationalisation technique et économique à l'origine de la pratique excessive se renforce en définitive. Cette volonté *de créer* une maladie renseigne sur les logiques des sociétés occidentales contemporaines dominées par la logique, la raison, la gestion technicisée des problèmes sociaux jusque dans le domaine de la communication informatisée, acte devenu fondamental depuis l'avènement de l'informatique en 1980. Nous exposerons trois exemples qui offrent de nombreuses pistes de recherche afin d'analyser les agencements à l'international dans la régulation biopolitique des pratiques de communication informatisées.

2.1 Le modèle démedicalisé japonais.

Le Japon offre un modèle exclusif de résistance au processus de biomédicalisation au sein duquel l'usage excessif de technologies de communication ayant pour conséquence principale reconnue une isolation sociale n'est pas défini comme une pathologie mentale. Dans la littérature, on constate que la critique sociale de la communication assistée par Internet n'est pas développée comme dans le contexte des États-Unis au sein duquel nous la sociabilité en ligne est dévalorisée. Au Japon « *Otaku* »⁵⁶ réfère à une culture caractérisée par un attrait pour les mondes virtuels des jeux vidéo et des mangas. À des fins d'expression identitaire, ce groupe utilise les propriétés d'Internet comme la distanciation, l'évasion et la sociabilité. Symbole d'une génération *postmoderne* en quête identitaire, cette culture désigne des groupes qui construisent de nouvelles valeurs et normes centrées sur les objets de consommation considérés comme des simulacres (Baudrillard, 1968).

Inscrit dans cette culture, le groupe social « *Hikkikomori* »⁵⁷ est analysé par Margaret Lock et Vinh-Kim Nguyen (2010). Celles-ci constatent que les pratiques et discours nippons proposent une explication non médicalisée à la question de la surconsommation d'Internet, tant dans les symptômes observés que les solutions proposées. Les traitements sont avant tout des groupes de supports pour les membres de la famille du jeune reclus afin de comprendre le principal symptôme, celui du besoin d'isolement social (*social withdrawal*). Selon les chercheuses, ce trouble définit comme un problème social et non médical concernerait 1 % de la population nippone, soit un million de personnes (ibid.: 76). Le portrait

⁵⁶ Otaku est un terme introduit en 1983 par l'essayiste Nakamori Akio devenu le porte parole de la communauté. Formé par l'idéogramme des termes « logis » et « maison », il est la traduction de l'expression « l'endroit où l'on vit ». Le terme est aussi la seconde personne du pluriel, « un vouvoiement impersonnel et assez distant que les Japonais utilisent quand ils ont besoin de s'adresser à quelqu'un sans pour autant approfondir la relation ainsi nouée » (Barral, 1999 : 26).

⁵⁷ Il est traduit selon les articles par « enfermement, réclusion, retrait ou isolement social ».

du cyberdépendant rappelle de prime abord celui déjà constaté : des hommes, adolescents et adultes, mais des facteurs sont ajoutés à ceux-ci notamment la classe moyenne et l'appartenance à une famille ayant un haut niveau de scolarité. L'élément déclencheur s'avère être la pression à la réussite sociale qui cause le retrait de la société au profit dans la majorité des cas d'environnements virtuels (Umeda, 2012).

S'il alerte les autorités nippones en santé publique (Watts, 2002), le gouvernement japonais récuse l'idée d'un diagnostic psychiatrique discret que des recherches tentent d'assimiler à la figure du dépendant à Internet. Le psychiatre Tamaki Saito est très actif dans ce but. Ce psychiatre réalise en 2006 une première étude sur la prévalence de cyberdépendants dans la société japonaise avec l'outil diagnostique de K.Young. La recherche basée sur 242 sujets au collège a conclu à la prévalence de l'IA à 9,1 % de la population (Saito, 2006). C'est ce même chercheur, qui en 2010, a proposé d'inclure la pathologie dans le DSM-V selon six symptômes⁵⁸ inspirés de la psychiatrie diagnostique (Teo, 2010). Bien qu'« *Hikkikomori* » et « *Internet addicts* » tendent, sous la supervision d'un seul psychiatre, à être assimilés à travers le modèle diagnostique et symptomatique d'une définition biomédicale du savoir ; la prise en charge non médicale reste dominante et la cause du comportement problématique n'est pas imputée à l'outil technique au Japon, ni à des facteurs biologiques, mais sociaux.

⁵⁸ Voici la liste des symptômes proposés : « 1) *spending most of the day and nearly every day confined to home*, 2) *marked and persistent avoidance of social situations*, 3) *symptoms interfering significantly with the person's normal routine, occupational (or academic) functioning, or social activities or relationships*, 4) *perceiving the withdrawal as ego-syntonic* 5) *duration at least six months*, and 6) *no other mental disorder that accounts for the social withdrawal and avoidance* » (Malagon et al, 2010 in Teo, 2010).

2.2 Le modèle psychosocial en France et au Québec

Le second exemple est la perspective qualifiée de qualitative par les cliniciens de cette approche en France et au Québec (Nadeau, 2011 : 15 ; Valleur et Matysiak, 2006 : 32). Cette configuration se caractérise par une dominance psychothérapeutique et psychanalytique privilégiant, dans le cas de pratiques excessives en ligne, les traitements thérapeutiques individuels ou en groupe (Oliveri, 2011 : 220). L'expérience de connexion éclipsée dans la définition biomédicale au profit de signes cliniques extérieurs est ici partie intégrante de la définition. Cette approche accorde ainsi l'attention à de multiples facteurs déjà abordés tels que la réalité vécue par l'internaute, son intentionnalité et son expérience de connexion dans le monde virtuel. S'ensuivent des caractéristiques propres à l'outil : le pouvoir attractif de l'image, le monde virtuel comme échappatoire possible, l'espace de découverte et d'expérimentation de soi (Tisseron et al., 2006 ; Rochon, 2004)⁵⁹.

La cyberdépendance alors contextualisée est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel impliquant des mécanismes inconscients (Suisa, 2008). Offrant un contrepoids à une construction biomédicale du savoir, cette approche compréhensive et individualisée, adopte tout de même un modèle psychologique mécaniste. Serge Tisseron propose de substituer au concept de dépendance celui de comportement excessif afin d'agir à travers le levier de l'apprentissage aux usages des techniques. De plus, il critique les recherches démontrant que la dépendance à Internet est un diagnostic qui toucherait avant tout les jeunes générations, car « L'adolescence n'est pas un diagnostic, mais

⁵⁹ Voici la définition des cyberdépendants réalisée par le psychiatre Dan Véléa : « Les cyberdépendants sont des gens qui dans leurs efforts de combler un vide identificatoire, se heurtent aux obstacles souvent imaginaires, avec des combats qu'ils estiment perdus d'avance ou sans intérêts, situations qui vont engendrer inévitablement des frustrations, des phénomènes anxieux, des troubles du comportements. C'est à la recherche d'un échappatoire à la réalité, que cette tendance à s'extraire au contexte réel pourrait devenir l'une des motivations intimes des conduites des cyberdépendants ». (Véléa dans Oliveri, 2011 : 216)

une stigmatisation sans base scientifique établie qui fait courir le risque de figer l'enfant et sa famille dans une compréhension erronée de ses difficultés » (Tisseron dans Minotte, 2010 : 6). Adressée aux enfants et adolescents, la prévention s'effectue en parallèle de questions morales quant à la violence, à la protection de la vie privée, à la pornographie. Celles-ci ont peu de rapport avec la dépendance au sens médical et illustrent un contrôle étendu des pratiques en ligne au sens moralisateur par les cliniciens (Hautefeuille et Véléa, 2010 : 71-123).

2.3 Le modèle collectivisé chinois

Le dernier exemple qui clôt l'aperçu des configurations de la biomédicalisation des cyberdépendances est celui de la Chine. Si la Chine et les États-Unis s'appuient sur le même modèle du savoir standardisé puisque pour preuve, les études de Ran Tao ont été considérées comme le modèle des futures recherches à conduire sur l'addiction en vue d'une inclusion dans une version ultérieure au DSM-V (O'Brien, 2010), le cas chinois offre un modèle de gouvernamentalité différent. Tandis que les États-Unis s'appuient sur un modèle privé de responsabilisation individuelle selon lequel l'usage d'Internet et sa maîtrise dépendent de choix personnels et autonomes, l'Asie en général (Corée, Singapour, Taïwan) et la Chine en particulier proposent une alternative. Leur modèle de gestion est étatique, collectivisé au sein duquel la décision de l'État supplante les choix individuels néolibéraux.

En rapport à ce problème de santé considéré numéro un (Block, 2008), le ministère de la santé chinois a mis en place des solutions publiées en 2008 un manuel proposant une codification nosologique et des traitements spécifiques (Macartney, 2008 dans Manjikian, 2012). Parmi ceux-ci figurent l'hospitalisation, d'ailleurs 75 % des 3500 admis de l'hôpital Général de Pékin l'ont été à cause d'un diagnostic d'IA traité par un enfermement hospitalier

de trois mois (Huang, 2009). Les électrochocs complètent l'éventail de traitements prodigués (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* : Wu, 2007 ; Huang et al, 2009). Ce champ de recherche est dominé par le Docteur Ran Tao de l'Hôpital Général de Pékin qui fait figure d'autorité et travaille en partenariat avec des organisations étatiques, des associations de médecins et des membres des forces de police et militaires. Ils forment ensemble les autorités de pouvoir édictant les règlements des usages d'Internet. Plusieurs exemples illustrent ce fonctionnement en opposition avec le principe de responsabilisation individuel. L'État chinois est par exemple autorisé à légaliser et réguler les licences de café internet ainsi que la régulation du temps passé en ligne. La Chine a développé un ensemble de dispositifs relatifs à la connexion dès 1990, ce qui paraît atypique au regard de la réactivité des autorités chinoises en matière de santé (Manjikian, 2012 : 3). Outil politique, Internet soulève des enjeux de pouvoir, son contrôle est ici l'instrument étatique de gouvernementalité d'une population à travers la régulation de la matière vivante.

3. Dépendance ou amélioration? L'horizon du *posthumain*.

Pour clore ce mémoire et amener de nouvelles perspectives de recherche, un dernier élément nous semble pertinent à aborder. Force est de constater que malgré le report de l'inclusion de la pathologie dans le DSM-V, les conséquences négatives de la communication en ligne ressenties par les utilisateurs restent présentes et problématiques pour les utilisateurs qui d'eux-mêmes instaurent des outils pour maîtriser leur consommation d'Internet. Le concept d'addiction se répand rapidement même sans l'aval du DSM comme l'affirme Allen Frances : « [Internet Addiction] *seems to be picking up steam even without DSM-5 endorsement* » (Frances, 2012a). Cette alarme signale la nécessité de mettre en place des

programmes de réflexion face à l'implantation automatique des technologies de l'information au quotidien sous l'étendard du progrès social. Elle nous exhorte à le faire rapidement, si effectivement, l'usage excessif de ces technologies a des conséquences sur la structure cérébrale des individus.

Dans ce sens, si le prisme de la dépendance suppose que les pratiques excessives de jeu, de sexe ou de sociabilité en ligne sont nocives, à l'opposé, selon des discours prophétiques, les symptômes de la dépendance et les transformations neurologiques constatées par les psychiatres, seraient en fait, l'horizon de l'évolution humaine. La figure du *posthumain*, cet être amélioré et augmenté par l'usage de l'informatique est présent dans plusieurs études sur les transformations cognitives induites par les usages prolongés des nouvelles technologies de communication. L'informatique, en tant que support cognitif, a des incidences sur la mémoire, la formulation d'une pensée, l'attention, la concentration (Carr, 2010; 2013). D'autres démontrent que la structure cérébrale de la nouvelle génération, la génération Y, la *Gen-D* (Greenfield dans Young et De Abreu, 2011 : 135-155), serait différente de la précédente du fait de l'utilisation de ces technologies de l'information et annoncerait une génération améliorée. Ces dimensions supposent des discours qu'il serait pertinent de confronter à ceux sur les partisans de l'addiction à Internet situés hors de la sphère scientifique au sujet de la problématique de *l'amélioration*. En opposition à la valorisation du progrès technique, des mouvements se constituent incitant à la déconnexion et à la focalisation sur le moment présent pour ralentir le rythme et s'offrir des espaces de calme (Ougdhiri, 2013). Ceux-ci sont devenus un luxe et un objet de marketing puisque payés au prix fort et ainsi accessibles aux seules classes aisées (Faure, 2012; Bellot, 2013). Il semblerait ainsi qu'à mesure de la démocratisation de l'accès à Internet, ce soit la possibilité d'en être déconnecté

qui devienne un trait de distinction sociale qui renverse ainsi les inégalités sociales liées à l'accessibilité au réseau. C'est d'ailleurs dans la Silicon Valley, le foyer industriel d'Internet qu'émergent les mouvements *low tech* et les écoles sans outil informatique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages de référence et institutionnels

Association américaine de psychiatrie. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.

INSERM, *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Les Éditions INSERM, 2005, 436p.

Nadeau, Louise; Didier Acier; Laurence Kern et Carole-Line Nadeau. *La cyberdépendance : état des connaissances, manifestations et pistes d'intervention*, Montréal, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, 2011, 88 p.

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Vaugeois, Pierre. *La cyberdépendance : fondements et perspectives*, Centre québécois de lutte aux dépendances, Montréal, 2006, 32 p.

Services Gouvernementaux de Québec. Des politiques et des programmes pour prévenir et traiter la cyberdépendance. En ligne <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/PER/815011/2007/2007_01.htm>, consulté le 20 Mars 2013.

Articles scientifiques

Aboujaoude, Elias et al. « Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults », *CNS Spectr*, vol. 11, n°10, 2006, p. 750-755.

Adam, Christophe. « Jalons pour une théorie critique du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) », *Déviance & Société*, vol. 36, 2012, p. 137-169.

Alvin Weinberg, « Can technology replace social engineering ? », *Bulletin of the Atomic Scientist*, vol. 22, n°10, Décembre 1966, p.4-12.

- Andreassen, Cecilie Schou, Torbørn Torsheim, Geir Scott Brunborg et Stale Pallesen. « Development of a Facebook addiction scale », *Psychological reports*, vol. 110, n°2, 2012, p. 501-17.
- Andreoli, Antonio. « L'avant projet DSM-V entre rupture et continuité », *Revue Médicale Suisse*, vol. 7, 2011, p.379.
- Armstrong, David. « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, n°3, 1995, p. 393-404.
- Armstrong, Lynette, Phillips, James G. et Lauren L Saling. « Potential determinants of heavier internet usage », *International Journal of Human-Computer Studies*, vol. 53, n°4, October 2000, p. 537-550
- Bateson, Gregory. « The cybernetics of "self": a theory of alcoholism », *Psychiatry*, vol. 34, n°1, 1971, p. 1-18.
- Beard, Keith W. et Eve M. Wolf, « Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction », *CyberPsychology & Behavior*, vol.4, n°3, 2001, p.377-383.
- Bingham, John E. et Chris Piotrowski. « Online sexual addiction: a contemporary enigma », *Psychological Reports*, vol. 79, n°1, 1996, p. 257-258.
- Block, Jerald J. « Issues for DSM-V: Internet addiction », *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n°3, 2008, p. 306-307.
- Bostwick J., Michael et Jeffrey A. Bucci. « Internet sex addiction treated with naltrexone », *Mayo Clin Proc*, vol. 83, 2008, p. 226–230.
- Brenner, Viktor. « Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey », *Psychological reports*, vol. 80, n°3, 1997, p. 879-82.
- Byun, Sookeun et al. « Internet Addiction : Metasynthesis of 1996-2006 Quantitative Research », *Cyberpsychology and behavior*, vol. 12, n°2, 2009, p. 203-207.
- Campbell, Nancy. « Medicalization and Biomedicalization : Does the diseasing of addiction fit the frame? », *Advances in Medical Sociology*, vol. 14, n°3, 2012, p. 3-23.
- Cao, Feng-Lin; Lin-Yan Su et Xue-Ping Gao. « Control study of group psychotherapy on middle school students with Internet overuse », *Chinese Mental Health Journal*, vol. 2, n°5, 2007, p. 346-9.
- Canguilhem, Georges, « Puissance et limite de la rationalité ». dans : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin, 1989,[1978], p. 392-411.

- Caplan, Scott. E. « Problematic Internet use and psychosocial well-being : development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument », *Computers in Human Behavior*, vol.18, 2002, p.553-575.
- Carbonnel, Xavier; Elena Guardiola; Marta Beranuy et Ana Bellés. « A bibliometric analysis of scientific literature on Internet, video games, and cell phone addiction », *Journal of the Medical Library Association*, vol. 97, n°2, 2009, p. 102-107.
- Cash, Hilarie; Cosette D Rae, Ann H Steel et Alexander Winkler. « Internet addiction : a brief summary of research and practice », *Current psychiatry review*, vol. 8, 2012, p. 292-298.
- Chou, Chien, Linda Condrón et John C. Belland. « A review of the research on Internet addiction », *Educational Psychology Review*, vol. 17, n°4, 2005, p. 363-88.
- Christakis, Dimitri A. et Megan A. Moreno. « Trapped in the Net : Will Internet Addiction Become a 21st-Century Epidemic? », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 163, n°10, 2009, p. 959.
- Christensen, Margaret H.; Maressa Hecht Orzack; Lynn M. Babington et Carol A.Patsdaughter. « Computer addiction: When monitor becomes control center », *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, vol. 39, n°3, March 2001, p. 40-47.
- Clarke, Adele; Laura Mamo; Jennifer R. Fishman; Janet K. Shim; Jennifer Ruth Fosket. « Biomedicalization : Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, avril 2003, p. 161-94.
- Clarke, Adele et Janet Shim. « Medicalization and Biomedicalization revisited : Technoscience and transformation of health, illness and American medicine », dans *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, New York, Springer, 2011, p 173-199.
- Collier, Roger. « Internet Addiction : New-age diagnosis or symptom of age-old problem », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n°9, October 27, 2009, p. 575-576.
- Collin, Johanne. « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, vol. 34, n°1, 2007, p. 99-122.
- Conrad, Peter. « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-32, 1992.
- Cooper, Al; David L. Delmonico et Ron Burg. « Cybersex users, abusers, and compulsives : New findings and implications », *The Journal of Treatment & Prevention*, vol. 7, n°1-2, 2000, p. 5-29

- Cosgrove, Lisa; Sheldon Krinsky; Maya Vijayaraghavan et Lon Schneider. « Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry », *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 75, n°3, 2006, p. 154-160.
- Crawford, Robert. « Health as a meaningful social practise », *Health*, vol. 10, n° 4, October 2006, p. 401-420.
- Davis, Richard A. « A cognitive-behavioral model of pathological Internet use », *Computers in Human Communication*, vol. 17, 2001 p.187-195.
- Deleuze, Gilles. « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle », *L'autre journal*, n°1, Mai 1990.
- Dell'Osso Bernardo et al. « Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder : an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, 2008, p. 452–456.
- Douglas et al. « Internet addiction : Meta-synthesis of qualitative research for the decade 1996-2006 », *Computers in Human Behavior*, vol. 24, 2006, p. 3027-3044.
- Festl Ruth; Michael Scharkow; Thorsten, Quandt. « Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults », *Addiction*, vol. 108, 2013, p. 592–9.
- Gori, Roland. « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *L'esprit du temps*, Champs psy, vol. 2, n°42 , 2006, p. 55-83.
- Griffiths, Mark. « Gambling Technologies: Prospects for Problem Gambling », *Journal of Gambling Studies*, vol. 15, n°3, automne 1999a, p. 265-283.
- _____ « Does Internet and Computer “Addiction” Exist ? Some Case Study Evidence », *CyberPsychology and Behavior*, n°3, 1999b, p.211-218
- _____ « Internet addiction – Time to be taken seriously? », *Addiction Research*, n°8, 2000, p.413–418.
- Hacking, Ian. « Making up people », *London Review of books*, vol. 28, n°16-17, Août 2006, p. 23-26.
- Ha, Jee Hyun; Yoo, Hee Jeong; Cho, In Hee; Chin, Bumsu; Shin, Dongkeun et Kim, Ji Hyeon « Psychiatric Comorbidity Assessed in Korean Children and Adolescents Who Screen Positive for Internet Addiction », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol 67, n°5, Mai 2006, p.821-826.
- Ha, Jee Hyun et al. « Depression and Internet Addiction in adolescents », *Psychopathology* 2007; vol. 40, p.424–430

- Han, Doug Hyun; Hwang, Jun Won et Renshaw, Perry F. « Burpotion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction », *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 18, n°4, 2010, p. 297-304.
- Healy, David. « Shaping the intimate : influences of everyday nerves », *Social Studies of Science*, vol. 34, n°2, 2004, p. 219-245
- Huang, Xui-qin; Meng-chen Li et Ran Tao. « Treatment of Internet Addiction », *Current psychiatry reports*, vol. 1, n°3, 2009, p. 1-9.
- Hur, Mann Hyung. « Demographic, habitual, and socioeconomic determinants of internet addiction disorder : an empirical study of Korean teenagers », *Cyberpsychology & Behavior*, vol. 9, 2006, p. 514–25.
- Hyman, Steven E. « Can neuroscience be integrated into the DSM-V? », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 8, 2007, p.725–732.
- Jäger, Susanne et al. « Effects of a manualized short-term treatment of internet and computer game addiction (STICA): study protocol for a randomized controlled trial », *Trials*, vol. 13, 2012, p. 43.
- Jauréguiberry, Francis. « L'immédiateté communicationnelle », *Nouvelles technologies et mode de vie*, La Tour d'Aigues, l'Aube, 2005, p. 85-98.
- Karaiskos, Dimitris et al. « Social network addiction: a new clinical disorder? », *European Psychiatry*, vol. 25, 2010, p. 855.
- Kandell, Jonathan. « Internet Addiction on Campus : The Vulnerability of College Students », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 1, n° 1, 1998, p. 11-17.
- Kim, Kyunghye et al. « Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43, 2006, p.185–92.
- King, Daniel L.; Paul H. Delfabbro; Mark D. Griffiths et Michael Gradisar. « Assessing clinical trials of Internet addiction treatment : A systematic review and CONSORT evaluation », *Clinical psychology review*, vol. 31, n°7, 2011, p. 1110-1116.
- Ko, Chih-Hung; Ju-Yu Yen et Cheng-Sheng Chen. « Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, 2006, p. 887–94.
- Ko et al., « The association between Internet addiction and psychiatric disorder : A review of the litterature », *European Psychiatry*, vol. 27, n°1, Janvier 2012, p. 1-8.

- Ko, Chih-Hung et al. « Brain correlates of craving for online gaming under cue exposure in subjects with Internet gaming addiction and in remitted subjects », *Addiction biology*, vol. 18, n°3, 2013, p. 559-569.
- Koepp, Matthias J. et al. « Evidence for striatal dopamine release during a video game », *Nature*, vol. 393, n° 6682, 1998, p. 266-268.
- Kupfer, David J. et Darrel A. Regier. « Why all medicine should care about DSM-5 », *Journal of American Medical Association*, vol. 303, n° 19, May 19, 2010, p.1974-1975.
- Kuss, Daria J. et Mark D Griffiths. « Online social networking and addiction : a review of the psychological literature », *International journal of environmental research and public health*, vol. 8, n°9, 2011, p. 3528-3552.
- Lee, Sherley et Avis Mysyk. «°The medicalization of compulsive buying°», *Social Science and Medecine*, vol. 58, n°9, 2004, p. 1709-18.
- Leiblum, Sandra Risa. «°Sex and the net : clinical implications°», *Journal of Sex Education and Therapy*, vol. 22, n°1, 1997, p. 21-27.
- Leshner, Alan. « Addiction is a brain disease », *Issues in Science and Technology*, vol. 17, n°3, 2001, p. 75-80.
- Li, Gang et Dai Xiu-Ying. « Control study of cognitive-behavior therapy in adolescents with Internet addiction disorder », *Chinese Mental Health Journal*, vol. 23. n°7, 2009, p. 457-70.
- Montag, Christian; Peter Kirsch; Carina Sauer; Sebastian Markett et Martin Reuter. « The Role of the CHRNA4 Gene in Internet Addiction : A Case-control Study », *Journal of Addictive Medecine*, vol. 6, n° 3, September 2012, p.191-195.
- Morahan-Martin, Janet. « The Gender Gap in Internet Use: Why Men Use the Internet More Than Women - A Literature Review », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 1, n°1, 1998, p. 3-10.
- Morahan-Martin, Janet et Peter Schumacher. « Incidence and correlates of pathological Internet use among college students », *Computers in human behavior*, vol.1, 2000, p.13-29.
- Xiaoli Ni, Hong Yan, Silu Chen, et Zhengwen Liu. « Factors Influencing Internet Addiction in a Sample of Freshmen University Students in China », *CyberPsychology & Behavior*. June 2009, vol.12, n3, p. 327-330.
- Nye, Robert A. « The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century », *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol. 39, n°2, 2003, p. 115-29.

- O'Brien, Charles P. « Commentary on Tao et al. (2010)^o: Internet addiction and DSM V », *Addiction*, vol. 105, n^o3, 2010, p. 565.
- O'Brien, Charles P., Nora Volkow, Ting-Kai Li. « What's in a word ? Addiction Versus Dependence in DSM-V », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, 2006, p. 764-765.
En ligne
<<http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/Addiction%20release%20FINAL%202005.pdf>>, consulté le 31 Janvier 2013.
- O'Reilly, Michael. « Internet addiction a new disorder enters the medical lexicon », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 154, n^o12, June 15, 1996, p.1882-1883.
- Orzack, Maressa H. « Computer addiction : What is it ? », *Psychiatric Times*, 1998.
- Pelletier, Jean-François. « Pensée psychotique, technologies de communication et réadaptation sociale », *Cahiers de recherche sociologique*, n^o41-42, 2005, p. 257-278.
- Petry, Nancy M. et Charles P. O'Brien. « Internet gaming disorder and the DSM-5 », *Addiction*, vol. 108, n^o7, 2013, p. 1186-7.
- Pies, Ronald. « Should DSM-V designate Internet addiction, a mental disorder? », *Psychiatry*, vol. 6, n^o2, 2009, p. 31-37.
- Potenza, Mark N. et al. « Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, n^o8, 2003, p. 828.
- Potenza, Mark N. « Should addictive disorders include non-substance-related conditions », *Addiction*, vol. 101, supplément s1, Septembre 2006, p. 142-151.
- Proulx, Serge. « La place des objets techniques dans la communication contemporaine » in Alain Gras et Pierre Musso, éd., *Politique, communication et technologies. Mélanges en hommage à Lucien*, Paris : P.U.F, 2006 p. 381-394.
- Quinn, Brian. « The medicalisation of online behaviour », *Online Information Review*, vol. 25, n^o3, 2001, p. 173-80.
- Regier, Darrel A.; William E. Narrow ; Emily A. Kuhl et David J. Kupfer. « The conceptual development of DSM-V », *American Journal of Psychiatry*, vol. 166, n^o6, June 2009, p.645-650.
- Reith, Gerda. « Consumption and its discontents: addiction, identity and the problems of freedom », *The British Journal of Sociology*, vol. 55, n^o 2, 2004, p. 283-300.
- Sattar Pirzada et Sriram Ramaswamy. « Internet gaming addiction », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n^o12, 2004, p. 871-2.

- Scherer, Kathy. « College life on-line : Healthy and unhealthy Internet use », *Journal of College Student Development*, vol. 38, n°6, Nov-Dec 1997, p. 655.
- Scott, Susie, « The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness », *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, n°2, 2006, p. 133-53.
- Shapira Nathan A.; Toby D. Goldsmith; Paul E. Keck; Uday M. Khosla et Susan L. McElroy. « Psychiatric features of individuals with problematic Internet use », *Journal of affective disorders*, vol. 57, n°1-3, 2000, p. 267-72
- Shapira, N., Lessig, M., Goldsmith, T., Szabo, S., Lazoritz, M. et Gold, M. Problematic Internet use: Proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, vol. 17, n°4, 2003, p. 207–216.
- Shim, Janet K.; Laura Mamo ; Jennifer Ruth Fosket ; Jennifer R. Fishman et Adele Clarke. « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 18, n°2, 2000, p. 11-42
- Spoljar, Philippe. « Nouvelles technologies, nouvelles toxicomanies? », *Le journal des psychologies*, vol. 144, Février 1997, p. 55-59.
- Starcevic, Vladan. « Is Internet addiction a useful concept? », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 47, n°1, p. 16-19.
- Suissa, Amnon Jacob. « Addictions et pathologisation de l'existence: aspects psychosociaux », *Psychotropes*, vol. 14, n°2, 2008, p. 61-80.
- _____ « Dépendances et médicalisation : repères et enjeux psychosociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n°2, 2007, p. 92-110.
- Suler, John. « Computer and cyberspace "addiction" », *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, vol. 1, n°4, 2004, p. 359-362.
- Tao, Ran et al. « Proposed diagnostic criteria for internet addiction », *Addiction*, vol. 105, n°3, 2010, p. 556-64.
- Teo, AR et AC Gaw, « Hikikomori, a Japanese culture bound syndrome of social withdrawal. A proposal for DSM-V ». *Journal of Nervous Mental Disorder*, vol. 6, 2010, p.444-449.
- Umeda, M et N Kawakami. « Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori' in the community population in Japan », *Psychiatry and clinical neurosciences*, vol. 66, n°2, p. 121-129.
- Valleur, Marc. « La cyberaddiction existe-t-elle? », *Psychotropes*, vol. 15, n°1, 2009, p. 9-19.

- Volkow, Nora. « How Science has revolutionized the Understanding of Drug Addiction », *The Science of Addiction : Drugs, Brains, and Behavior*, vol. 2, n°2, 2007, p.14-17.
- Vrecko, Scott. « Civilizing technologies and the control of deviance », *BioSocieties*, vol.5, n°1, 2010, p. 36-51.
- Wakefield, Jerome C. « The concept of mental disorder : On the boundary between biological facts and social values », *American Psychologist*, vol. 47, n°3, 1992, p. 373-388.
- Watts, J. « Public health experts concerned about ‘hikkikomori’ », *Lancet*, vol. 359, n°1312, 2002, p.1131.
- Weinstein et Lejoyeux, « Internet addiction or excessive internet use », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 36, n°5, Setembre 2010, p.277-83.
- Wiederhold, Mark. « Éditorial », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 1, n°1, January 1998, p. 1-2
- Winkler, Alexander; Beate Dörsing; Winfried Rief; Yuhui Shen et Julia A. Glombiewski. « Treatment of internet addiction : A meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, vol. 33, 2013, p. 317–329.
- Wölfling Klaus; Kai W. Müller et Manfred Beutel. « Reliability and validity of the Scale for the Assessment of Pathological Computer-Gaming (CSV-S) ». *Psychother Psychosom Med Psychol*, vol. 61, n°5, 2011, p. 216-24
- Wu, Liuzhen; JunjuanYan et Jisheng Han. « Treatment on 27 adolescents with Internet addiction by 2/100 Hz HAN’s acupoint nerve stimulator (HANS)», *Chinese Journal of Drug Dependence*, vol. 16, 2007, p. 32–35.
- Yen, Ju-Yu; Cheng-Fang Yen; Cheng-Sheng Chen; Tze-Chun Tang, et Chih-Hung Ko. « The Association between Adult ADHD Symptoms and Internet Addiction among College Students: The Gender Difference », *CyberPsychology & Behavior*, vol.12, n°2, 2008, p. 187-191.
- Yen, Ju-Yu et al. « The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction : Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Depression, Social Phobia and Hostility », *Journal of Adolescent Health*, vol. 41, n°1, 2007, p. 93–98.
- Yoo, Hee Jeong et al. « Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction ». *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 2004, vol. 58, p. 487–94.
- Young, Kimberley S. « Internet addiction : The emergence of a new clinical disorder », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 1, n°3, 1996a, p. 237-44.
 _____ « Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype », *Psychological reports*, vol. 79, n°3, 1996b, p. 899-902.

_____ « Internet Addiction : Symptoms, Evaluation, And Treatment », *Innovations in Clinical Practice*, vol. 17, 1999. En ligne <<http://treatmentcenters.com/downloads/internet-addiction.pdf>>, consulté le 21 Septembre 2012.

_____ « Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications ». *CyberPsychology & Behavior*, vol. 10, n°5, 2007, p. 671-9.

Young, Kimberley; Molly Pistner; James O'Mara et Jennifer Buchanan. « Cyber disorders : The mental health concern for the new millennium », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 2, n°5, 1999, p. 475-479.

Young, Kimberley S. et Robert C. Rogers. « The Relationship Between Depression and Internet Addiction », *CyberPsychology & Behavior*, vol. 1, n°1, 1998, p. 25-28.

Monographies

Aboujaoude, Elias. *Virtually you: The dangerous powers of the e-personality*, New York, W.W. Norton & Company, 2012, 352 p.

Barral, Étienne. *Les enfants du virtuel*, Denoel Impacts, 1999, 314 p.

Baudrillard, Jean. *Le Système des objets : la consommation des signes*, Paris, Gallimard, 1968, 288 p.

Beck, Ulrich. *La Société du risque : Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, coll. Champs, 2003, 522 p.

Bell, Daniel. *Les contradictions culturelles du capitalisme*, PUF, 1979, 292 p.

Berger, Peter L. et Thomas, Luckmann. *La construction sociale de la réalité*, Armand Colin, Paris, 1996, 357 p.

Breton, Philippe. *L'utopie de la communication : Le mythe du village planétaire*. Paris, La Découverte, 1995, 171 p.

Breton, Philippe et Serge Proulx. *L'explosion de la communication : la naissance d'une nouvelle idéologie*, [poche], Montréal, Boréal compact, 1991, 286 p.

Carr, Nicholas. *The Shallows : What the Internet is doing to our brains*, W.W. Norton & Compagny, 2011, 276 p.

_____ *The Shallows : How the internet is changing the way we think, read and remember*, Atlantic Books, Limited, 2010, 288p.

- Castel, Robert et Claude Martin. *Changements et pensée du changement. Échanges avec Robert Castel*. Paris, La Découverte, 2012, 362 p.
- Castells, Manuel. *La galaxie Internet*, Paris, Fayard, 2002, 366 p.
 _____ *L'ère de l'information : La société en réseaux, tome I*. Fayard, Paris, 1998, 613 p.
 _____ *L'ère de l'information : Le pouvoir de l'identité, tome II*, Fayard, Paris, 1999, 538 p.
- Citton, Yves, *L'économie de l'attention : nouvel horizon du capitalisme?*, Paris, La Découverte, 2014, 250 p.
- Clarke, Adele; Laura Mamo; Jennifer R. Fishman; Janet K. Shim; Jennifer Ruth Fosket. *Biomedicalization : Technoscience, health, and illness in the US*, Durham, Duke University Press Books, 2010, 498 p.
- Conrad, Peter. *The medicalization of society : on the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2007.
- Crouzet, Thierry. *J'ai débranché : comment revivre sans Internet après une overdose ?*, Paris, Fayard, 2012, 224 p.
- Deschryver et Rifaut, *Internet rend-il accro?*, Éditions Labor, La vie en questions, 2005, 183 p.
- Ehrenberg, Alain. *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998. 414p.
 _____ *L'individu incertain*, Calmann-Lévy, 1996, 351 p.
- Feys, Jean-Louis. *L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte : une introduction*, Herman, Psychanalyse, 2009, 446 p.
- Flichy, Patrice. *The Internet imaginaire*, MIT Press, 2007, 255 p.
- Foucault, Michel. *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, Paris, Quadrige, PUF, 1963, 214 p.
 _____ *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1966, 405 p.
 _____ *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 318 p.
 _____ *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, 127 p.
 _____ *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, 2001, 1736 p.
 _____ *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, 1962, 89 p.
- Fox Keller, Evelyn. *The century of the gene*, Cambridge, Harvard University Press, 2000, 186 p.
- Frances, Allen. *Saving normal : an insider revolt against out of control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*, New-York, Harper Collins, 2013, 336 p.

- Gibson, William. *Neuromancien*, New York, Berkley Publishing Group, 1989, 128 p.
- Giddens, Anthony. *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, 1994, 192 p.
- Gras, Alain. *Fragilité de la puissance, se libérer de l'emprise technologique*, Fayard, 2003, 312 p.
- Greenfield, David. *Virtual addiction : help for netheads, cyberfreaks, and those who love them, Oakland*, New Harbinger Publication, 1999, 227 p.
- Grob, Gerald N. et Allan V. Horwitz. *Diagnosis, therapy, and evidence: conundrums in modern American medicine*, Rutgers University Press, 2010, 270 p.
- Grondin, Jean. *L'herméneutique*, Paris, PUF, Que sais-je?, 2006, 218 p.
- Habermas, Jürgen. *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Denoël/Gonthier, Bibliothèque Médiations, 1978, 211 p.
- Hacking, Ian. *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton, Princeton University Press, 1995, 336 p.
- _____. *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illness*, University of Virginia Press, 1998, 239 p.
- Healy, David. *The creation of psychopharmacology*, Cambridge, Harvard University Press, 2002, 469 p.
- Horwitz, Allan. *Creating mental illness*, Chicago, University of Chicago Press, 2002, 289 p.
- Hautefeuille, Michel et Dan Véléa. *Les addictions à Internet : De l'ennui à la dépendance*, Paris, Payot & Rivages, 2010, 208 p.
- Max Horkheimer et Theodor W. Adorno, *La dialectique de la raison*. Paris, Gallimard, [1944] 1974.
- Johnson, Nicola F. *The multiplicities of Internet Addiction : The misrecognition of leisure and learning*, Ashgate, 2009, 166 p.
- Keel, Othmar. *La médecine des preuves Une histoire de l'expérimentation thérapeutique par essais cliniques contrôlés*, Presses de l'Université de Montréal, 2011, 170 p.
- Kirk, Stuart A. et Herb Kutchins. *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 1992, 270 p.
- Kutchins, Herb et Stuart A. Kirk. *Making us crazy : DSM - The psychiatric bible and the creation of mental disorders*, London, The Free Press, 1997, 304 p.

- Lafontaine, Céline. *L'empire cybernétique : des machines à penser à la pensée machine*, Paris, Seuil, 2004, 238 p.
- Lane, Christopher. *Shyness : How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale University Press, 2008, 272 p.
- Lanier, Jaron. *You Are Not a Gadget: A Manifesto*, New York, Alfred A. Knopf, 2010, 209 p.
 _____ *Who owns the future?* San Jose, Simon & Schuster, 2013
- Latour, Bruno. *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, La Découverte, 1991, 205 p.
 _____ *La Science en action*, [traduit de l'anglais par Michel Biezunski ; texte révisé par l'auteur], Paris, La Découverte, « Textes à l'appui. Série Anthropologie des sciences et des techniques », 1989.
- Moscovici, Serge. *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1976.
- Nayebi, Jean-Charles. *La cyberdépendance en 60 questions*, Paris, Retz, 2007, 126 p.
- Lock, Margaret et Vinh-Kim Nguyen. *An anthropology of biomedicine*, Oxford, Wiley, 2011, 520 p.
- Lupton, Deborah. *The Imperative of health : Public Health and the regulated body*, Thousand Oaks, Sage, 1995, 181 p.
- Lyotard, Jean-François. *La condition postmoderne : rapport sur le savoir*, Paris, Éditions de Minuit, Collection Critique, 1979, 128 p.
- Manjikian, Mary. *Threat Talk : The Comparative Politics of Internet Addiction*, Burlington, Ashgate, 2012, 187 p.
- Martuccelli, Danilo. *Sociologies de la modernité : l'itinéraire du XXe siècle*, Gallimard, 1999, 709 p.
- Maushart, Susan. *The Winter of Our Disconnect: How Three Totally Wired Teenagers (and a Mother Who Slept with Her iPhone) Pulled the Plug on Their Technology and Lived to Tell the Tale*, Tarcher, 2011, 280 p.
- Miah, Andy et Emma Rich. *The Medicalisation of Cyberspace*, London, New York, Routledge, 2008.
- Minotte, Pascal. *Cyberdépendances et autres croquemitaines*, Bruxelles, Fabert, 2010, 60 p.
- Morozov, Evgeny. *The Net Delusion: The Dark Side of Internet Freedom*, Public Affairs, 2010, 448 p.
 _____ *To Save Everything, Click Here: The Folly of Technological Solutionism*, PublicAffairs, 2013, 432 p.

- Oliveri, Nicolas. *Cyberdépendances: une étude comparative France-Japon*, Paris, Éditions L'Harmattan, 2011, 268 p.
- Orr, Jackie. *Panic Diaries : a genealogy of Panic Disorder*, Duke University Press, 2006, 376 p.
- Oudghiri, Rémy. *Déconnectez-vous!*, Paris, arléa, 2013, 207 p.
- Papert, Seymour. *Le jaillissement de l'esprit : ordinateur et apprentissage*, Paris, Flammarion, 1981, 298 p.
- Peele, Stanton et Archie Brodsky. *Love and addiction*, Oxford, Taplinger, 1975, 284 p.
- Peretti-Watel, Patrick et Jean-Pierre Moatti, *Le principe de prévention*, Paris, Seuil, 2009, 103 p.
- Rheingold, Howard. *Virtual reality*, Secker & Warburg, 1991, 415 p.
 _____ *The Virtual community: Homesteading the electronic frontier*, Harper Perrenial, 1994, 335p.
- Rochon, Jean-Pierre. *Les accrocs d'Internet*, Québec, Libre expression, 2004, 270 p.
- Romo, Lucia, Bioulac Stephanie, Grégory Michel, et Laurence Kern. *La dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet*, Dunod, 2012, 224 p.
- Rose, Nikolas S. *Politics of life itself : biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton, Princeton University Press, 2007, 350 p.
- Saito, Tamaki. *Social withdrawal : adolescence without end*, [trad, Jeffrey Angles], Minneapolis, University of Minnesota Press, 2012, 208 p.
- Sfez, Lucien. *Critique de la communication*, Paris, Seuil, 1988, 389 p.
 _____ *La santé parfaite: Critique d'une nouvelle utopie*, Paris, Éditions du Seuil, 1995, 398 p.
- Shorter, Edward. *A history of psychiatry : From the era of asylum to the age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, 436 p.
- Shotton, Margaret A. *Computer addiction? A study of computer dependency*, London, Taylor & Francis, 1989, 342 p.
- Stengers, Isabelle. *La volonté de faire science : À propos de la psychanalyse*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1992.
- Surratt, Carla G. *Netaholics? : The creation of a pathology*, Nova Science Pub Incorporated, 1999, 222 p.

Tisseron, Serge, Sylvain Missonier et Michel Stora. *L'enfant au risque du virtuel*, Paris, Dunod, 2006, 200 p.

Turkle, Sherry. *Life on the screen : Identity in the age of Internet*, New York, Simon and Schuster, 1995, 347 p.

_____ *The second self : computers and the human spirit*, New York, Simon and Schuster, 1984, 362 p.

_____ *Alone together : why we expect more from technology and less from each other*, New York, Basic Books, 2011, 384 p.

Valleur, Marc et Jean-Claude Matysiak. *Les addictions: panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge*, Armand Colin, 2006, 380 p.

Weizenbaum, Joseph. *Puissance de l'ordinateur et raison de l'homme: du jugement au calcul* [trad.], Boulogne sur Seine, Éditions d'Informatique, 1981, 195 p.

Young, Kimberley S. *Caught in the net : How to recognize the signs of Internet addiction - and a winning strategy for recovery*, Toronto, John Wiley & Sons, 1998, 215 p.

Young, Kimberly S. et Cristiano Nabuco de Abreu, *Internet addiction : a handbook and guide to evaluation and treatment*, Hoboken, N.J, John Wiley & Sons, 2011, 312 p.

Articles de journaux

Bellot, Laure. « L'île de la déconnexion », *Le Monde*, 30 Janvier, 2013. En ligne. <http://www.lemonde.fr/vous/article/2013/01/30/l-ile-de-ladeconnexion_1824516_3238.html>, consulté le 2 Juillet 2013

Belluck, Pam. « The symptoms of Internet Addiction », *New York Times*, 1 Décembre, 1996. En ligne <<http://www.nytimes.com/1996/12/01/weekinreview/the-symptoms-of-internet-addiction.html>>, consulté le 18 Janvier 2012.

Brown Andrew. « Sleep-deprived teenagers 'triple chances of mental illness' by spending nights online », *The Telegraph*, 2 Septembre, 2010. En ligne, <<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/7976621/Sleep-deprived-teenagers-triple-chances-of-mental-illness-by-spending-nights-online.html>>, consulté le 6 Février 2011.

Faure, Guillaume. « Ces branchés qui débranchent », *Le Monde*, 24 Avril 2012. En ligne. <http://www.lemonde.fr/style/article/2012/04/27/ces-branches-qui-debranchent_1691531_1575563.html>, consulté le 2 Juillet 1992.

Kendall, Hamilton et Claudia Kalb. « They Log On, But They Can't Log Off People Are Getting Trapped In The Web. Should So-Called Internet Addicts Get Help - Or Just A Life ? » *Newsweek*, 18 Décembre, 1995. En ligne <<http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fusers.telenet.be%2Fsp%2Fanglais%2FThey%2520Log%2520On.doc&ei=9pnZUpOEHcSMYAGFhYDgAQ&usq=AFQjCNHhkAccQRhoPrYhDYPUEXxIjkjQ&bvm=bv.59568121,d.aWc>>, consulté le 26 Septembre 2012.

Martinat, Caroline, « Ados et cyberdépendance: faut-il leur interdire l'ordinateur ? », *Nice matin*, 10 Avril 2011. En ligne <<http://www.nicematin.com/article/sante/ados-et-cyberdependance-faut-il-leur-interdire-lordinateur>>, consulté le 10 Avril 2011.

Masimbert, Maelys, « États-Unis, un hôpital pour les drogués d'Internet », *Slate*, 9 Septembre, 2013. En ligne <<http://www.slate.fr/life/77254/hopital-internet-addiction>>, consulté le 26 Septembre 2013.

O'Neill, Molly. « The lure and addiction of life on line », *New York Times*, 8 Mars, 1995. En ligne <<http://www.nytimes.com/1995/03/08/garden/the-lure-and-addiction-of-life-on-line.html?pagewanted=all&src=pm>>, consulté le 17 Janvier 2013.

Peele, Stanton. « Politics in the diagnosis of addiction », *Huffington Post*, 15 Mai, 2012. En ligne <<http://www.huffingtonpost.com/authorarchive/?stanton-peelee/2012/05/>>, consulté le 31 Janvier 2013.

Renner, Romain. « L'addiction à Internet, un mal moderne », *Le Figaro*, 28 Septembre, 2011. En ligne <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/09/28/13464-laddiction-internet-mal-moderne>>, consulté le 3 Décembre 2012.

Rozières, Grégory. « L'addiction aux jeux video peut-elle tuer? », *Huffington Post*, 19 Juillet, 2012. En ligne, <http://www.huffingtonpost.fr/2012/07/19/addiction-jeux-video-tuer_n_1687034.html>, consulté le 3 Décembre 2012.

Salmon, Andrew. « Couples : Internet gaming addiction led to baby's death », *CNN World*, 2 Avril, 2012. En ligne <<http://www.cnn.com/2010/WORLD/asiapcf/04/01/korea.parents.starved.baby/>>, consulté le 3 Décembre 2012.

Sederer, Lloyd L. « The American Psychiatric Association's new Bible », *Huffington post*, 26 Juillet, 2011. En ligne <http://www.huffingtonpost.com/lloyd-i-sederer-md/the-american-psychiatric-_b_906333.html>, consulté le 31 Janvier 2013.

_____ « The DSM-5 : Will it work in clinica practice ? », *The Huffington Post*, 2 Juin, 2012. En ligne http://www.huffingtonpost.com/lloyd-i-sederer-md/dsm-5_b_1256123.html, consulté le 31 Janvier 2013.

Sharples, Tiffany. « A New Recovery Center for the Woes of Warcraft », *Time*, 27 Septembre, 2009. En ligne <<http://content.time.com/time/health/article/0,8599,1925468,00.html>>.

consulté le 10 Mai 2013.

Tinker, Ben. « Four beds ready to treat Internet addicts », *CNN*, 7 Septembre, 2013. En ligne <<http://www.cnn.com/2013/09/07/health/internet-addiction-treatment-center/>>, consulté le 10 Octobre 2013.

Traister, Rebecca. « Stop the internet, I want to get off! », *Salon*, 1er avril 2009. En ligne <http://www.salon.com/2009/04/01/freedom_traister/>, consulté le 2 Juillet 2012.

Urbina, Ian, « Addiction Diagnosis may rise under guideline changes », *New York Times*, 11 Mai, 2012. En ligne <http://www.nytimes.com/2012/05/12/us/dsm-revisions-may-sharply-increase-addiction-diagnoses.html?_r=0>, consulté le 31 Janvier 2013.

Wallis, David. « Just Click No ». *The New Yorker*, 17 Janvier, 1997. En ligne <<http://www.psychom.net/iasg.html>>, consulté le 13 Mars 2012.

Sitographie

Association américaine de Psychiatrie. « APA Corrects New York Times Article on Changes to DSM-5's Substance Use Disorders », 6 Décembre, 2012. En ligne <<http://dsmfacts.org/issue-accuracy/apa-corrects-new-york-times-article-on-changes-to-dsm-5s-substance-use-disorders/>>, consulté le 6 Janvier 2013.

« DSM-5 Publication Date Moved to May 2013 », Arlington, News Release, 10 Décembre, 2009. En ligne <<http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/0965%20DSM%20Timeline.pdf>>, consulté le 31 Octobre 2012.

Internet Gaming Disorder, Mai 2013a. En ligne <<http://www.dsm5.org/Documents/Internet%20Gaming%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>> consulté le 20 Mai 2013.

Substance-Related and addictive disorders, 2013b. En ligne <<http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>>, consulté le 20 Mai 2013

DSM5.org, Copyrights 2014, APA Publication. En ligne <www.dsm5.org>

DSMFACTS, Copyrights 2014, APA Publication. En ligne <www.dsmfacts.org>

Barlow, John Perry, *Déclaration d'indépendance du cyberspace*, [trad], Davos, 8 Février 1996. En ligne <<http://editions-hache.com/essais/barlow/barlow2.html>>, consulté le 2 Juillet 2012.

Busko, Marlene. « Internet Addiction : Fact or Fiction? », *Medscape Multispecialty*, 11 Mars, 2008, Medscape Conference Coverage based on selected sessions at the Anxiety Disorders Association of America 28th Annual Meeting: Oral Presentation 1C. March 6-9, 2007. En ligne <<http://www.medscape.com/viewarticle/571199>> consulté le 8 Janvier 2013.

- Cash, Hilarie. « Core principles of developing a sustainable relationship with digital technology : Sustainable Living Practices », *reSTART Internet Addiction Recovery Program*, 1999, 1p. En ligne <<http://netaddictionrecovery.com/the-problem/sustainable-use.html>>, consulté le 8 Août 2013.
- Greenfield, David. *The center for Internet and technology addiction*, 2013. En ligne <<http://virtual-addiction.com/>>, consulté le 8 Août 2013.
- Frances, Allen. « Internet Addiction - The Next New Fad Diagnosis », *Psychiatric Times*, 14 Août, 2012a. En ligne <<http://www.psychiatrictimes.com/internet-addiction%E2%80%94next-new-fad-diagnosis>>, consulté le 6 Janvier 2013.
- _____ « DSM 5 Is Guide Not Bible—Ignore Its Ten Worst Changes », *Psychology Today*, 2 Décembre, 2012b. En ligne <<http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes/>>, consulté le 6 Janvier 2013.
- _____ « A warning sign on the road to DSM-5 : Beware of its unintended consequences », *Psychiatric Times*, 26 Juin, 2009. En ligne <<http://www.psychiatrictimes.com/articles/warning-sign-road-dsm-v-beware-its-unintended-consequences>>, consulté le 31 Janvier 2013.
- Fader, Jonathan. « Are you addicted to your phone ? Change technology addiction », 20 Décembre 2013. En ligne, < <http://www.psychologytoday.com/blog/the-new-you/201312/are-you-addicted-your-phone-change-technology-addiction>>, consulté le 8 Janvier 2014.
- Grohol, John M. « The internet addiction myth : 2009 update », *PsychCentral*, 31 Janvier, 2009. En ligne <<http://psychcentral.com/blog/archives/2009/01/31/Internet-addiction-update/>>, consulté le 6 Janvier 2013.
- _____ « Video Game no addiction for now », *PsychCentral*, 20 Août 2007. En ligne <<http://psychcentral.com/news/2007/06/26/video-games-no-addiction-for-now/923.html>>
- Insel, Thomas. « Transforming diagnosis », *My blog Thomas Insel NIMH Director*, 29 Avril 2013. En ligne <<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>> , consulté le 2 Juillet 2013.
- Kaplan, Arline. « DSM-V Controversies », *Psychiatric Times*, vol. 26, n°1, 1 Janvier, 2009. En ligne <<http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1364926>>, consulté le 31 Octobre 2012.
- Kamens, Sarah. « Controversial issues for the future DSM-V », *Society for Humanistic Psychology Newsletter*, Janvier 2010. En ligne <http://www.apadivisions.org/division-32/publications/newsletters/humanistic/2010/01/dsm-v.aspx>>, consulté le 31 Octobre 2012.

Kupfer, David J.; Emily A. Kuhl; William E. Narrow et Darrel A. Regier. « On the road to DSM-V », Octobre, 2009. En ligne <<http://www.dana.org/news/cerebrum/detail.aspx?id=23560>>, consulté le 6 Mars 2012.

Locke, Don W. « American Counseling association Open letter to DSM-5 Task Force », 8 Novembre, 2011 En ligne <http://www.counseling.org/resources/pdfs/aca_dsm-5_letter_11-11.pdf>. consulté le 6 Mars 2012.

London, Jay. « MIT Researchers Develop a Shocking Treatment for Facebook Addiction », *The Alumni Association's Slice of MIT blog*, 5 Septembre, 2013. En ligne <<https://alum.mit.edu/pages/sliceofmit/2013/09/05/mit-researchers-develop-a-shocking-treatment-for-facebook-addiction/>>, consulté le 15 Octobre 2012.

Morris, Robert. *Pavlov Poke*. En ligne <<http://robertmorris.org/pavlovpoke>>, consulté le 2 Juillet 2012.

National Institutes of Health. « Efficacy of Escitalopram in the Treatment of Internet Addiction », *ClinicalTrialsGov*, 28 Novembre, 2007, mis à jour Mai 23, 2008. En ligne <<http://clinicaltrials.gov/show/NCT00565422>>, consulté le 30 Juillet 2013.

_____ « Effects of a Manualized Short-term Treatment of Internet and Computer Game Addiction (STICA) », *ClinicalTrialsGov*, 8 Septembre, 2011, mis à jour February 8, 2013. En ligne <<http://clinicaltrials.gov/show/NCT01434589> >, consulté le 30 Juillet 2013.

Oldham, John. « DSM Task Force response letter to the American Counseling Association », 21 Novembre, 2011. En ligne <<http://www.dsm5.org/Documents/DOC001.pdf>>, consulté le 6 Mars 2012.

Psynternaute, Jean-Pierre Rochon, Copyright 1997, Axe Informatique. En ligne, <www.psynternaute.com>

PsychiatricTimes, Copyright 1996 - 2014, UBM Medica, LLC. En ligne <<http://www.psychiatrictimes.com/>>.

Psychology Today, Copyright 1991-2014, Sussex Publishers, LLC. En ligne <<http://www.psychologytoday.com/>>.

Schatzberg, Alan F.; James H. Scully; David J. Kupfer et Darrel A. Regier. « Setting the record straight : A response to Frances commentary on DSM-V », *Psychiatric Times*, 2009. En ligne <<http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1425806>>, consulté le 10 Janvier 2013.

Société des arts technologiques. *Living Lab sainte Justine démonstration*, 2 Juillet, 2012. En ligne <<http://sat.qc.ca/fr/nouvelles/living-lab-sat-ste-justine-en-demonstration>>, consulté le 2 Juillet 2013

Suler, John. « Internet Addiction Support Group : is there truth in jest ? », *The Psychology of Cyberspace*, August 1996, rev. Mars 1998. En ligne <<http://users.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html>>, consulté le 24 Mars 2012.

ANNEXES

Annexe 1a Ces images illustrent le ressenti d'utilisateurs vis-à-vis des pratiques de communication par Internet obtenus à partir des mots-clés « Internet » et « Addiction » sur le moteur de recherche <www.google/images.com>.



<<http://bit.ly/1kaYeDF>>



<<http://bit.ly/1rUtonW>>



<<http://bit.ly/1xcqPke>>



<<http://bit.ly/1sUYLmO>>



<<http://bit.ly/1jGR6ix>>



<<http://bit.ly/1lPtSLx>>

Annexe 1b Recherche d'information à partir des mots clé « Internet » et « Addiction » sur le moteur de recherche www.google.com. 79 300 000 résultats obtenus.

The image is a screenshot of a Google search results page for the query "internet addiction". At the top, the Google logo is on the left, and the search bar contains "internet addiction" with a search button on the right. Below the search bar are navigation tabs for "Web", "Images", "Maps", "Actualités", "Plus -", and "Outils de recherche". The main content area shows "Environ 79 300 000 résultats (0,44 secondes)". A "Conseil" (tip) suggests searching in French. The first search result is a Wikipedia article titled "Dépendance à Internet - Wikipédia" with a brief description. The second result is another Wikipedia article titled "Internet addiction disorder - Wikipedia, the free encyclopedia" with a translation option. Below these are several other search results with titles and brief descriptions. A section titled "Images correspondant à internet addiction" features a gallery of five small images: a person running, a hand holding a computer mouse, a person at a computer, a person at a computer with a "HELLO?" sign, and a person at a computer. Below the images are more search results, including one from CBC about a hospital launching a program and another from addictionrecov.org.

Annexe 1 c. Test diagnostique d'Orman disponible dans la plupart des articles journalistiques sur le sujet

- 1). Est-ce que vous passez plus de temps connecté sur l'Internet, que vous auriez pensé initialement ?
- 2). Est-ce que ça vous dérange de limiter le temps passé sur l'Internet ?
- 3). Est-ce que des amis ou des membres de votre famille se sont plaint par rapport au temps que vous passez sur l'Internet ?
- 4). Est-ce que vous trouvez difficile de rester sans être connecté pendant quelques jours ?
- 5). Est-ce que le rendement de votre travail professionnel, ou les relations personnelles, ont souffert à cause du temps que vous passez sur l'Internet ?
- 6). Est-ce qu'il y a des zones de l'Internet, des sites particuliers, que vous trouvez difficile à éviter ?
- 7). Est-ce que vous avez du mal à contrôler l'impulsion d'acheter des produits ou des services étant en relation avec l'Internet ?
- 8). Avez-vous essayé, sans succès, d'écourter l'usage de l'Internet ?
- 9). Est-ce que vous déviez beaucoup de vos champs d'action et satisfaction, à cause de l'Internet ?

Les réponses possibles sont : Non ou Oui.

De 1 à 3 réponses positives : il y a une petite tendance à devenir accro à Internet.

Entre 4 et 6 réponses positives : il y a une chance de développer une conduite cyberdépendante.

Entre 7 et 9 réponses positives : il y a une forte tendance à devenir dépendant d'Internet.

**Annexe 2 Questionnaire diagnostique établi par Kimberley Young, L'Internet addiction test
(1998 : 30-33)**

1. How often do you find that you stay on-line longer than you intended?
2. How often do you neglect household chores to spend more time on-line?
3. How often do you prefer the excitement of the Internet to intimacy with your partner?
4. How often do you form new relationships with fellow on-line users?
5. How often do others in your life complain to you about the amount of time you spend on-line?
6. How often do your grades or school work suffer because of the amount of time you spend on-line?
7. How often do you check your e-mail before something else that you need to do?
8. How often does your job performance or productivity suffer because of the Internet?
9. How often do you become defensive or secretive when anyone asks you what you do on-line?
10. How often do you block out disturbing thoughts about your life with soothing thoughts of the Internet?
11. How often do you find yourself anticipating when you will go on-line again?
12. How often do you fear that life without the Internet would be boring, empty, and joyless?
13. How often do you snap, yell, or act annoyed if someone bothers you while you are on-line?
14. How often do you lose sleep due to late-night log-ins?
15. How often do you feel preoccupied with the Internet when off-line, or fantasize about being on-line?
16. How often do you find yourself saying "just a few more minutes" when on-line?
17. How often do you try to cut down the amount of time you spend on-line and fail?
18. How often do you try to hide how long you've been on-line?
19. How often do you choose to spend more time on-line over going out with others?
20. How often do you feel depressed, moody, or nervous when you are off-line, which goes away once you are back on-line?

1 = not at all 2 = rarely 3 = occasionnally 4 = often 5 = always

Résultats :

20 - 39 points : You are an average on-line user. You may surf the Web a bit too long at times, but you have control over your usage.

40 - 69 points : You are experiencing frequent problems because of the Internet. You should consider their full impact in your life

70 - 100 : Your Internet usage is causing significant problems in your life. You need to address them now.

Annexe 3. Questionnaire diagnostique proposé par l'équipe du chercheur Ran Tao et retenu comme modèle des recherches à suivre par l'association américaine de psychiatrie. (Tao et al., 2010 : 563)

Proposed internet addiction diagnostic criteria.

(a) Symptom criterion

All the following must be present:

Preoccupation with the internet (thinks about previous online activity or anticipates next online session)

Withdrawal, as manifested by a dysphoric mood, anxiety, irritability and boredom after several days without internet activity

At least one (or more) of the following:

- Tolerance, marked increase in internet use required to achieve satisfaction
- Persistent desire and/or unsuccessful attempts to control, cut back or discontinue internet use
- Continued excessive use of internet despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem likely to have been caused or exacerbated by internet use
- Loss of interests, previous hobbies, entertainment as a direct result of, and with the exception of, internet use
- Uses the internet to escape or relieve a dysphoric mood (e.g. feelings of helplessness, guilt, anxiety)

(b) Exclusion criterion

Excessive internet use is not better accounted for by psychotic disorders or bipolar I disorder

(c) Clinically significant impairment criterion

Functional impairments (reduced social, academic, working ability), including loss of a significant relationship, job, educational or career opportunities

(d) Course criterion

Duration of internet addiction must have lasted for an excess of 3 months, with at least 6 hours of internet usage (non-business/non-academic) per day

Annexe 4 Décision finale relative au Trouble de jeu en ligne (Section III). Fichier envoyé par l'APA en Mars 2013 suite à ma requête (APA, 2013a). Disponible également sur la page d'accueil du site Internet www.dsm5.org

INTERNET GAMING DISORDER

In the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Internet Gaming Disorder is identified in Section III as a condition warranting more clinical research and experience before it might be considered for inclusion in the main book as a formal disorder.

A New Phenomenon

The Internet is now an integral, even inescapable, part of many people's daily lives; they turn to it to send messages, read news, conduct business, and much more. But recent scientific reports have begun to focus on the preoccupation some people develop with certain aspects of the Internet, particularly online games. The "gamers" play compulsively, to the exclusion of other interests, and their persistent and recurrent online activity results in clinically significant impairment or distress. People with this condition endanger their academic or job functioning because of the amount of time they spend playing. They experience symptoms of withdrawal when pulled away from gaming.

Much of this literature stems from evidence from Asian countries and centers on young males. The studies suggest that when these individuals are engrossed in Internet games, certain pathways in their brains are triggered in the same direct and intense way that a drug addict's brain is affected by a particular substance. The gaming prompts a neurological response that influences feelings of pleasure and reward, and the result, in the extreme, is manifested as addictive behavior.

Further research will determine if the same patterns of excessive online gaming are detected using the proposed criteria. At this time, the criteria for this condition are limited to Internet gaming and do not include general use of the Internet, online gambling, or social media.

By listing Internet Gaming Disorder in *DSM-5* Section III, APA hopes to encourage research to determine whether the condition should be added to the manual as a disorder.

DSM is the manual used by clinicians and researchers to diagnose and classify mental disorders. The American Psychiatric Association (APA) will publish *DSM-5* in 2013, culminating a 14-year revision process. For more information, go to www.DSM5.org.

APA is a national medical specialty society whose more than 36,000 physician members specialize in the diagnosis, treatment, prevention and research of mental illnesses, including substance use disorders. Visit the APA at www.psychiatry.org and www.healthyminds.org.

Annexe 5 Tableau répertoriant les arguments pour et contre l'inclusion de l'addiction à Internet dans le DSM-5 établi par Roland Pies (2009).

TABLE 1. Pros and cons of including IA in <i>DSM-V</i>	
ARGUMENTS IN FAVOR OF INCLUDING IA AS <i>DSM-V</i> DIAGNOSIS	ARGUMENTS AGAINST INCLUDING IA AS <i>DSM-V</i> DIAGNOSIS
Those diagnosed with IA show pattern similar to that of other addictive disorders, such as excessive use, withdrawal, tolerance, and negative social repercussions, including impaired vocational and academic performance.	Genuine physiological withdrawal and tolerance have not been demonstrated in controlled studies of IA. Impairments in social and vocational realms are probably due to underlying disorders, such as depression or OCD.
Preliminary evidence points to an opiate component to IA, possibly treatable with opioid receptor blockers. This is consistent with general mechanisms known to underlie addictive disorders.	This claim is based on a single case report. Large-scale, randomized, controlled studies using PET and other neuroimaging techniques are needed before IA may be assimilated into the realm of addictive disorders based on pathophysiology.
By classifying IA as a psychiatric disorder, we will encourage those with IA symptoms to seek help and treatment, thus reducing morbidity and mortality, hospitalization, and legal and psychiatric complications. Classification of IA as a bona fide disorder may also reduce unnecessary barriers, stereotypes, and discrimination associated with public perceptions about excessive internet use.	By classifying IA as a "disorder," we will pathologize what is probably a developmentally "normal" (even if disapproved of) behavior, further expanding an already mushrooming catalogue of supposed "disorders." This will further undermine the public's trust in psychiatric diagnosis. Receiving a diagnosis of IA will increase, not decrease, unnecessary barriers, stereotypes, and discrimination.
A discrete diagnostic category for IA will focus clinical attention on a severely impaired, at-risk population to a degree not possible if IA were incorporated into existing <i>DSM</i> categories or relegated to the Appendix of <i>DSM-V</i> . Research and teaching efforts will also be stimulated if IA is an official <i>DSM-V</i> diagnosis. If such research fails to support IA as a discrete disorder, it can be dropped from the revised <i>DSM-V</i> .	IA symptoms should be subsumed under existing <i>DSM</i> categories, such as OCD or various impulse control disorders. Creating a separate category for IA will open the door to all kinds of new "disease" categories, as new technologies develop (e.g., iPhone addiction, holograph addiction, virtual reality addiction).
KEY: IA—internet addiction; <i>DSM-V</i> — <i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i> ; OCD—obsessive compulsive disorder; PET—positron emission tomography	

Annexe 6. Capture d'écran de la page d'accueil du Site Internet DSM-5.org.

DSM-5 Implementation and Support

The www.dsm5.org website has been reorganized to serve as a resource for clinicians, researchers, trainers, and patients. The site includes information on implementation of the manual, answers frequently asked questions, lists DSM-5 corrections, and provides a mechanism for submitting questions and feedback regarding implementation of the manual. Researchers and clinicians can also provide us with feedback on the usefulness of the online assessment measures of cross-cutting symptoms, disorder severity, personality, and disability. We also provide links to educational webinars about the DSM-5, and listings of APA-endorsed training sessions on DSM-5 that are being conducted throughout the US and abroad. The site will continue to provide historical information about the development process and email alerts for changes from DSM-IV.

IMPORTANT NOTICE: CODING CORRECTIONS FOR DSM-5: UPDATED 8/9/13

Please click [here](#) to see a prioritized list of important coding corrections in DSM-5.

NEW! DSM-5: Educational Webinar: Missed the DSM-5: What You Need to Know Master Course at the 2013 APA Annual Meeting in San Francisco? It's not too late to take the course. Register now for the entire version complete with slide handouts and DSM-5 fact sheets. Earn up to 8 AMA PRA Category 1 CME Credits™ for Physicians or Certificate of Attendance. Continuing education for psychologists, social workers, certified counselors, addiction counselors and registered nurses (Earn 6 CE credits).

APA-Endorsed Training Sessions on DSM-5

To the DSM-5 User Community:

When the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) was released at the American Psychiatric Association's Annual Meeting in May 2013, it marked the end of more than a decade's journey in revising the criteria for the diagnosis and classification of mental disorders. Although DSM-5 is now complete, a great deal of work remains, and we are hopeful that once again you will play an active role in this next important phase of refining the manual. Our highest priority is ensuring the proper use of DSM-5, including providing training materials, answering questions about its implementation in clinical care and research, clarifying concerns about the new ICD codes and insurance billing, and correcting any errors. Information about DSM-5's developmental history, including Task Force and Work Group membership and relevant resource documents, will also continue to be maintained [here](#).

Professionals from the mental health and medical communities, patients and their families, and members of the public have had a strong voice in DSM-5 up to this point, and we hope to continue this dialogue over the coming years. Your input made this a remarkable collaborative process. We encourage you to continually use this site to remain updated on its content and to provide feedback for future improvements.

On behalf of all those involved in the development of DSM-5, we thank you and look forward to hearing from you:

David Kupfer, MD, Chair, DSM-5 Task Force
 Daniel Ruciner, MD, MPH, Vice-Chair, DSM-5 Task Force

What's New

- Online Assessment Measures
- Important Coding Corrections: UPDATED 8/9/13
- FAQs About DSM-5 Implementation - For Clinicians
- Insurance Implications FAQ
- CMS Approves Immediate Use of DSM-5 in the US
- Highlight of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5
- Attention: Deficit/Hyperactivity Disorder
- Autism Spectrum Disorder
- Severe Mental Illness
- Conduct Disorder
- Disruptive Mood Dysregulation Disorder
- Eating Disorders
- Gender Dysphoria
- Intellectual Disability
- Internet Gaming Disorder (Section III)
- Mild Neurocognitive Disorder
- Mixed Features Specifier
- Obsessive Compulsive Disorder
- Paraphilic Disorders
- Personality Disorders
- Posttraumatic Stress Disorder
- Schizophrenia
- Sleep-Wake Disorders

Annexe 7. Critères diagnostiques du jeu pathologique selon le DSM - IV (APA, 1994)

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par le jeu (exemple : préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (exemple : des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression).
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour « se refaire »).
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Commet des actes illégaux tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu.
9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
10. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

**Annexe 8a- Premier questionnaire de Ian Goldberg posté en ligne sur le trouble :
*l'Internet Addictive Disorder Diagnostic Criteria (Suler, 1999 en ligne)***

(A) *Maladaptive pattern of Internet use, leading to clinically significant impairment or distress as manifested by three (or more) of the following, occurring at any time in the same 12-month period:*

(I) tolerance, as defined by either of the following:

(A) A need for markedly increased amounts of time on Internet to achieve satisfaction

(B) markedly diminished effect with continued use of the same amount of time on Internet

(II) withdrawal, as manifested by either A or B below

(A) the characteristic withdrawal syndrome, 1, 2 and 3 below

(1) Cessation of (or reduction) in Internet use that has been heavy and prolonged.

(2) Two (or more) of the following, developing within several days to a month after

a)psychomotor agitation

b) anxiety

c) obsessive thinking about what is happening on the Internet

d) fantasies or dreams about the Internet

e) voluntary or involuntary typing movements of the fingers

(3) The symptoms in Criterion 2 cause distress or impairment in social, occupational or another important area of functioning

(B) Use of Internet or a similar on-line service is engaged in to relieve or avoid withdrawal symptoms

(III) Internet is often accessed more often or for longer periods of time than was intended

(IV) There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control Internet use

(V) A great deal of time is spent in activities related to Internet use (e.g., buying Internet books, trying out new WWW browsers, researching Internet vendors, organizing files of downloaded materials.)

(VI) Important family, social, occupational, or recreational activities are given up or reduced in duration and/or frequency because of Internet use

(VII) Internet use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical, family, social, occupational, or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by Internet use (e.g., sleep deprivation, marital difficulties, lateness for early morning appointments, neglect of occupational duties, or feelings of abandonment in significant others)

Annexe 8 b Second message de blog publié par Goldberg (Suler, 1999 en ligne)

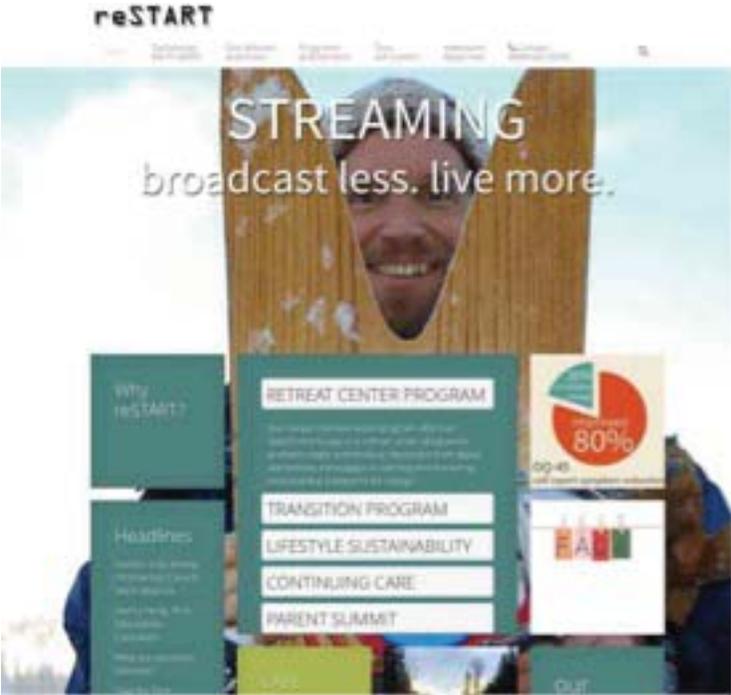
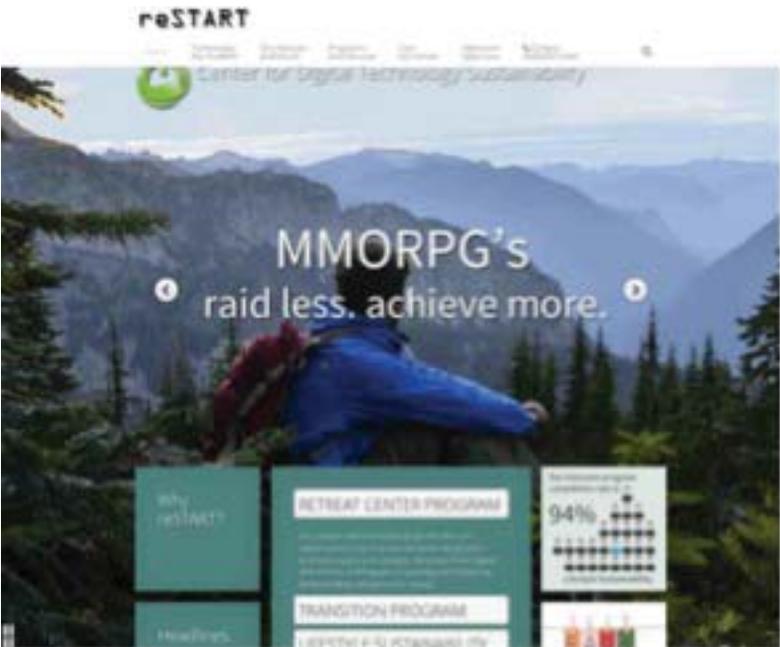
« Here is the message I posted on the Internet to announce the formation of the Internet Addiction Support Group. I would now change the name of the disorder to "Pathological Computer Use" and the criteria to:

The use of Computers takes up so much time as to cause: (A and/or B)

A. Discomfort

B. Decreased occupational, academic, social, work-related, family-related, financial, psychological, or physiological functioning »

Annexe 9. Captures d'écran du site Internet de la clinique Restart (Cash, 2012)



Annexe 10 Tableau exposant les résultats des facteurs de risque génétiques sur le marqueur rs1044396, gène candidat de l'addiction à Internet : CHRN4 qui code le *subunit alpha 4*, situé sur la *portion q13.3 du chromosome 20*. Établi en fonction du sexe et du groupe de contrôle (Montag et al., 2013).

TABLE 3. Distribution of Genotypes/T+ and T- Allele Groups for rs1044396 in Internet Addicts vs Control Persons

	CC	CT	TT
Genotype groups			
Internet addicts	36	56	40
Control persons	22	57	53
Allele groups	T-		T+
Internet addicts	36		96
Control persons	22		110

TABLE 4. Distribution of Genotypes/T+ and T- Allele Groups for rs1044396 in Male Internet Addicts vs Male Control Persons

	CC	CT	TT
Genotype groups			
Internet addicts	18	33	29
Control persons	15	34	31
Allele groups	T-		T+
Internet addicts	18		62
Control persons	15		65

TABLE 5. Distribution of Genotypes/T+ and T- Allele Groups for rs1044396 in Female Internet Addicts vs Female Control Persons

	CC	CT	TT
Genotype groups			
Internet addicts	18	23	11
Control persons	7	23	22
Allele groups	T-		T+
Internet addicts	18		34
Control persons	7		45

Annexe 11 Tableau répertoriant les instruments diagnostiques de l'addiction à Internet (Chou et al., 2005 : 363-88).

Table 1. Internet Addiction Assessment Instruments (using Criteria, Checklists, or Scales) with Information About Items, Scale, Reported Reliability, Number of Respondents, and Methods

Researchers	Instrument	Items	Scale	Reported reliability (α)	Respondents (method)
Criteria Goldberg (1996)	Internet Addiction Disorder (IAD) Diagnostic criteria	7	—	—	—
Griffiths (1996, 1998, 2000)	Criteria (core components) for addiction	6	—	—	7 case studies (in 2000 study)
Checklists Young (1996a, 1998)	Diagnostic Questionnaire (DQ)	8	Yes/no	—	396 dependents, 100 non-dependents (in 1998 study)
Scherer (1997)	Clinical symptoms of Internet dependency	10	Yes/no	—	531 college students (online survey and telephone interview)
Scales Morahan-Martin and Schumacker (1997, 2000)	Pathological use scale	13	Yes/no	.88	277 college students (paper-and-pencil survey)
Brenner (1997)	Internet-Related Addictive Behavior Inventory (IRABI)	32	Yes/no	.87	563 online survey respondents
Chen and Chou (1999)	Chinese Internet Addiction Scale (CIAS)	28	4-point Likert	.93	1336 students from National Taiwan University (paper-and-pencil survey)
Chou and Hsiao (2000)	Chinese IRABI version II (C-IRABI-II)	40	4-point Likert	.93	910 Taiwan college students (paper-and-pencil survey)
Lin and Tsai (1999)	Internet Addiction Scale for Taiwan High Schoolers (IAST)	20	4-point Likert	.85	615 Taiwan high school students (paper-and-pencil survey)

Annexe 12 Schéma du mécanisme de l'addiction à Internet selon la Thérapie Comportementale (CBT : Davis, 2001)

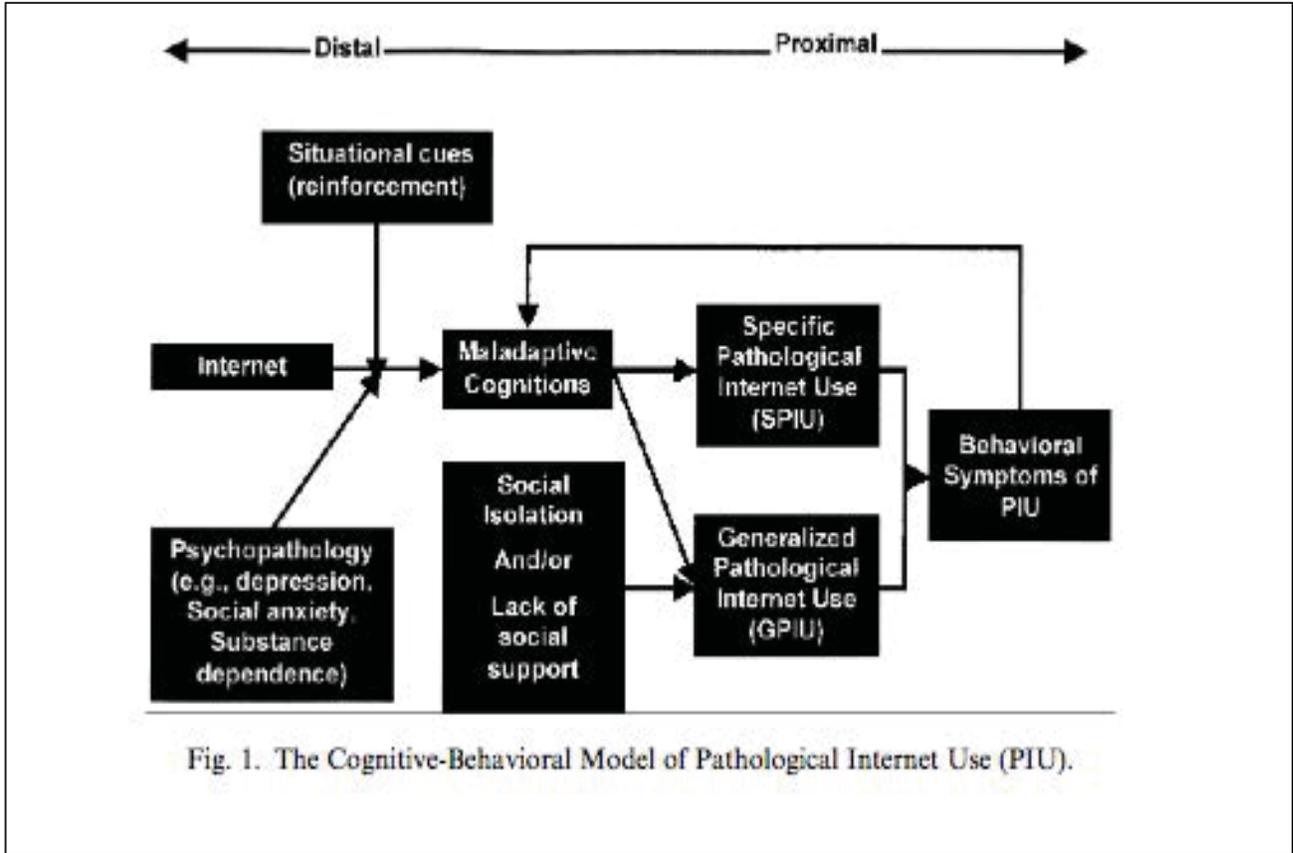


Fig. 1. The Cognitive-Behavioral Model of Pathological Internet Use (PIU).

Annexe 13a Illustration d'imagerie cérébrale démontrant l'addiction à Internet à partir du scanner à fonctionnement rétro magnétique (Zhou et al., 2011). Les images A, B, C et D présentent en jaune les zones d'activation cérébrales qui différencient le dépendant à Internet avec le groupe de contrôle

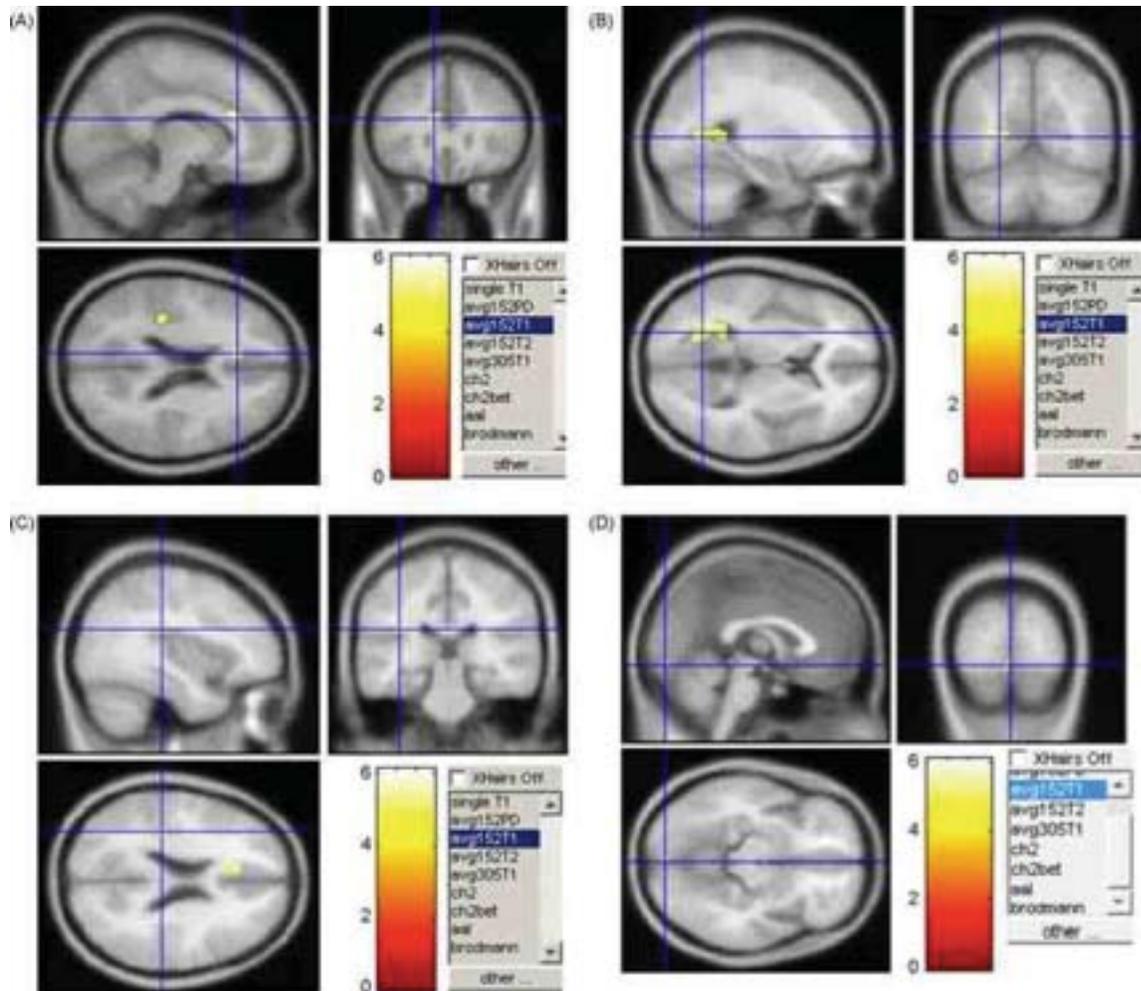


Fig. 1 Regions of decreased GM shown on the template in the left anterior cingulate cortex (A), left posterior cingulate cortex (B), left insula (C), and left lingual gyrus (D) in IA subjects compared with the controls.

Annexe 13a Illustration d'imagerie cérébrale démontrant l'addiction à Internet à partir du scanner à fonctionnement rétro magnétique. Les images A et B illustrent en rouge les zones qui présentent des corrélations entre la structure de la substance blanche (*white matter*) et les résultats obtenus aux questionnaires diagnostiques SCARED et IAT de Young. Les auteurs concluent que le biomarqueur de l'addiction à Internet est neurologique puisqu'une diminution de la substance blanche cérébrale est corrélée au diagnostic d'addiction à Internet.

Lin F et al. "Abnormal White Matter Integrity in Adolescents with Internet Addiction Disorder: A Tract-Based Spatial Statistics Study", *PLoS ONE*, vol. 7, n 1, 2012.

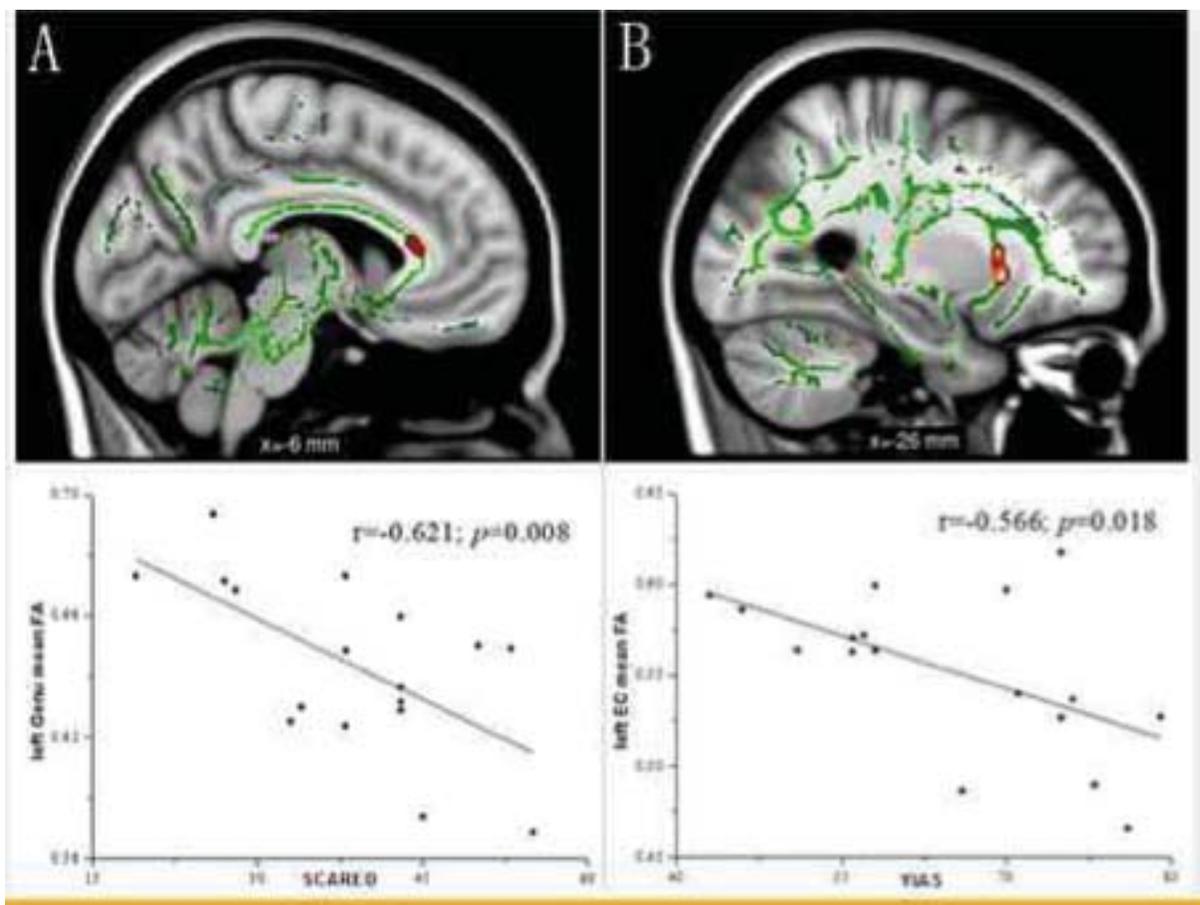


FIGURE 2: Correlation analysis between fractional anisotropy (FA) and behavioral measures within the Internet addiction disorder (IAD) group.

To aid visualization, regions showing significant correlations (red) are thickened using the `tbss_fill` script implemented in FSL. Figure 2A shows FA values in the left genu of the corpus callosum correlates negatively with the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) ($r = -0.621, p = 0.008$). Figure 2B shows FA values in the left external capsule correlates negatively with the Young's Internet addiction scale (YIAS) ($r = -0.566, p = 0.018$)

Annexe 13b. Schéma expliquant le mécanisme d'addiction à la pornographie sur Internet (Bostwick et Bucci, 2008)

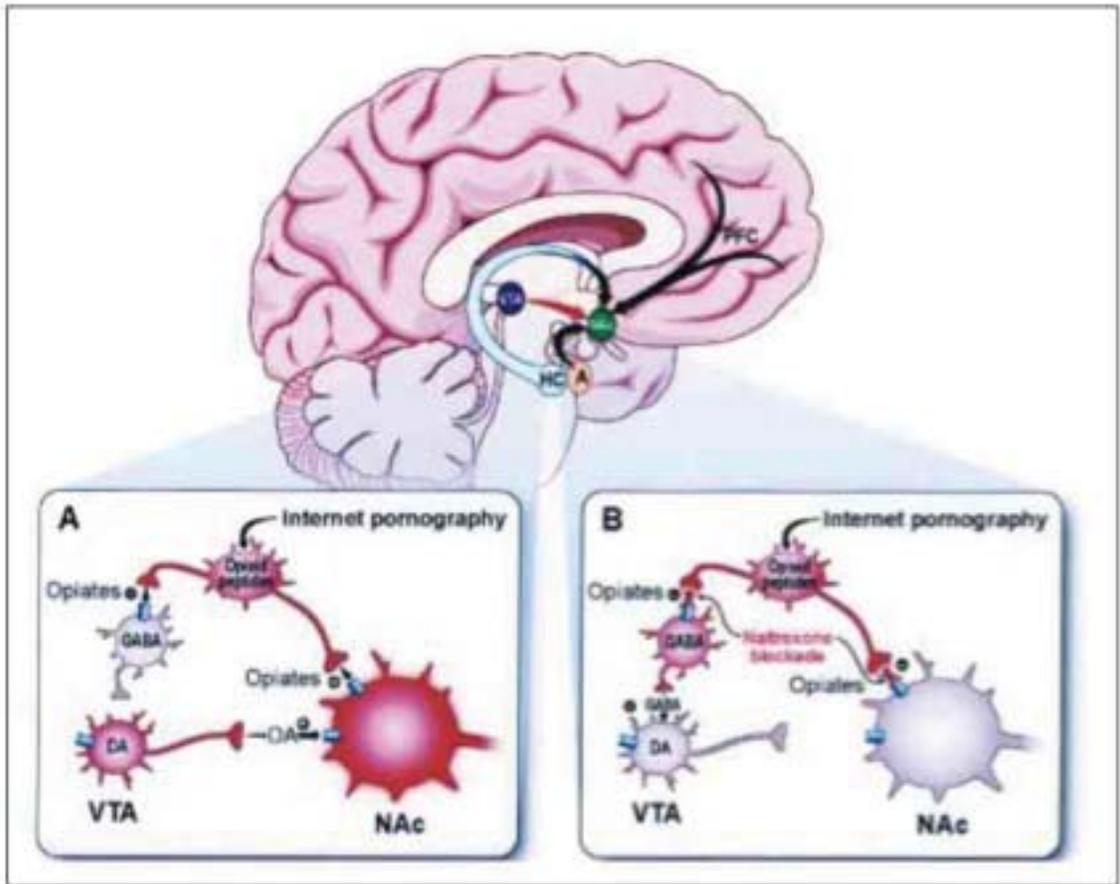


FIGURE. In the cross-sectional image of the brain, incentive salience circuitry (ISC) consists of the ventral tegmental area (VTA) projecting to the nucleus accumbens (NAc). The NAc receives modulatory input from the prefrontal cortex (PFC), amygdala (A), and hippocampus (HC). Box A portrays internet pornography causing the release of endogenous opiates that enhance dopamine (DA) release in the ISC both directly and indirectly.¹ Opiates increase DA action directly through guanine nucleotide-binding protein-coupled opioid receptors on the NAc. They work indirectly on interneurons by binding to opioid receptors that interfere with release of γ -aminobutyric acid (GABA). No longer suppressed by GABA, the VTA sends the NAc an outpouring of DA. Pornography's salience increases. Box B shows how naltrexone blocks both NAc and interneuron opioid receptors. The DA incentive is no longer enhanced, either directly or indirectly, resulting in pornography's decreased salience. Adapted by permission from Macmillan Publishers Ltd: *Nature Neuroscience*,² copyright 2005.