

PSYCHOTRAUMATISMES : QUEL RÔLE POUR INTERNET ?

CHRISTOPHE HERBERT*, ALAIN BRUNET**

RÉSUMÉ

Internet est devenu aujourd'hui incontournable, y compris en santé mentale. Il en va de même en psychotraumatisme. Les personnes présentant un trouble de stress post-traumatique, ainsi que leurs proches, cherchent désormais sur Internet de l'information sur leurs troubles et partagent leurs émotions avec d'autres ayant vécu le même type d'événement. Les professionnels de santé mentale s'approprient également progressivement ce nouvel outil afin d'améliorer leur pratique. Diverses expériences ont déjà été menées comme la diffusion de l'information, les diagnostics en ligne, les interventions post-immédiates après une catastrophe de masse, les psychothérapies en ligne, la formation continue, ainsi que la recherche par le biais d'Internet. Cet article est donc l'occasion de faire le point sur ce courant, d'examiner les avantages et les limites de cet outil dans le champ du psychotraumatisme et de jeter un œil sur le futur.

MOTS-CLÉS

Internet, web, traumatisme psychique, stress traumatique, trouble de stress post-traumatique, information, expression, diagnostic, psychothérapie, formation, recherche.

Internet fait aujourd'hui parti du quotidien de beaucoup de gens. Il permet de trouver de l'information rapidement, de s'exprimer ou encore de partager. Cette omniprésence peut conduire parfois à des effets négatifs sur le psychisme humain pouvant aller, par exemple, jusqu'à des troubles relevant de l'addiction^(1,2). L'objectif de cet article est toutefois d'étudier l'usage d'Internet comme outil à destination des professionnels de santé mentale, des patients et de leurs familles et non ses effets négatifs sur l'être humain.

Si tout (ou presque) devient possible aujourd'hui avec Internet, encore faut-il s'interroger sur la pertinence de certaines applications et favoriser l'émergence d'autres, encore peu exploitées. Nous nous interrogerons donc ici sur l'impact d'Internet dans le champ du psychotraumatisme en effectuant une

SUMMARY: PSYCHOLOGICAL TRAUMA: WHAT ROLE FOR INTERNET?

Internet has become ubiquitous, including in the field of mental health. The same holds true for the field of traumatic stress. Individuals with posttraumatic stress disorder, and their significant others, use internet to find information on their condition or share their feelings with other trauma survivors. Mental health professionals increasingly use this tool as a means to enhance their practice. A variety of approaches are being experimented with such as providing on-line information, on-line diagnoses, e-debriefing, e-therapies, e-training and e-research. This paper provides an opportunity to consider this evolving practice, its strengths and limitations, and to take a look at what its future might be.

KEY WORDS

Internet, World wide web, psychological trauma, traumatic stress, posttraumatic stress disorder, information, expression, diagnosis, psychotherapy, e-learning, research.

recension des écrits scientifiques concernant ses différents usages dans ce domaine, que ceux-ci soient destinés aux victimes, à leurs proches ou encore aux professionnels en santé mentale.

MÉTHODE

Les articles scientifiques traitant de la question ont été trouvés à l'aide des bases de données internationales en ligne PubMed (US National Library of Medicine), PILOTS (Published International Literature on Traumatic Stress) et PsycINFO (American Psychological Association) entre janvier et juillet 2008. Les termes que nous avons recherchés ont été "Internet" et "web" associés à "PTSD/ESPT/TSPT"

*Psychologue clinicien, **Professeur agrégé de psychiatrie,
Directeur du Laboratoire de recherche sur les
psychotraumatismes, Institut universitaire en santé mentale
Douglas, Université McGill, 6875, boulevard LaSalle,
Montréal (Québec), H4H 1R3 Canada
christophe.herbert@douglas.mcgill.ca

(*Post-traumatic stress disorder*/État de stress post-traumatique/Trouble de stress post-traumatique) et “trauma”. Nous avons également utilisé le moteur de recherche généraliste Google (Canada, France, États-Unis, Royaume-Uni) afin de prendre connaissance des expériences les plus populaires dans le domaine du psychotraumatisme. Afin de définir les critères d’inclusion et d’exclusion, la définition des “services électroniques en santé mentale” (*e-mental health services*) donnée par Lambousis et al. ⁽³⁾ a été retenue, soit “*toute forme de services de santé mentale délivrée par le biais d’Internet, allant de l’information et de la formation jusqu’à des services directement offerts par des professionnels*”.

RÉSULTATS

Cette revue de la littérature nous a permis de distinguer six domaines d’applications d’Internet en psychotraumatologie : l’information sur les troubles ; l’expression des émotions ; le diagnostic en ligne et l’orientation vers des services spécialisés ; l’intervention en ligne ; la formation ; la recherche (encadré 1).

INTERNET COMME SOURCE D’INFORMATIONS SUR LE TRAUMA

Alors qu’autrefois les patients s’en remettaient exclusivement au savoir du professionnel, l’évolution des pratiques fait qu’aujourd’hui les personnes se renseignent davantage sur leurs troubles ou ceux d’un proche en ayant un accès de plus en plus aisé à de l’information spécialisée, vulgarisée ou non ⁽⁴⁾. Bien que les librairies regorgent aujourd’hui de livres et de guides concernant la santé ou la psychologie ⁽⁵⁾, l’une des applications les plus courantes d’Internet est la recherche d’information sur la santé ⁽⁶⁾. Si 36 % des adultes ont cherché de l’information sur la santé en 2007 au Québec ⁽⁷⁾, Fox et al. ⁽⁶⁾ ont observé que 113 millions d’Américains, soit 80 % des internautes aux États-Unis, ont consulté Internet en 2006 dans le but de chercher de l’information sur leur santé ou celle de leurs proches. Parmi eux, 22 % (24,86 millions) ont cherché des informations sur la santé mentale.

Si l’on confronte les données issues des études épidémiologiques sur le trauma ⁽⁸⁻¹⁰⁾ à celles de l’étude de Fox et al. ⁽⁶⁾, nous pouvons penser qu’un grand nombre de personnes présentant des troubles suite à un événement traumatique ainsi que leurs proches sont susceptibles de chercher de l’information sur le trauma. Rappelons que selon ces études épidémiologiques, entre 56 % et 89 % de la population générale a vécu un événement traumatogène dans sa vie et qu’entre 7,8 % et 9,2 % présentent ou ont présenté un TSPT. Les personnes présentant une chronicisation des troubles seraient les plus à même de chercher ce type d’information sur Internet ⁽¹¹⁾. Il est également intéressant de

noter que 59 % des anciens combattants américains ont cherché de l’information sur leur santé par le biais d’Internet au cours d’une période de 12 mois ⁽¹²⁾.

La popularité d’Internet comme ressource sur le trauma peut être illustrée par la fréquentation du site de l’Association américaine des troubles anxieux (Anxiety Disorder Association of America : adaa.org) qui reçoit environ cinq millions de visites par mois. Selon une étude ⁽¹³⁾, 87 % des visiteurs avaient vécu un événement traumatique et 38 % présentaient un TSPT au moment de leur recherche sur le site de l’ADAA.

Il est aujourd’hui aisé de trouver de l’information sur le trauma avec des moteurs de recherche sur Internet. Ces informations peuvent être diffusées par des sites Internet spécifiquement créés à cet effet (exemple : trauma-pages.com) ou représentant des organismes spécialisés dans le domaine (exemple : traumapsy.com) ou encore par des sites généralistes ayant évoqué le sujet (exemple : fr.wikipedia.org/wiki/Névrose_traumatique). On voit également apparaître des sites où des psychiatres répondent à des questions (exemple : medical.justanswer.com) sur le TSPT ou d’autres troubles.

Des études sur le cancer ⁽¹⁴⁾, le diabète ⁽¹⁵⁾, ou encore auprès d’enfants hospitalisés ⁽¹⁶⁾, montrent que donner une information appropriée réduit significativement l’anxiété. Les personnes informées sont mieux équipées pour faire face à leurs troubles que ceux qui ne bénéficient d’aucune information. Il en va de même pour le trauma puisque pratiquement tous les patients reçoivent de l’information sur les troubles post-traumatiques lors de thérapies cognitivo-comportementales, psychodynamiques ou encore lors de débriefings psychologiques. Il apparaît donc essentiel que l’information disponible sur Internet soit de qualité afin d’obtenir un impact positif, puisque cette information sur la santé aurait influencé 58 % des internautes américains en 2006 dans leur décision (consultation, traitement) et que trois quarts d’entre eux ne vérifient pas la source

ENCADRÉ 1

Les différents usages d’Internet dans le champ du psychotrauma

- 1 - Information sur le trauma
- 2 - Expression des émotions
- 3 - Diagnostic en ligne et orientation vers des structures spécialisées
- 4 - Intervention en ligne
- 5 - Formation sur le trauma
- 6 - Recherche

de ces informations⁽⁶⁾. Malheureusement, des études^(17, 18) suggèrent que 42 % des sites Internet sur le trauma et les troubles anxieux diffusent une information erronée ou incomplète, voire dangereuse pour le patient dans 6 % des cas. Aussi, 75 % de ces sites ne donneraient pas les sources de l'information diffusée. De fait, peu de professionnels de santé mentale sont impliqués dans ces sites⁽¹⁸⁾. Les internautes définiraient la crédibilité des informations seulement en fonction de l'aspect visuel (professionnel ou officiel) du site, du langage utilisé et de la facilité de navigation du site^(19, 20). Des informations inexacts, voire erronées peuvent donc bénéficier d'une audience très élevée. Une présence sur Internet plus marquée de sites sur le trauma issus d'organismes professionnels pourrait être une réponse à ce constat.

INTERNET COMME MOYEN D'EXPRESSION

Il devient aujourd'hui courant d'utiliser Internet comme moyen d'expression afin de partager ses idées ou ses émotions avec d'autres internautes (exemple : facebook.com, 100 millions d'utilisateurs). Il semble en être de même pour les personnes ayant vécu un événement traumatique. En effet, de nombreuses victimes créent des journaux en ligne (blogues) où elles expriment leurs émotions (exemple : ptsdcombat.blogspot.com), d'autres créent des groupes de discussion (193 groupes de discussion sur le TSPT dans facebook.com) ou des forums spécialisés où elles échangent avec des personnes qui ont vécu le même type d'événement (exemple : vivantessantementale.blogspot.com ; incest.arei.org ; etc.). Ainsi a-t-on pu observer une multiplication de blogues et de forums à la suite de la fusillade du collègue Dawson (Montréal, Québec) en 2006.

Les personnes qui utilisent les groupes de discussion semblent plus à même d'y partager des éléments intimes qu'avec d'autres personnes de leur entourage⁽²¹⁾. Ainsi, Salem et al.⁽²²⁾ ont observé pendant deux semaines les échanges dans un *chat room* (discussion en ligne en direct) concernant la dépression (N = 533). Les hommes y ont fait davantage état de leurs émotions que lors de groupes de parole sur le sujet. Il est intéressant de noter le caractère éphémère de ce mode d'expression. En effet, si 120 000 blogues sont créés dans le monde chaque jour⁽²³⁾, 45 % d'entre eux disparaissent dans les trois mois qui suivent et seulement 13 % sont mis à jour sur une base hebdomadaire⁽²⁴⁾.

Si s'exprimer avec d'autres personnes qui ont vécu la même chose peut être bénéfique (groupes de parole), on peut penser que des groupes de victimes sans supervision d'un thérapeute peuvent à la longue poser un certain risque "d'enfermement" dans l'identité de victime⁽²⁵⁾, ou véhiculer des informations incomplètes ou erronées. Toutefois, selon Houston et al.⁽²⁶⁾, 81 % des participants à un groupe

de discussion en ligne sur la dépression bénéficiaient aussi d'une psychothérapie classique.

INTERNET COMME OUTIL PERMETTANT L'ORIENTATION ET LE DIAGNOSTIC

Pour de multiples raisons (économiques, géographiques, culturelles, anxiété, etc.), il peut être difficile de prendre la décision de consulter un professionnel de la santé mentale. La peur de l'inconnu peut parfois être une barrière à la consultation. Internet peut-il favoriser l'orientation vers un professionnel en offrant un premier "diagnostic" en ligne ?

Alors que l'une des premières expériences de l'utilisation de l'ordinateur pour effectuer un diagnostic en santé mentale date de 1973⁽²⁷⁾, le diagnostic en ligne est encore peu exploité. Si plusieurs sites Internet diffusent des listes de symptômes du TSPT, d'autres sites vont plus loin (exemple : info-trauma.org ; slshealth.ca ; adaa.org) et permettent d'obtenir un prédiagnostic par le biais d'un auto-questionnaire (fidèle et valide) mis en ligne. Il convient toutefois de porter une attention particulière au phrasé du prédiagnostic afin de ne pas induire une réaction émotionnelle sévère, ou un *acting out*. Un diagnostic différentiel doit également être indiqué lorsque cela est possible. Enfin, il est indispensable d'inciter la personne à obtenir une confirmation de ce diagnostic dans la mesure où celui-ci est un acte réservé à un professionnel formé et qu'il sera probablement suivi de soins.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de données suggérant qu'un pré-diagnostic bien fait ait eu des effets iatrogéniques ou nocifs. Au contraire, l'obtention d'un prédiagnostic fiable sur Internet pourrait favoriser la prévention. Houston et al.⁽²⁸⁾ ont par exemple mis en ligne un test diagnostiquant la dépression. Ce test a été complété 24 000 fois en huit mois. Il s'avère que 58 % des personnes ayant complété ce test avaient un score montrant une haute probabilité de dépression alors que 47 % d'entre elles n'avaient jamais été traités. Cette nouvelle forme de diagnostic pourrait donc favoriser la prévention secondaire dans plusieurs troubles mentaux.

Peu de personnes avec un TSPT consultent dans la première année de l'événement⁽²⁹⁾. Une détection précoce du TSPT par un prédiagnostic, accompagnée d'une orientation vers des structures de soins locales, pourrait réduire les coûts pour la société⁽³⁰⁾ ainsi que les effets négatifs que ce trouble engendre sur la qualité de vie de ces personnes^(31, 32). Le prédiagnostic et l'orientation en ligne se sont d'ailleurs avérés utiles à la suite d'une catastrophe de masse : un site Internet suisse a ainsi été mis à la disposition des victimes du tsunami dans l'océan Indien en décembre 2004 afin de faciliter les contacts entre les touristes suisses

et leurs services de santé ⁽³³⁾. Internet, par ses coûts de fonctionnement réduit et sa capacité à rendre disponible à distance de l'information au plus grand nombre, s'avère être un outil avec un potentiel de prévention majeur ^(34, 35).

L'INTERVENTION EN LIGNE

Alors qu'une intervention post-immédiate dans un contexte tel que celui du 11 septembre 2001 semble être difficile, Internet pourrait offrir une complémentarité pour les services de santé. Il apparaît toutefois que l'intervention post-immédiate par Internet en est encore à ses balbutiements puisqu'une seule expérience est en cours à notre connaissance.

Les expériences de psychothérapies en ligne auprès de personnes présentant un trouble de santé mentale ⁽³⁶⁾, dont le TSPT, semblent en revanche se multiplier depuis plusieurs années. Les premières expériences de thérapie en ligne ont été les psychothérapies par courriel. Ce genre de thérapie part du postulat bien démontré selon lequel mettre en mots son événement traumatique a des effets positifs sur les troubles ⁽³⁷⁾. Les patients utilisant les thérapies en ligne (exemple : asktheinternettherapist.com) livreraient davantage d'éléments personnels que lors de thérapies classiques ^(38, 39) et pourraient effectuer la thérapie au moment de la journée où ils le souhaitent ^(40, 41). Les thérapies par Internet peuvent également être utilisées sous d'autres formes comme l'interaction entre le patient et le psychothérapeute par visioconférence ou encore par texte en temps réel (*chat*).

Une équipe de chercheurs de l'université d'Amsterdam ⁽⁴²⁾ a étudié la qualité du soin offert par une psychothérapie cognitivo-comportementale en ligne. Cette thérapie s'est effectuée sur dix séances de 45 minutes en cinq semaines et a été évaluée à la fin du traitement et six semaines après. Ainsi, 30 thérapeutes ont suivi 184 patients qui devaient écrire leurs émotions ou lire les instructions ou les informations que donnaient les thérapeutes. Le traitement a fait baisser l'intensité des troubles post-traumatiques, particulièrement les symptômes d'évitement, mais aussi la dépression comorbide. En revanche, si la majorité des participants ont apprécié l'anonymat que confère ce mode de thérapie, 40 % d'entre eux ont déploré le manque d'interaction humaine. Les bénéfices sont cependant similaires à ceux obtenus avec une thérapie cognitivo-comportementale classique et les auteurs concluent que cette forme de thérapie peut être une alternative intéressante pour les personnes qui sont réticentes à s'engager dans une thérapie plus classique ou isolées géographiquement.

Cette étude a été reproduite en Allemagne ⁽⁴³⁾ auprès de 96 patients qui présentaient un TSPT. Les résultats ont été évalués à la fin du traitement et trois mois après. L'expérience

a montré une réduction significative des symptômes de TSPT et comorbides (dépression, anxiété), plus grande que celle observée dans le groupe témoin (assignation aléatoire), soit des individus sur une liste d'attente. La présence d'une forte alliance thérapeutique et un faible taux d'abandon indiquent qu'une relation thérapeutique stable et positive peut avoir lieu dans une psychothérapie en ligne. Les effets de cette forme de thérapie semblent résister au temps puisqu'un an et demi après, les résultats restent significatifs ⁽⁴⁴⁾. Cette étude montre cependant certaines limites en ce qui a trait à sa validité externe. Seulement 96 personnes ont été retenues sur 520 personnes qui avaient demandé le questionnaire de sélection. La majorité des personnes traitées étaient des jeunes femmes blanches ayant un haut niveau scolaire. Les résultats sont toutefois encourageants et l'efficacité de cette forme de thérapie devrait être de nouveau testée dans un contexte plus rigoureux.

Des psychothérapies de type cognitivo-comportementale davantage automatisées ont également fait l'objet d'expérimentation (exemple : trauma-assist-online.org). Une étude récente ⁽⁴⁵⁾ a été menée aux États-Unis auprès de personnes (N = 45) ayant subi l'attaque du Pentagone le 11 septembre 2001 ou revenant d'opérations militaires en Irak : programme DE-STRESS (*Delivery of self-training and education for stressful situations*). Chaque participant devait se connecter chaque jour sur le site Internet sécurisé, compléter un questionnaire sur ses symptômes post-traumatiques, et suivre des exercices d'exposition et de stratégie d'adaptation (*coping*) pendant huit semaines. Un thérapeute pouvait vérifier les données concernant le participant à tout moment. Les thérapeutes et les patients pouvaient également correspondre par courriel. Au post-test, 25 % des sujets du groupe "thérapie par Internet" ne présentaient plus de TSPT versus 5 % pour le groupe témoin (ayant participé à un groupe de soutien). Les résultats sont encourageants compte tenu de la dose de traitement, mais pour que cette thérapie devienne vraiment intéressante, le taux de rémission devra être augmenté.

Des expériences d'exposition graduée sous forme de réalité virtuelle ⁽⁴⁶⁾ voient également le jour. Cette technologie a été testée sur quelques militaires américains revenant de la guerre en Irak et présentant un TSPT. Ainsi, le programme *Virtual Irak* a pour but de réexposer graduellement les patients (vue, odeur, son) afin de leur permettre de verbaliser leurs émotions tout en apprenant à les gérer. Toutefois, les recherches se limitent actuellement à des études de cas. En outre, on peut se demander jusqu'à quel point il est possible d'individualiser le traitement en fonction de l'expérience traumatique unique du patient.

En définitive, les recherches sur la thérapie en ligne montrent qu'elle est supérieure à une liste d'attente ou à un groupe de soutien, mais il faudra attendre la publication

d'autres résultats avant de connaître l'efficacité de celle-ci par rapport à des approches plus classiques et mieux établies. Ceci dit, les thérapies en ligne ont un avantage indéniable en ce qu'elles sont disponibles à faible coût n'importe où dans le monde et utilisables par un grand nombre de personnes après un événement catastrophique de masse.

Ce genre de thérapie a aussi l'immense avantage de rejoindre des personnes qui n'auraient pas consulté un professionnel de santé mentale ⁽⁴⁷⁾ pour une variété de raisons, notamment géographiques et financières. En effet, la thérapie en ligne pourrait s'avérer utile pour les populations vivant dans des pays vastes (Canada, Amérique latine, etc.) où il n'est pas toujours possible de consulter un thérapeute ou encore pour les personnes ne bénéficiant pas de moyens financiers suffisants et n'ayant droit à aucune aide.

Toutefois, Internet ne semble pas transposable à tout type de thérapies (psychodynamique par exemple). En effet, cette forme de thérapie interdit l'interprétation des comportements non-verbaux, du débit du langage, des troubles de l'élocution, des fluctuations dans la voix ainsi que des lapsus ⁽³⁶⁾. Ce mode de relation thérapeutique par l'écrit peut également faciliter les malentendus ⁽⁴⁰⁾. Aussi, la confidentialité des échanges ne peut être réellement assurée dans le cadre de données informatiques ⁽⁴⁸⁾. Enfin, la relation de face-à-face reste importante en cela qu'elle permet au patient d'allouer un temps distinct pour sa thérapie et un cadre qui ne semble pas exister aujourd'hui dans les thérapies en ligne.

Enfin, ces nouvelles formes de thérapies doivent répondre à la même éthique que celle d'une thérapie classique. Alors que l'American Psychological Association (apa.org) projette de modifier son code d'éthique dès sa prochaine révision en vue de s'adapter à ces nouvelles formes de thérapies ⁽⁴⁹⁾, l'International Society for Mental Health Online (ismho.org) et la Psychiatric Society for Informatics (PSI) recommandent ⁽⁴⁸⁾ d'informer le patient, avant de commencer la thérapie en ligne, de tous les bénéfices et les limites de ce genre de thérapie, et de donner de l'information sur les thérapies classiques qui peuvent se substituer à celle-ci. Le patient doit également être informé de la procédure exacte (temps, évaluation, etc.) ainsi que de ses conditions (confidentialité versus anonymat, qualification des professionnels, possibilité de contact, etc.).

LES FORMATIONS EN LIGNE SUR LE TRAUMA

Si Internet offre à la personne traumatisée une variété de nouvelles ressources, il en va de même pour l'étudiant et le professionnel en santé mentale désireux de parfaire ses connaissances sur le trauma. La formation en ligne (*e-learning*) est de plus en plus utilisée par les universités (exemple : itunes.stanford.edu). En 2006, 3,5 millions d'étudiants

américains ont suivi un cours d'université avec cette méthode ⁽⁵⁰⁾. Apprécié des étudiants ^(51, 52), ce nouveau média permet une formation qui est disponible à toute heure, de n'importe quel point du globe et personnalisable. Elle permet également de revoir le cours ou de refaire un test de connaissances jusqu'à ce que ces dernières soit acquises.

Plusieurs universités étudient depuis quelques années la qualité de transfert de connaissances par l'apprentissage en ligne ⁽⁵³⁾. Des chercheurs d'une université belge dispensant des cours de médecine ont ainsi comparé les deux modes d'apprentissage (classique versus *e-learning*) en offrant une partie des cours en ligne ⁽⁵¹⁾. Il a ensuite été demandé aux étudiants de compléter un questionnaire destiné à connaître leur degré de satisfaction concernant ce nouveau mode d'apprentissage. Les étudiants étaient globalement satisfaits des cours en ligne sans toutefois vouloir que cela soit le seul mode d'apprentissage offert, la préférence allant à une combinaison des deux. Ces derniers ont été intéressés par les tests délivrant des réponses immédiates avec cotation automatique, mais ils regrettaient le manque d'interaction avec les professeurs. Les études qui ont comparé la qualité de transfert de connaissance entre la méthode classique d'enseignement et la formation en ligne ^(54, 55) n'ont pas mis en lumière de différence significative entre ces deux modes d'enseignement.

L'apprentissage en ligne existe également en matière de psychotraumatisme. Par exemple, l'Université McGill diffusera dès 2009 une formation continue en ligne (info-trauma.org) permettant d'apprendre à diagnostiquer un TSPT à l'aide d'un entretien semi-dirigé validé. L'ensemble des intervenants du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec vont ainsi se former à distance afin de se préparer à la gestion d'un événement traumatique de masse. De même, la Medical University of South Carolina a développé un cours sur Internet (tfcbt.musc.edu) permettant d'apprendre à conduire une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'enfants ayant vécu un événement traumatique.

Les étudiants ou les professionnels de santé mentale peuvent également aujourd'hui accéder facilement en ligne au contenu de revues savantes comme le *Journal of Traumatic Stress* (istss.org/publications) ou encore le *Journal international de victimologie* (jidv.com). Ils peuvent également consulter des bases de données en ligne spécialisées (PsycINFO, PubMed, Pilots, etc.) qui se révèlent être de véritables bibliothèques virtuelles permettant d'accéder aux derniers articles de recherche. Ce mode virtuel d'accessibilité au contenu scientifique permet à des universités ne pouvant pas se constituer de bibliothèque conséquente de palier à ce manque, comme peut l'illustrer le projet de bibliothèque virtuelle ibéro-américaine (Espagne, Portugal, Amérique du Sud), véritable Alexandrie hispano-portugaise, qui con-

siste à rendre disponible sous forme numérique tout le savoir en langue espagnole et portugaise (oci.es).

Certains sites Internet, comme celui du National Center for PTSD (ncptsd.va.gov), proposent des vidéos, des posters, des fichiers audios téléchargeables sur un baladeur numérique relatifs au TSPT. Ces nouveaux modes de diffusion de la connaissance illustrent une extension de l'*e-learning*, soit le *m-learning* (*learning with mobile devices*). N'importe qui peut donc apprendre n'importe où. Ce genre de service peut ainsi permettre de bénéficier aisément de conférences ou de séminaires par Internet sans souci de déplacement ou de temps⁽⁵⁶⁾.

Internet apparaît donc comme un outil permettant un plus large accès au savoir, tant pour les étudiants que pour les professionnels ou les pays en développement. Toutefois, l'*e-learning* ne peut se substituer entièrement à l'enseignement classique (manque d'interaction humaine), mais il semble devoir davantage se combiner avec lui.

DE NOUVELLES PERSPECTIVES EN RECHERCHE ?

Internet ne doit pas seulement être vu comme un sujet de recherche mais également comme un nouvel outil pour faire de la recherche. Faire de la recherche a généralement un coût élevé en argent, en travail et en temps⁽⁵⁷⁾. Internet peut-il permettre de faire des études fiables tout en allégeant ces coûts ?

Une équipe de chercheurs de l'université de Westminster (Grande-Bretagne) a étudié la faisabilité et la validité d'Internet comme mode de recueil des données en santé mentale⁽⁵⁸⁾. L'objet de l'étude s'est porté sur le trouble panique définis par la classification nosographique DSM-IV-TR⁽⁵⁹⁾. Ces chercheurs ont mis en ligne un questionnaire destiné aux personnes souffrant de ce trouble et ont comparé les résultats avec des données issues de mode de recueil plus classique. Après cinq semaines, 330 personnes avaient complété les batteries de test sur Internet. La participation a été forte puisque 60 % des personnes qui consultaient la page de questionnaire complétaient le test. Il s'est avéré que 76,8 % d'entre elles avaient souffert d'une attaque de panique dans les trois derniers mois précédant le test. L'étude a démontré que les résultats obtenus via Internet étaient semblables aux résultats issus de la littérature sur le sujet. Enfin, il est intéressant de noter que 84 % d'entre elles (277 personnes) ont accepté d'être contactées de nouveau par courriel. Ce mode de recueil des données pourrait donc être envisagé pour effectuer les recherches longitudinales si difficiles à accomplir, particulièrement dans un contexte post-traumatique. En effet, même en cas de taux d'abandon élevé, le grand nombre de participants pourrait palier à la fragilité de ce type d'étude importante

dans la compréhension d'un phénomène. Aussi, il devient aisé de contacter de nouveau les participants par courriel en un clic⁽⁶⁰⁾. Ainsi, Silver et al.⁽⁶¹⁾ ont fait une étude longitudinale de trois ans avec un suivi tous les six mois. Le taux de participation a été de 80 % à chacun des sept recueils de données.

L'une des critiques que l'on peut faire au sujet de ce mode de recueil de données est que les participants sont autosélectionnés, ce qui ne produit pas un échantillon représentatif⁽⁶⁰⁾. Mais mis à part les études à caractère épidémiologique, en vérité très peu d'études proposent ni même requièrent un tel échantillon. Internet reste un excellent moyen de comparer des variables et ainsi d'étudier les facteurs de risque ou l'étiopathogénie du TSPT en permettant des études avec un grand nombre de personnes. Internet a par exemple permis de collecter 2,5 millions de réponses lors d'une étude où des chercheurs ont laissé un questionnaire en ligne pendant cinq années⁽⁶²⁾. Il devient ainsi possible pour des chercheurs de disposer d'un test sur un site et de venir chercher les informations recueillies quelques mois après, ce qui demande une intervention minimale du chercheur pendant la collecte des données⁽⁶²⁾.

Internet permet donc de recruter un grand nombre de personnes pour faire de la recherche malgré un faible taux de participation. Autant il sera facile de recruter un nombre important de personnes en disposant des questionnaires sur des sites à très forte fréquentation (exemple : 100 000 visites par mois), autant il sera probablement difficile de recruter dans une population définie comme peut l'illustrer une étude⁽⁶³⁾ où seul 11 % (N = 77) d'une population définie d'employés du Pentagone (680 personnes) ont répondu à un questionnaire anonyme en ligne sept mois après l'attaque terroriste du 11 septembre 2001.

Internet pourrait permettre d'augmenter la faisabilité de recherches jugées onéreuses (études avec un grand nombre de sujets) ou difficile à faire (recherche longitudinale, comparaison entre données issues de populations de différents pays). Cet outil permet également de faire de la recherche avec une population autrement difficile à contacter. Ainsi, l'utilisation d'Internet a permis une étude⁽⁶⁴⁾ effectuée auprès de personnes ayant perdu un proche lors de l'attaque du 11 septembre deux ans et demi à trois ans et demi après ces événements. Il s'avère que 871 personnes ont répondu et que 704 personnes (81 %) ont pu participer à cette étude, ayant rempli l'intégralité des questionnaires en ligne. Pour Schlenger et Silver⁽⁶⁰⁾, le recours à Internet permet également de faire des recherches plus rapidement après un événement traumatogène de masse et permettrait également de publier des résultats peu de temps après⁽⁶⁰⁾. Ainsi, une étude américaine a été mise en ligne seulement 17 jours après l'attaque terroriste du 11 septembre 2001⁽⁶⁵⁾.

La recherche via Internet permettrait également d'accéder à des informations plus personnelles et plus sensibles que par rapport à d'autres méthodes de recueil des données. En effet, des études^(66, 67) ont montré que le fait de ne pas être devant un thérapeute permet au participant de dévoiler davantage d'aspects de sa vie privée. Cette méthode de recueil des données vient s'appuyer sur un constat déjà établi par Sigmund Freud lorsque ce dernier souhaitait lever une part des mécanismes de défense censurant la parole des patients par l'utilisation du divan en psychanalyse, rendant le thérapeute invisible. Ainsi, la peur d'être jugé décroît, ce qui favorise l'expression des sentiments. De plus, le mode de recueil de données qu'offre Internet permettrait de réduire certains biais comme la désirabilité sociale^(60, 66).

La recherche par Internet a également le mérite d'être particulièrement économique. En effet, une étude de grande échelle où l'on espère recueillir les données de 1 000 personnes est pratiquement gratuite sur Internet^(68, 69). On peut soit inviter tout internaute à compléter le test ou encore le rendre accessible uniquement à une population donnée. Il est également aujourd'hui très simple de créer un questionnaire en ligne qui collecte les réponses dans une base de données grâce à des sites Internet offrant des questionnaires personnalisables pour un coût modique (exemple : freeonlinesurveys.com ; surveymonkey.com) qui permettent par exemple d'empêcher une même personne de répondre deux fois à un questionnaire.

Internet peut également servir de lieu commun de réflexion. En effet, il est possible d'y réunir aisément des experts du monde entier et de les faire travailler pendant un temps donné sur un problème complexe. Ainsi, une expérience a été menée récemment⁽⁷⁰⁾ lors d'un forum sur Internet qui a réuni les contributions et discussions d'experts sur le lien thérapeutique pendant deux semaines, à l'issue de quoi une liste de préconisations, résultat d'un consensus, a été publiée. Internet peut donc faciliter la faisabilité de certaines recherches et favoriser la coopération entre chercheurs.

CONCLUSION

La clinique du trauma comporte un certain nombre de défis auxquels Internet peut, en partie, répondre. Les patients et leurs proches peuvent donc aujourd'hui bénéficier d'informations, de conseils, d'un prédiagnostic, d'une orientation, voire d'une thérapie en ligne. Ces expériences vont probablement se multiplier dans les années qui viennent. Ces développements sont vus comme des avancées, mais ce qui peut apporter une aide pourrait, dans certains cas, être nuisible pour la santé mentale des internautes présentant un TSPT si ce qui leur est offert est de piètre qualité...

Les professionnels, eux, peuvent d'ores et déjà bénéficier de formations avancées sans se soucier du pays de la formation ni d'une date où elle serait offerte. Ils peuvent également visionner des conférences auxquelles ils n'auraient pas pu participer. Les outils professionnels (tests, guides, etc.) deviennent également aisément accessibles par téléchargement. Ici encore, la validité de ce qui est disponible en ligne doit être vérifiée.

Les planificateurs en santé publique peuvent organiser des campagnes de sensibilisation sur le trauma ayant beaucoup d'impact à moindre coût. Ils peuvent également intégrer Internet dans des plans de secours après une catastrophe afin de faciliter l'orientation des victimes vers des structures de soins adaptées.

Internet peut donc permettre de sensibiliser, voire de traiter, un grand nombre de personnes, ce qui peut s'avérer particulièrement utile en cas de catastrophe de masse ou comme outil de prévention secondaire en complément d'une intervention classique. Il peut également permettre de venir en aide à une population qui souhaite rester anonyme, qui est hésitante, ou encore à une population qui ne bénéficie pas d'un accès aux soins satisfaisant. L'efficacité des interventions par le biais d'Internet demande toutefois à être mieux démontrée.

Enfin, faire de la recherche par le biais d'Internet peut devenir un standard pour les études de demain. Il devient ainsi aisé, rapide et peu coûteux d'atteindre une taille d'échantillon plus élevée ou de faire des recherches longitudinales. Il faudra néanmoins résoudre les problèmes inhérents à cette nouvelle façon de faire de la recherche (population non représentative, sécurité des données personnelles, etc.).

Que cela soit en matière d'information, d'expression, de psychothérapie, de formation ou de recherche, Internet ne doit pas se substituer aux pratiques existantes mais se combiner à elles en termes de complémentarité. Aussi, si Internet offre de nouvelles possibilités, il offre également de nouveaux problèmes à résoudre : efficacité des approches, biais, dangerosité des mauvaises pratiques, etc. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - SHAW M, BLACK DW. Internet addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs* 2008 ; 22 (5) : 353-365.
- 2 - DEMETROVICS Z, SZEREDI B, ROZSA S. The three-factor model of Internet addiction: the development of the Problematic Internet use questionnaire. *Behav Res Methods* 2008 ; 40 (2) : 563-574.

- 3 - LAMBOUSIS E, POLITIS A, MARKIDIS M, CHRISTODOULOU GN. Development and use of online mental health services in Greece. *J Telemed Telecare* 2002 ; 8 (Suppl. 2) : 51-52.
- 4 - ANDERSON JG, RAINEY MR, EYSENBACH G. The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. *J Med Syst* 2003 ; 27 (1) : 67-84.
- 5 - ZUCKERMAN E. Finding, evaluating, and incorporating Internet self-help resources into psychotherapy practice. *J Clin Psychol* 2003 ; 59 (2) : 217-225.
- 6 - FOX S. Online health search 2006. Washington, DC: Pew Charitable Trusts, 2006 [updated 2006, cited 2008 September, 5th, http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf].
- 7 - POUQUIER S. Le Québec à l'heure du virage e-Santé. Montreal : CEFRIO, 2008 [updated 2008 June, 27th, cited 2008 September, 5th, <http://www.cefrio.qc.ca/fr/documents/veille/Le-Quebec-a-lheure-du-virage-e-Sante84.html>].
- 8 - BRESLAU N, KESSLER RC, CHILCOAT HD, SCHULTZ LR, DAVIS GC, ANDRESKI P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. *Arch Gen Psychiat* 1998 ; 55 (7) : 626-632.
- 9 - KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB. Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity survey. *Arch Gen Psychiat* 1995 ; 52 (12) : 1048-1060.
- 10 - VAN AMERINGEN M, MANCINI C, PATTERSON B, BOYLE MH. Posttraumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther* 2008 ; 14 (3) : 171-181.
- 11 - BUNDORF M, BAKER L, SINGER S, WAGNER T. Consumer demand for health information on the Internet. NBER Working Papers 10386. Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research, 2004 : 1-30.
- 12 - FOX SRL, HERRIGAN J, LENHART A, SPOONER T, BURKE M, LEWIS O, CARTER C. The online health care revolution: how the web helps Americans take better care of themselves. Washington, DC : Pew Charitable Trusts, 2000 [updated 2000, cited 2008 September, 5th, http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Health_Report.pdf].
- 13 - NICHOLLS PJ, ABRAHAM K, CONNOR KM, ROSS J, DAVIDSON JR. Trauma and posttraumatic stress in users of the Anxiety Disorders Association of America web site. *Compr Psychiat* 2006 ; 47 (1) : 30-34.
- 14 - Belleau FP, Hagan L, Masse B. Effects of an educational intervention on the anxiety of women awaiting mastectomies. *Can Oncol Nurs J* 2001 ; 11 (4) : 172-180.
- 15 - SURWIT RS, VAN TILBURG MA, ZUCKER N, MCCASKILL CC, PAREKH P, FEINGLOS MN ET AL. Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002 ; 25 (1) : 30-34.
- 16 - GURSKY B. The effect of educational interventions with siblings of hospitalized children. *J Dev Behav Pediatr* 2007 ; 28 (5) : 392-398.
- 17 - IPSER JC, DEWING S, STEIN DJ. A systematic review of the quality of information on the treatment of anxiety disorders on the internet. *Curr Psychiatr Rep* 2007 ; 9 (4) : 303-309.
- 18 - BREMNER JD, QUINN J, QUINN W, VELEDAR E. Surfing the Net for medical information about psychological trauma: an empirical study of the quality and accuracy of trauma-related websites. *Informatics for Health and Social Care* 2006 ; 31 (3) : 227-236.
- 19 - TOMS EG, LATTER C. How consumers search for health information. *Health Informatics J* 2007 ; 13 (3) : 223-235.
- 20 - EYSENBACH G, KOHLER C. How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ* 2002 ; 324 (7337) : 573-577.
- 21 - NEWMAN MG, CONSOLI A, BARR TC. Computers in assessment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders: anxiety as a case in point. *Behav Ther* 1997 ; 28 : 211-235.
- 22 - SALEM DA, BOGAT GA, REID C. Mutual help goes online. *J Community Psychol* 1997 ; 25 (2) : 189-207.
- 23 - SIFRY D. The state of the live web, 2007 [updated 2007 April, 5th, cited 2008 September, 5th, <http://technorati.com/weblog/2007/04/>].
- 24 - SIFRY D. State of the blogosphere, 2005 [updated 2005 August, 2nd, cited 2008 September, 5th, <http://www.technorati.com/weblog/2005/08/34.html>].
- 25 - DAMIANI C, VAILLANT C. Être victime, aides et recours. Paris : Vuibert, 2003.
- 26 - HOUSTON TK, COOPER LA, FORD DE. Internet support groups for depression: a 1-year prospective cohort study. *Am J Psychiat* 2002 ; 159 (12) : 2062-2068.
- 27 - GREIST JH, GUSTAFSON DH, STAUSS FF, ROWSE GL, LAUGHREN TP, CHILES JA. A computer interview for suicide-risk prediction. *Am J Psychiat* 1973 ; 130 (12) : 1327-1332.
- 28 - HOUSTON TK, COOPER LA, VU HT, KAHN J, TOSER J, FORD DE. Screening the public for depression through the Internet. *Psychiatr Serv* 2001 ; 52 (3) : 362-367.
- 29 - WANG PS, BERGLUND P, OLDFSON M, PINCUS HA, WELLS KB, KESSLER RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiat* 2005 ; 62 (6) : 603-613.
- 30 - DE GARA F, GALLO WT, BISSON JI, ENDRASS J, VETTER S. Investment in online self-evaluation tests: a theoretical approach. *J Trauma Manag Outcomes* 2008 ; 2 : 3.
- 31 - SMITH MW, SCHNURR PP, ROSENHECK RA. Employment

outcomes and PTSD symptom severity. *Ment Health Serv Res* 2005 ; 7 (2) : 89-101.

32 - ZATZICK DF, MARMAR CR, WEISS DS, BROWNER WS, METZLER TJ, GOLDING JM ET AL. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiat* 1997 ; 154 (12) : 1690-1695.

33 - VETTER S, ROSSEGGER A, ROSSLER W, BISSON JI, ENDRASS J. Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use: an Internet based survey of male and female residents of Switzerland. *BMC Public Health* 2008 ; 8 : 92.

34 - CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM. The prevention of depression using the Internet. *Med J Aust* 2002 ; 177 (Suppl.) : S122-S125.

35 - LEVY JA, STROMBECK R. Health benefits and risks of the Internet. *J Med Syst* 2002 ; 26 (6) : 495-510.

36 - YBARRA ML, EATON WW. Internet-based mental health interventions. *Ment Health Serv Res* 2005 ; 7 (2) : 75-87.

37 - PENNEBAKER JW, BEALL SK. Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol* 1986 ; 95 (3) : 274-281.

38 - JOINSON A. Causes and implications of disinhibition behaviors on the Internet. In : Gackenbach J, Ed. *Psychology and the Internet*. New York : Academic, 1998 : 43-58.

39 - ZIMMERMAN DP. A psychosocial comparison of computer-mediated and face-to-face language use among severely disturbed adolescents. *Adolescence* 1987 ; 22 (88) : 827-840.

40 - CHILDRESS CA. Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions. *J Med Internet Res* 2000 ; 2 (1) : E5.

41 - SHEESE BE, BROWN EL, GRAZIANO WG. Emotional expression in cyberspace: searching for moderators of the Pennebaker disclosure effect via e-mail. *Health Psychol* 2004 ; 23 (5) : 457-464.

42 - LANGE A, RIETDIJK D, HUDCOVICOVA M, VAN DE VEN JP, SCHRIEKEN B, EMMELKAMP PM. Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of post-traumatic stress through the internet. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 (5) : 901-909.

43 - KNAEVELSRUD C, MAERCKER A. Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry* 2007 ; 7 : 13.

44 - WAGNER B, MAERCKER A. 1.5-year follow-up of an internet-based intervention for complicated grief. *J Trauma Stress* 2007 ; 20 (4) : 625-629.

45 - LITZ BT, ENGEL CC, BRYANT RA, PAPA A. A rando-

mized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiat* 2007 ; 164 (11) : 1676-1684.

46 - GERARDI M, ROTHBAUM BO, RESSLER K, HEEKIN M, RIZZO A. Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: case report. *J Trauma Stress* 2008 ; 21 (2) : 209-213.

47 - LIN CC, BAI Y, CHEN JY. Reliability of information provided by patients of a virtual psychiatric clinic. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 (8) : 1167-1168.

48 - HSIUNG RC. Suggested principles of professional ethics for the online provision of mental health services. *Medinfo* 2001 ; 10 (Pt 2) : 1296-1300.

49 - AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. APA statement on services by telephone, teleconference, and Internet, 1997 [updated 1997, cited 2008 September, 5th, <http://www.apa.org/ethics/stmnt01.html>].

50 - ALLEN IE, SEAMAN J. Online nation: five years of growth in online learning. The Sloan Consortium, 2007 [updated 2007 October 2007, cited 2008 September 5th, http://sloanconsortium.org/publications/survey/pdf/online_nation.pdf].

51 - BRAECKMAN LA, FIEUW AM, VAN BOGAERT HJ. A web and case-based learning program for postgraduate students in occupational medicine. *Int J Occup Environ Health* 2008 ; 14 (1) : 51-56.

52 - ORTON E, MULHAUSEN P. E-learning virtual patients for geriatric education. *Gerontol Geriatr Educ* 2008 ; 28 (3) : 73-88.

53 - FRIEDMAN CP, DE BLIEK R, TWAROG R, FRANCE CL, LEMMOND G, FILE DD. Studying the utilization and effects of a computer-based educational intervention in bacteriology. *Res Med Educ* 1988 ; 27 : 100-105.

54 - CARBONARO M, KING S, TAYLOR E, SATZINGER F, SNART F, DRUMMOND J. Integration of e-learning technologies in an interprofessional health science course. *Med Teach* 2008 ; 30 (1) : 25-33.

55 - RYAN G, LYON P, KUMAR K, BELL J, BARNET S, SHAW T. Online CME: an effective alternative to face-to-face delivery. *Med Teach* 2007 ; 29 (8) : e251-e257.

56 - LEVESQUE DR, KELLY G. Meeting the challenge of continuing education with eLearning. *Radiol Manage* 2002 ; 24 (2) : 40-43.

57 - SILVER RC. Conducting research after the 9/11 terrorist attacks: challenges and results. *Families Systems Health* 2004 ; 22 : 47-51.

58 - STONES A, PERRY D. Survey questionnaire data on panic attacks gathered using the world wide web. *Depress Anxiety* 1997 ; 6 (2) : 86-87.

59 - AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Diagnostic

and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing Inc., 2000.

60 - SCHLENGER WE, SILVER RC. Web-based methods in terrorism and disaster research. *J Trauma Stress* 2006 ; 19 (2) : 185-193.

61 - SILVER RC, HOLMAN EA, MCINTOSH DN, POULIN M, GIL-RIVAS V, PIZARRO J. Coping with a national trauma: a nationwide longitudinal study of responses to the terrorist attacks of September 11th. In: Neria Y, Gross R, Marshall R, Susser E, Eds. 9/11: mental health in the wake of terrorist attacks. New York : Cambridge University Press, 2006 : 45-70.

62 - NOSEK BA, BANAJI M, GREENWALD AG. Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dynamics* 2002 ; 6 : 101-115.

63 - GRIEGER TA, FULLERTON CS, URSANO RJ. Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and perceived safety after the terrorist attack on the Pentagon. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 (10) : 1380-1382.

64 - NERIA Y, GROSS R, LITZ B, MAGUEN S, INSEL B, SEIRMARCO G ET AL. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress* 2007 ; 20 (3) : 251-262.

65 - BUTLER LD, SEAGRAVES DA, DESJARDINS JC, AZAROW J, HASTINGS TA, GARLAN RW, DIMICELI S, WINZELBERG A, SPIEGEL D. How to launch a national Internet-based panel study fast: lessons from studying how Americans are coping with the September 11, 2001, tragedy. *CNS Spectrums* 2002 ; 7 (5) : 597-603.

66 - LAU JT, THOMAS J, LIU JL. Mobile phone and interactive computer interviewing to measure HIV-related risk behaviours: the impacts of data collection methods on research results. *AIDS* 2000 ; 14 (9) : 1277-1279.

67 - TURNER CF, KU L, ROGERS SM, LINDBERG LD, PLECK JH, SONENSTEIN FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science* 1998 ; 280 (5365) : 867-873.

68 - KRAUT R, OLSON J, BANAJI M, BRUCKMAN A, COHEN J, COUPER M. Psychological research online: report of Board of scientific affairs' Advisory group on the conduct of research on the Internet. *Am Psychol* 2004 ; 59 (2) : 105-117.

69 - COBANOGLU C, WARDE B, MOREO PJ. A comparison of mail, fax and web-based survey methods. *Int J Market Research* 2001 ; 43 : 441-452.

70 - VAN DULMEN S, SLUIJS E, VAN DIJK L, DE RIDDER D, HEERDINK R, BENSING J. Furthering patient adherence: a position paper of the international expert forum on patient adherence based on an internet forum discussion. *BMC Health Serv Res* 2008 ; 8 : 47.



Conférence internationale sur l'utilisation d'Internet en santé mentale

14-16 mai 2009 - Montréal, Canada

Six axes de réflexions sur le rôle qu'est susceptible de jouer Internet dans le domaine de la santé mentale seront abordés :

- diffusion au grand public d'informations de base sur les problèmes de santé mentale ;
- possibilité pour tout un chacun de faire part de son expérience dans des forums (chat rooms, blogs, Facebook) ;
- proposition d'évaluation en ligne et d'orientation vers des structures locales de prise en charge ;
- proposition d'aide psychologique en ligne (psychothérapie...) ;
- amélioration des connaissances et des capacités d'intervention des professionnels de santé mentale via des outils et des modules de formation ;
- recrutement de sujets pour des études.

Cette conférence s'adresse aux universitaires, professionnels en santé mentale, étudiants, spécialistes d'Internet...

Organisation

Pr Alain Brunet, Laboratoire de recherche sur les psychotraumatismes, Institut Douglas, Montréal, Canada

Renseignements et inscription

www.douglas.qc.ca/internet-mental-health



ASSOCIATION
DE LANGUE FRANÇAISE
POUR L'ÉTUDE DU STRESS
ET DU TRAUMATISME

L'expertise

Journée scientifique – Décembre 2009

École du Val-de-Grâce, Paris

Renseignements

alfest@voila.fr – www.trauma-alfest.com