

RECHERCHE ORIGINALE

Acceptabilité biopsychosociale d'un forum pour l'accompagnement de l'addiction à l'alcool et aux jeux d'argent

Caroline Simonpietri^{1,2,*}, François Paille²¹ Université de Bordeaux, Collège Sciences de l'Homme, Campus Victoire, Bordeaux, France² Université Paris Descartes, laboratoire CEPED, Centre Population & Développement, UMR196, Paris, France³ Service Addictologie CHRU Nancy, France

* Correspondance : Caroline Simonpietri, Université de Bordeaux, Collège Sciences de l'Homme, Campus Victoire, Bordeaux, France. caroline.simonpietri@u-bordeaux.fr

Résumé : L'addiction représente un problème de santé publique majeur qu'il convient de prendre en charge dans sa globalité, des facteurs de vulnérabilité aux conséquences neuropsychologiques. Dans une société « addictogène », d'autant plus à l'ère du numérique, de nombreux forums, réseaux sociaux et sites d'informations de santé prolifèrent pour soutenir les personnes souffrant d'addiction. Cependant, peu d'études existent pour évaluer le processus « d'acceptabilité-acceptation » de ces technologies. Nous avons donc réalisé une étude anthropologique sur « l'acceptabilité » d'un forum en comparant la thématique « alcool » à celle du « jeu », la dernière n'attirant que très peu de visiteurs contrairement à la première. La « n'ethnographie » réalisée a mis en exergue huit besoins opérationnels à utiliser le forum (s'évaluer ; planifier le changement ; résister au craving ; se rassurer ; apprendre à contourner ; apprendre à rebondir et témoigner). Ces besoins changent en fonction de l'étape dans laquelle la personne se situe dans le processus de changement (introspection, décision, initiation, anticipation, itération, tentation, désillusion, maintien). D'autres variables, intra-individuelles, comme celles issues du « parcours de vie » avec l'addiction, c'est-à-dire la dépendance perçue, la confiance dans le corps médical, les antécédents familiaux ainsi que le soutien social perçu et les comorbidités psychiatriques viennent moduler la vulnérabilité perçue et donc le processus final d'acceptabilité. Sept autres facteurs, liés à l'outil et donc à l'utilisabilité ont été identifiés (gratuité ; anonymat ; qualité de l'expertise ; liberté d'action ; liberté d'engagement ; réactivité ; structure « relais »). En identifiant de façon inductive et compréhensive les différents facteurs empiriques qui ont de près ou de loin joué un rôle dans le recours au forum, nous avons pu ensuite relever différents modèles, classiques, rassemblant partiellement ces variables : le TAM2, l'UTAUT, l'HAPA, le modèle transthéorique, le modèle interpersonnel et le modèle UX. S'inspirant de ces modèles, classiques mais toujours d'actualités, nous proposons un modèle intégratif de l'adoption technologique dans l'addiction que nous avons appelé le modèle MIATA. Un affinage de la base de données, utilisateur par utilisateur reste nécessaire pour étudier la valeur prédictive de chaque variable (contextuelle, individuelle et technologique) avec ses différents construits et ainsi distinguer par la suite lesquelles seraient les plus importantes à considérer dans la persistance d'usage et donc dans le processus d'acceptation final.

Mots-clés : Addiction ; Acceptabilité sociale ; Acceptation technologique ; Anthropologie clinique et médicale

Abstract: Addiction represents a major public health issue that requires a comprehensive approach, from vulnerability factors to neuropsychological consequences. In an increasingly “addictogenic” society, especially in the digital era, numerous online forums, social networks, and health information websites proliferate to support individuals suffering from addiction. However, few studies have investigated the “acceptability–acceptance” process of such technologies. We therefore conducted an anthropological study on the “acceptability” of an online forum by comparing two themes: “alcohol” and “gambling,” the latter attracting far fewer visitors than the former. The “n'ethnography” carried out highlighted eight operational needs driving forum use: self-assessment; planning change; resisting craving; seeking reassurance; learning to avoid triggers; learning to bounce back; and sharing one's experience. These needs varied according to the user's stage in the change process (introspection, decision, initiation, anticipation, iteration, temptation, disillusionment, maintenance). Other intra-individual variables—such as one's “life trajectory” with addiction (perceived dependence, trust in healthcare providers, family history, perceived social support, and psychiatric comorbidities)—modulated perceived vulnerability and thus influenced the final acceptability process.

Seven additional tool-related factors associated with usability were identified: free access, anonymity, quality of expertise, freedom of action, freedom of engagement, responsiveness, and a “relay” support structure. By inductively and comprehensively identifying the empirical factors that directly or indirectly influenced the use of the forum, we were able to map these findings onto several existing theoretical models that encompass some of these variables: TAM2, UTAUT, HAPA, the transtheoretical model, the interpersonal model, and the UX model. Drawing inspiration from these classical yet still relevant models, we propose an integrative model of technological adoption in addiction, which we have named the MIATA model. Further refinement of the database—on a user-by-user basis—remains necessary to examine the predictive value of each variable (contextual, individual, and technological) along with their constructs, in order to determine which factors are most important for sustained engagement and ultimately for the overall acceptance process.

Key words: Addiction; Social acceptability; Technology acceptance; Clinical and medical anthropology

1. INTRODUCTION

Alcool et jeux d'argent et de hasard (JAH) comptabilisent respectivement 2,3 milliards et 1,8 milliard de consommateurs dans le monde (1,2,3). Plus précisément, en France, 86,6% et 47,2% de la population déclarent avoir bu ou joué au moins une fois dans l'année (4,5). Ces activités, licites, restent néanmoins des pratiques à risque de complications et doivent être surveillées par les autorités sanitaires (6,7).

Bien que les chiffres de vente d'alcool aient fortement diminué depuis 1961 (8), la France reste l'un des plus gros consommateurs dans le monde tandis que le nombre d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) ne cesse d'augmenter depuis quelques années chez les jeunes de 18-25 ans, plus particulièrement chez les femmes (9). Au début des années 2010, la consommation d'alcool représentait la première cause d'hospitalisation (10) avec un coût social chiffré à 120 milliards (11). La moitié des patients qui viennent consulter en service d'addictologie souffrent de troubles autant hépatiques que cognitifs (12) et un français sur deux déclarait, en 2015, avoir subi des dommages causés par l'alcoolisation d'un tiers (13). En ce qui concerne les JAH, en plus de la consommation croissante des mineurs (14), déjà alarmante, l'OFDT comptabilise 1,6 % de joueurs excessifs (15). Avec l'apparition exponentielle de l'offre de jeux en ligne depuis la loi du 12 mai 2010, ces chiffres n'ont cessé d'augmenter avec une hausse de 40% de joueurs en lignes entre 2017 et 2019, tandis que les patients pris en charge pour une addiction liée aux JAH ne représentaient que 1,1 % de l'ensemble du public des CSAPA (16). Deux raisons majeures à cet écart, le retard de considération pour les addictions sans substance et une propension moindre chez les joueurs à aller médicalement consulter. Si la notion de « jeu pathologique » avec la nécessité d'une prise en charge spécifique est parue dans le plan « Addiction 2007-2011 », elle restait classée comme un « trouble du contrôle des impulsions » dans le DSM-IV. Les « troubles d'usage » liés aux JAH sont officiellement pris en compte dans le DSM-5, en 2013, comme une addiction dite « sans substance » ou comportementale. Les troubles associés aux JAH commencent donc à être considérés comme une maladie chronique qu'il convient de prendre en charge dans sa globalité au même titre qu'une affection longue durée (ALD). Améliorant considérablement les représentations souvent péjoratives liées à l'addiction, 80% des personnes souffrant d'addiction ne se pensent pourtant pas « malades » ou dépendants, ce qui freine fortement la prise en charge et l'accompagnement (7).

Dans une société « addictogène » (17), les actions de prévention et les outils diagnostics pour améliorer l'accompagnement de l'addiction avec ou sans substance, se sont multipliés. D'autant plus à l'ère du numérique, où de nombreux forums, réseaux sociaux et sites d'informations de santé prolifèrent afin de soutenir les personnes atteintes de pathologies chroniques (18) et plus récemment, dans les addictions (19). En 2020, avec le confinement et les restrictions sanitaires, les groupes de paroles et d'entraide entre pairs, ont dû innover pour digitaliser leurs services et accompagner à distance les personnes dépendantes. Cependant, il n'est pas toujours aisé de savoir à quel point ces stratégies sont efficaces et adaptées aux problématiques des utilisateurs, quand ils les utilisent, et quelle « appropriation » des sites proposés a été réalisée in fine dans leur quotidien. Par « appropriation » nous faisons référence à la troisième étape temporelle du processus d'adoption d'une technologie (20). Elle est précédée de « l'acceptation », dite « située » (21) qui désigne un continuum entre rejet et satisfaction pendant l'usage et de « l'acceptabilité » qui représente un jugement a priori, une perception en amont de l'usage (22). L'évaluation de la première étape, l'acceptabilité, vise à étudier les facteurs déterminants d'une « intention comportementale », c'est-à-dire la probabilité perçue de l'usage futur, elle-même déterminant central du comportement d'usage effectif (23, 24, 25).

D'après le modèle princeps d'adoption technologique, le TAM (Technology Acceptance Model), un comportement favorable à l'adoption d'une technologie dépend, de deux croyances cognitives : la « facilité d'utilisation perçue » (FUP) et celle de « l'utilité perçue » (UP) (26,27). La FUP renvoie à l'effort que l'utilisateur pense avoir à fournir pendant l'usage et dépend, fortement de son « utilisabilité » (28), c'est-à-dire des caractéristiques fonctionnelles de l'outil. L'UP renvoie à des paramètres plus opérationnels, c'est-à-dire la façon dont l'outil pourrait a priori améliorer les performances de l'utilisateur selon ses propres perceptions. Dans un autre modèle, plus complet et regroupant huit théories dominantes classiques, l'UTAUT (Modèle Unifié de l'Acceptation et de l'Utilisation des Technologies), les auteurs (24) considèrent deux déterminants supplémentaires : l'influence sociale et les conditions dites « facilitatrices », dont le « contrôle comportemental perçu ». Le premier, repose sur des « normes subjectives » et de ce que les autres personnes, notamment importantes aux yeux de l'utilisateur, pensent de l'outil. Ce facteur avait été volontairement omis par l'auteur de la TAM pour son manque de prédictibilité dans le contexte étudié (sphère professionnelle), d'une part, et par souci de parcimonie et de limitation des déterminants, d'autre part (29). Le deuxième fait référence au « sentiment d'auto-efficacité », concept décrit par Bandura (30) et abondamment employé en psychosociologie. Dans la théorie du comportement planifié (TCP), modèle précurseur de la TAM et de l'UTAUT, l'auteur montre que ce sentiment de contrôle pouvait directement influencer le comportement final sans intention préalable, notamment dans le cas de l'addiction à l'alcool (31).

La TCP est elle-même une évolution de la théorie de l'action raisonnée (TAR) (32). Ces deux anciens modèles ont été largement utilisés dans l'étude des maladies chroniques pour comprendre, par exemple, l'engagement dans des services de dépistage (33) ou encore l'usage de contraceptifs (34) après des messages préventifs. Il a pu être montré que les interventions préventives ont un impact sur le développement de l'intention d'un comportement de santé (35), et ce d'autant plus avec des messages « affectifs », c'est-à-dire axés sur les bénéfices d'un comportement important pour le « bien-être » (réduction de l'anxiété, dépression et stress, se sentir mieux dans son corps) que pour la santé (réduction du risque de maladies aiguës ou chroniques). Cependant, les résultats concernant le passage de l'intention au comportement paraissent moins convaincants (36). Le Health Action Process Approach ou HAPA (37,38) cherche à expliquer cet écart intention-comportement en considérant une phase « volitionnelle » suite à la phase motivationnelle qui mène à la formation de l'intention. Dans cette deuxième phase, une planification de l'action et de l'adaptation aux obstacles potentiels doit opérer en amont d'une action préventive.

Outre les modèles sociocognitifs classiques de prédiction, comme les TCP/TAR ou l'HAPA, qui visent à comprendre les distinctions entre des comportements « salutogènes » versus « pathogènes » (39,40) ont proposé un Modèle d'Acceptation des Technologies par les Patients (PTAM). Prenant appui sur les travaux du TAM et de l'UTAUT, les auteurs y intègrent en plus des éléments spécifiques au contexte de la santé comme le vécu du patient. La perception de l'état de santé, la recherche d'informations, les connaissances sur la santé ou encore la relation de satisfaction envers le monde médical ont été identifiés comme des critères déterminants du comportement d'usage. D'autres multiples variables ont été identifiées par la suite, comme la « confiance perçue » ou la « valeur de prix » affinant profondément les théories explicatives de l'intention d'usage (41,42). L'UP reste cependant le déterminant le plus prédictif d'une intention comportementale (43) tandis que la FUP paraît particulièrement instable (42), d'autant plus par son évolution au cours du temps, notamment par l'habitude d'usage.

Dans les approches centrées sur l'expérience utilisateur (UX), le jugement effectif d'un outil technologique résulterait de trois éléments : l'utilisateur, le système et le contexte au moment de l'usage. L'expérience, propre à chaque utilisateur, dépend, des qualités pragmatiques ou instrumentales (« do-goals ») qui désignent l'UP et l'utilisabilité du système, mais également de qualités « hédoniques ». Ces dernières sont associées aux buts d'accomplissement de soi (« be-goals ») : l'identification, l'évocation et la stimulation. Ces attributs reposent sur des besoins humains, respectivement d'expression, de mémorisation et de challenge (44). L'utilisateur, quant à lui, est défini par ses attentes et ressources en interaction avec le système dans un contexte donné au moment de l'usage (45).

En considérant qu'une décision n'est pas que liée aux performances de l'outil (46) mais est influencée par une situation, des contraintes et des émotions, le processus d'acceptabilité-acceptation d'une technologie dépend de déterminants propres à l'utilisateur et, d'autres liés au système, en plus d'un contexte environnemental propre à l'addiction. Quelles sont ces facteurs dans le cas de l'addiction à l'alcool et aux jeux? Quels sont les

éléments contextuels, individuels et technologiques qui modulent l'utilité perçue (UP) d'une technologie préventive et qui déterminent ainsi son acceptabilité en amont de son usage puis son acceptation ?

L'objectif de cet article vise à identifier les déterminants clés à considérer pour évaluer le processus d'acceptabilité-acceptation d'une technologie d'accompagnement de l'addiction afin de pré-construire un modèle intégratif spécifique à l'addiction que nous appellerons MIATA (Modèle Intégratif de l'Acceptabilité des Technologies dans l'Addiction).

Nous proposons dans cet article d'identifier ces facteurs à travers l'ethnographie des échanges sur un forum spécialisé dans l'addiction et modéré par des pairs-aidants expérimentés et formés. Pour chaque comportement de santé à évaluer, une étude préliminaire doit être menée afin d'isoler les variables qui opèrent sur le comportement en utilisant une méthodologie qualitative exploratoire (31 ; 47). L'analyse des messages des visiteurs du forum permet d'apporter des informations sur les raisons qui les ont menés à écrire une première fois, et donc, entre autres sur les besoins opérationnels qui déterminent en partie l'UP.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 Une approche anthropologique clinique, sociale et cognitive

Les deux échantillons observés et analysés ne sont pas statistiquement comparables en raison de l'écart quantitatif de chacun, le forum jeux n'attirant que peu d'utilisateur comparé à celui sur l'alcool. Les deux échantillons de visiteurs restent cependant intéressants à analyser pour une recherche comparative qualitative anthropologique.

L'approche qualitative utilisée est inductive (48, 49) et compréhensive (50, 51).

Par approche inductive, nous désignons une approche empirique se détachant dans un premier lieu de la littérature et des cadres préexistants. Contrairement à la démarche hypothético-déductive, la méthode d'analyse vise donc à trouver des hypothèses à partir des données du terrain puis de confronter les résultats à la littérature. Par compréhensive, nous prenons en compte les logiques sociales des acteurs, comme cohérentes. A l'inverse d'une approche holiste ou déterministe, nous prenons en compte les signes et arbitrages individuels en partant de leur propre mots-clés et discours, à travers les messages postés sur le forum. Nous considérons cette liberté comme relative et restreinte, limitée par les effets d'acteurs et de situations, c'est-à-dire des contraintes matérielles, sociales et symboliques qui peuvent freiner le passage de l'intention à l'usage, et déclencher l'intention (52).

L'approche anthropologique employée s'inspire de ces deux courants, à deux échelles différentes : l'échelle microsociale et l'échelle micro-individuelle, en plus d'être clinique (53,54). A la différence du psychiatre ou de l'addictologue, l'anthropologue clinicien ne cherche pas à agir sur les « enquêtés » mais cherche, dans une visée scientifique, à identifier des variables structurelles explicatives d'un système donné afin de contribuer à son amélioration.

2.2 Processus de recueil de données

Nous avons observé les échanges et discours des utilisateurs dont nous avons gardé le strict anonymat et sans interagir. Seuls le sexe, l'âge et/ou le nombre de posts, quand l'information existait ont été notés pour l'identification des verbatims et non le pseudonyme utilisé.

Au départ, 113 discussions ont été répertoriées dans le forum « alcool », à un instant t donné. Les titres de lancement de discussion ont été recensés puis triés en fonction du profil du visiteur « amorceur » de discussion : usager, proche, professionnel. Seuls les acteurs « lanceurs » de discussions sur le forum ont été considérés. Dans la thématique « Alcool », nous avons recensé 28 proches, 9 professionnels ou modérateurs et 76 « consommateurs » ou « usagers », c'est-à-dire des personnes qui peuvent souffrir d'addiction à l'alcool ou qui se posent, plus simplement, des questions sur leur propre consommation.

Donc près d'un quart (n=28) des personnes qui lancent une discussion sur le forum sont des proches inquiets ou désespérés des mères, des conjoints, des enfants ou encore des amis - à la recherche de conseils. Bien que cette proportion de « proches » de consommateurs soit élevée, nous avons exclusivement orienté notre analyse sur les « consommateurs », cible déjà suffisamment riche d'informations. Se détachant en tout premier lieu de la littérature et d'une hypothèse associée, nous avons recensé, pour chaque « visiteur- consommateur » le

nombre de post ainsi que l'âge et le sexe quand, il était possible de l'identifier. Nous avons ensuite codé chaque personne en fonction de la thématique principale abordée sur le forum (abstinence, rechute, symptômes de manque, craving, situations à risque...).

A travers ces premiers éléments de discours, un itinéraire de décisions et de pratiques a pu être reconstruit sur plusieurs étapes jusqu'à l'usage actif du forum par l'écriture d'un premier post. Au-delà de la représentativité statistique d'un échantillon donné, c'est la « valeur représentative » (55) de l'échantillon qualitatif constitué qui importait en premier lieu (49). Nous avons ensuite pondéré à chaque étape le nombre de personnes pour mieux visualiser la répartition dans chaque catégorie émergente.

Le forum sur le jeu a été analysé avec la même méthodologie. Sur les 11 sujets de discussion amorcés sur le forum, 5 concernent les jeux d'argent et de hasard ; 6 les jeux vidéo. L'enquête ciblant les jeux d'argent et de hasard, pas l'addiction aux écrans. Il reste néanmoins intéressant de constater que 5 mères s'inquiètent pour leur fils, mineur, de 8 ans à 18 ans ; et seulement un joueur parle de sa propre addiction. Sur les cinq personnes qui lancent leur discussion sur les JAH, 2 sont des joueurs, hommes, et témoignent de leur problème tandis que 3 s'inquiètent pour leur proche. Pour saturer notre échantillon, huit personnes supplémentaires ont été ajoutées. Ce sont des joueurs qui viennent interagir sur le forum sans avoir lancé leur discussion, à la différence du forum alcool qui comportait 76 « usagers » ou consommateurs « amorceurs » de discussion. Donc au total, l'échantillon « JAH » comporte 13 personnes dont 3 proches et 10 joueurs. Parmi les proches, ce ne sont que des femmes qui viennent sur le forum afin de trouver des solutions. Au sein de l'échantillon de joueurs : 4 personnes sont dépendantes aux casinos, dont 2 aux casinos terrestres ; 3 personnes sont dépendantes aux jeux d'argents en ligne ; 1 personne est dépendante aux jeux de grattage ; 1 personne est dépendante de la bourse ; 2 sont dépendants aux jeux d'argents au sens large sans plus de précision.

3.RESULTATS

3.1. Quantification et catégorisation des profils de visiteurs

Parmi les 76 visiteurs consommateurs qui ont amorcé leur propre discussion au sein du forum « Alcool » :

- 6 visiteurs sont en pleine introspection sur leur consommation et se demandent si leur consommation est de l'ordre du « normal » ou du pathologique (A1) ;
- 23 personnes ont pris la décision de changer leur comportement et recherchent des solutions concrètes pour accompagner leur décision (A2),
 - o soit en réduisant les risques (n=1), soit en arrêtant totalement (n=9) ;
 - o 12 personnes souhaitent changer leurs habitudes sans être complètement décidé sur la manière de faire entre réduction des risques et sevrage total
 - o et 1 visiteur se prépare à aller en cure.
- 37 personnes ont commencé l'action de sevrage:
 - 10 commencent depuis moins d'un mois leur sevrage et se demandent si leurs symptômes de manque sont « normaux ». (A3)
 - 5 ont peur de rechuter après une période d'abstinence. (A4R0)
 - 1 a envie de « re-consommer » après 11 ans d'abstinence (A4R1)
 - 2 souhaitent reboire modérément après une tentative de sevrage total échouée (A4R1)
 - 12 viennent de rechuter et souhaitent recommencer un processus de sevrage total (A4R2)
 - 7 ne cessent de rechuter et désespèrent (A4R3)
 - 7 personnes se sentent libérées et viennent témoigner, alerter, faire partager leur bonheur de réussite (A5)
 - 3 ont été estimés inclassables.

A travers cette diversité, 8 profils types distincts ont pu être mis en exergue à travers huit étapes clés propre au contexte de l'addiction (Figure 1). On distingue ceux qui se posent des questions sur leur consommation (A1 : introspection), ceux qui souhaitent changer leur comportement (A2 : décision), ceux qui commencent tout juste un sevrage (A3 : initiation), ceux qui ont peur des situations à risque (A4R0 : anticipation) ; ceux qui ont envie de re-consommer modérément après une période d'abstinence (A4R1 : tentation) ; ceux qui viennent de rechuter et souhaitent recommencer un processus d'abstinence totale (A4R2 : itération), souvent après un événement malheureux ; ceux, désespérés, qui ont « tout essayé » (A4R3 : désillusion) ; et enfin, ceux qui résistent et maintiennent le changement (A5 : maintien). Il est intéressant de préciser que près de 60% des

visiteurs sont des femmes et que cette proportion s'accroît nettement dans les premières étapes de sevrage (de l'introspection à l'initiation du changement)

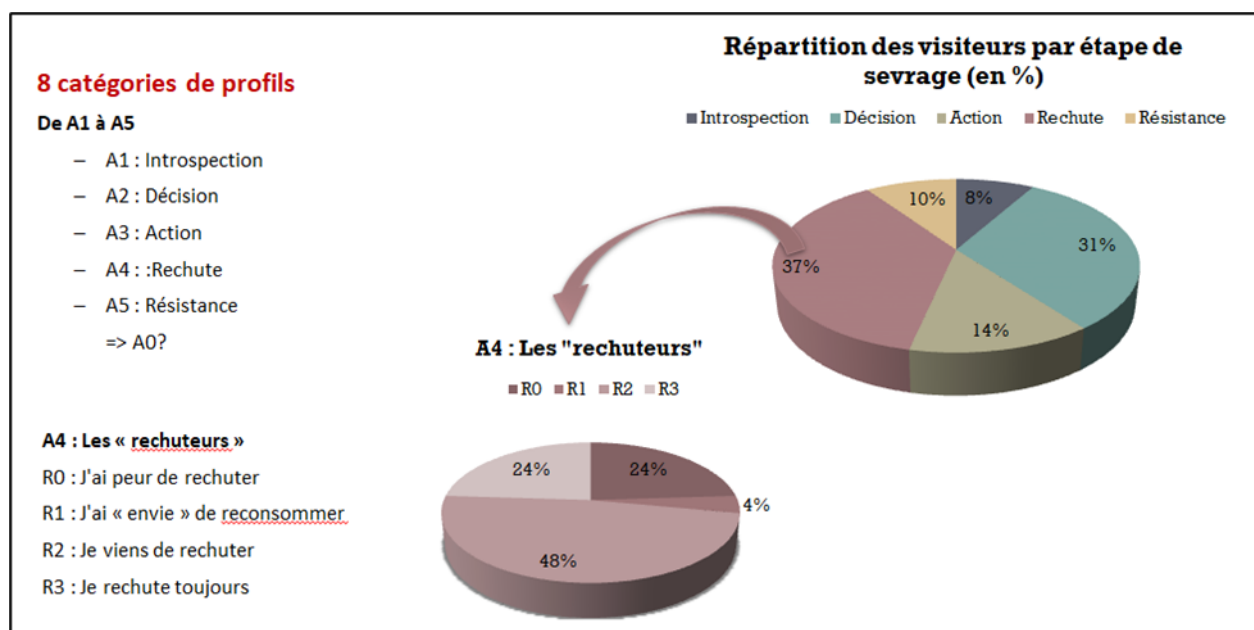


Figure 1. Quantification des visiteurs par enjeux de recours au forum et catégorisation des profils

Parmi les joueurs, aucun, à la différence du forum « alcool » ne se pose de questions sur sa « consommation », ce que nous avons appelé la phase d'introspection (A1). Ils ont tous déjà rechuté plusieurs fois, semblent réaliser leur problème d'addiction sans pouvoir le maîtriser.

- 5 réalisent qu'ils sont dépendants aux jeux et viennent sur le forum pour tenter d'arrêter de jouer sans aide professionnelle. Ils discutent de leurs stratégies de contournement (A2).
- 2 commencent un « sevrage » depuis peu et viennent sur le forum en attendant le rendez-vous extérieur thérapeutique, pour se divertir (A3).
- 4 continuent de jouer malgré des solutions thérapeutiques et la prise de conscience de souffrir d'addiction et des conséquences sociales et matérielles dommageables dans leur quotidien (A4).
 - o Ils viennent sur le forum pour trouver des solutions de sevrage ou pour « extérioriser » leur souffrance. Il s'agit de visiteurs ayant déjà consulté auparavant, désespérés de leurs rechutes constantes, et qui ne souhaitent plus vouloir consulter de nouveau (R3).
- A5 : et 1 paraît « guéri » de son addiction et vient témoigner de son parcours de vie et de ses propres moyens d'abstinence.

Dans le jeu, on retrouve donc quatre catégories principales sur les huit identifiées avec l'alcool : des personnes qui souhaitent changer leurs habitudes, seuls (A2) ; des personnes en tout début de sevrage (A3) ; des personnes qui ont essayé des solutions thérapeutiques et qui rechutent malgré tout (A4R3) et les personnes a priori sevrées. On comptabilise deux hommes au total.

3.2. « N'ethnographie » du forum : les enjeux du recours à l'outil par étape de changement

3.2.1. Le processus d'introspection : « Evaluer son mode de consommation »

Une partie des visiteurs est en pleine introspection sur son mode de vie et se demande si sa consommation est de l'ordre du « normal » ou du pathologique. Ces visiteurs décrivent leurs pratiques de consommation à la recherche de signaux d'alerte d'une éventuelle « dépendance ». Plusieurs signaux peuvent les alerter.

Régularité et perte de contrôle : deux signaux d'alerte importants pour les visiteurs

La régularité de la consommation semble représenter un premier signal saillant de gravité. Soit, elle inquiète par sa ritualisation : « je ne peux m'empêcher de boire dès le vendredi soir. » (Femme, > 30 ans, 1 post). Soit, elle rassure par son absence : « Je pense avoir un souci avec l'alcool mais je ne pense pas être alcoolique. Je

peux ne pas boire pendant plusieurs jours sans que cela me manque et m'empêche de vivre normalement, au contraire.

Le souci est que quand, je prends un verre j'ai parfois du mal à en rester là et c'est deux puis trois puis la bouteille y passe. » Perdre le contrôle n'est, selon elle, pas automatiquement synonyme « d'alcoolisme » au même titre « qu'être ivre de temps en temps » : « Ma grande sœur m'a dit hier que j'avais un problème avec l'alcool. Ce que je n'ai pas du tout accepté car je considère que ce n'est pas parce que on est ivre de temps en temps qu'on est alcoolique... Si ? » (Femme, 35 ans, A1). La notion « d'alcoolisme » semble globalement confuse, tout comme les évolutions des classifications relatives aux « pratiques addictives » (56,57) depuis une trentaine d'années. De façon générale, l'OFDT considère tout autant le risque dans les alcoolisations ponctuelles importantes (API) que la régularité de la consommation.

Augmentation des doses et des envies : un troisième signal qui inquiète

En plus de la ritualisation et de la perte de contrôle, le phénomène de « tolérance à la dose » interroge : « Le soir après le travail je me rends compte que je bois de plus en plus. Avant et après le repas je prends un verre de vin. Mais en fait j'ai l'impression que certains soirs je peux prendre plus de 5 verres. J'ai peur d'augmenter encore plus mais d'un autre côté cela me fait du bien et je me sens plus détendu. Est-ce que vous pensez que je deviens dépendant ? » (Homme, 36 ans, A1). Outre les mécanismes neurobiologiques liés au circuit de la récompense et de conditionnement opérant qui amènent à répéter et rapprocher les situations de consommations, la « poly-consommation » amène un risque supplémentaire de consommation « à risque » : « Depuis quelques temps, je ressens une forte envie de boire et ça me fait peur. Avant lorsque ça n'allait pas, ou pour décompresser, etc., j'allumais une clope. Sauf que je ne fume plus depuis 18 mois. Il m'arrive de temps en temps de boire une ou deux bières, mais là, je ressens le besoin d'en boire plus, comme pour oublier certaines choses. » (Femme, A1). Tout se passe comme si l'attente positive de la consommation, « être détendu » ou « oublier », contrebalançait partiellement la peur ressentie à l'idée d'être ou de devenir « malade », « dépendant » ou « alcoolique » pour reprendre les termes employés sur le forum. Des antécédents familiaux peuvent au contraire accentuer l'inquiétude : « Ma mère et ma grand-mère étaient alcooliques, j'ai donc très peur de cela. » (Femme, A1, > 30 ans). L'anticipation du risque de maladie influencée par l'observation vicariante de la famille augmente la probabilité perçue de devenir « malade ». La vulnérabilité perçue déclenche une peur et le début du processus d'introspection, en plus d'atténuer partiellement le plaisir à consommer.

Trois éléments en lien avec le mode de consommation semblent donc potentiellement alertant aux yeux des visiteurs du forum alcool : la ritualisation de la consommation ; la perte de contrôle, l'augmentation des doses et des pulsions. Les antécédents familiaux et la poly-consommation viennent moduler la vulnérabilité perçue ou réelle et le processus d'introspection associé.

Les mensonges et vols : une spécificité des joueurs

Sur le forum « jeu », aucune personne ne vient pour demander s'il est « consommateur pathologique ». Ce sont les proches qui traitent des signes révélateurs : « Cela fait maintenant presque deux ans que je pense qu'un de mes proches a un problème avec le jeu. Tous les signes concordent, elle demande souvent qu'on lui dépanne de l'argent, je la vois souvent se rendre au bureau de tabac et elle en ressort généralement avec plusieurs tickets à gratter à chaque fois en plus de son paquet de cigarette. J'ai essayé de lui en parler mais elle m'affirme qu'elle maîtrise et ne fait ça que pour s'amuser. » (Femme, Proche de joueur). Les signaux d'alerte des proches face aux comportements des joueurs peuvent donc concerner dans un premier temps la régularité de la consommation et l'augmentation des pratiques, comme avec le produit alcool. La requête de ressources financières constitue en revanche un élément qui n'existe pas avec l'alcool, du moins pas observable dans le forum. D'autres critères paraissent particulièrement significatifs, comme les stratégies employées pour cacher sa pratique à son entourage : « Il me vole tous, me vole la voiture pour y prendre la carte et me dit qu'il a perdu la carte bleue pour pas que je découvre le poteau rose, à déjà voler de l'argent à ses enfants, demande de l'argent à tout le monde, famille amis (...). Il continue de me dire que je cris pour rien et qu'il peut s'arrêter... » (Femme, conjointe de joueurs). Le vol d'argent chronique constitue un point de départ important d'écriture sur le forum par les proches de joueurs qui cherchent moins un diagnostic pour leur proche qu'un moyen de le sortir du déni et surtout arrêter les dépenses dissimulées et dangereuses pour la vie de famille. A savoir que pour un joueur « ce n'est pas du vol, mais un emprunt, puisqu'il va gagner et pouvoir rembourser. » (Homme,

A5). La perte de contrôle n'est pas mentionnée étant donné que les proches ne sont généralement pas présents pendant la consommation. En revanche, les joueurs en parlent allègrement à d'autres étapes du processus de changement du manque de contrôle existant pendant la consommation de jeu.

Tous ces critères ont déterminé l'utilité perçue du forum en amont de son usage. Ces signaux d'alerte peuvent devenir des déclencheurs à la visite d'un forum, voire à la décision ultérieure de sevrage ou de modération.

3.2.2 Le processus de décision : « Changer son comportement »

Certains visiteurs du forum alcool ont pris la décision de changer leur comportement et recherchent des solutions concrètes pour accompagner leur décision. Ils sont déjà passés par la phase d'introspection et se savent dépendant ou a minima reconnaissent avoir un problème avec leur consommation : « Après une soirée encore bien arrosée, je prends conscience que j'ai un problème avec l'alcool. Je bois très souvent plusieurs verres le soir et je me soule complètement régulièrement aussi depuis plusieurs années. » (Femme, 34 ans, A2). Ils viennent sur le forum pour changer leur comportement qui souvent les déçoit.

Les conséquences négatives de la consommation, déterminantes clés de la décision de changement

Sur les deux forums, les visiteurs viennent généralement suite à un excès de consommation, apparu la veille ou dans un proche passé : « J'ai bouffé les économies de mon conjoint en jouant. Il a des prêts et on ne sait pas s'il arrivera à rembourser. Etant donné qu'il a travaillé dans le vide à cause de moi. J'ai honte de ce que j'ai fait, honte de lui avoir fait autant de mal, d'avoir dépensé de l'argent que moi-même je n'ai pas gagné en travaillant (problème de santé). » (Femme, casinos, A2). Ce sont les conséquences négatives perçues, essentiellement sociales, plus, celles matérielles et financières dans le jeu, qui entraînent l'envie de changement puis l'intention d'usage du forum. Les conséquences négatives de la consommation, qu'elles soient avérées ou anticipées, déclenchent une émotion négative (honte, tristesse, culpabilité, peur) qui pousse les personnes à vouloir changer. Elles cherchent alors, via le forum, des solutions pour accompagner leur décision de changement : « Je suis au fond, du trou je ne sais plus quoi faire... » (Femme, jeux en ligne, A2). La plupart viennent sans savoir comment procéder pour changer : « Ma situation me rend, triste et je ne sais pas quoi faire pour arrêter ça et vivre plus sainement. » (Femme, > 40 ans, A2). Les termes « incontrôlable » ou « malsain » sont redondants dans le vocabulaire employé, au même titre que « tristesse », « honte » ou « culpabilité » : « Je me sens honteuse et mal depuis deux semaines, j'ai l'impression que je n'arriverai jamais à m'en sortir. (Femme, jeux en ligne, A2, 2 post) ; « je veux arrêter de boire et redevenir celle d'avant. Je n'en peux plus d'être celle qui ne mange plus et préfère fumer et boire le soir. » (Femme, > 40 ans, A2). Les consommateurs prennent conscience de leur comportement, le jugeant excessif, faisant peur pour l'avenir et rendant, triste au présent. Dans le processus de décision, ils ne sont donc plus en train d'évaluer la menace éventuelle de devenir « malade ». Ils sont dans la phase « volitionnelle » décrite dans le HAPA et le forum leur sert à la planification du changement face à l'impuissance perçue. On peut également dire que la menace a changé de nature, de la peur de « devenir malade » à la peur de perdre des proches ou de l'argent. De la peur d'une contrainte sur l'état de santé à l'inquiétude d'une contrainte sociale ou matérielle.

La non-sollicitation du corps médical chez les joueurs

Un visiteur vient sur le forum avec une idée précise, faire une cure : « Je suis désireux d'aller en cure quelque part, pourrait-il m'indiquer l'adresse d'une cure sérieuse car mon docteur est sans plus au courant. Et si possible cure sans trop de médicaments abrutissants merci d'avance de votre réponse. » (Homme, A2). La confiance envers le monde médical apparaît ambiguë. D'un côté, il cherche à se sevrer en établissement spécialisé, avec certainement un sentiment d'auto-efficacité faible au changement, de l'autre, ses représentations sur les traitements médicamenteux paraissent négatives. Le forum vient en quelque sorte, pallier le manque de connaissance de son médecin. Si le professionnel de santé avait pu lui indiquer une adresse de cure, la personne ne serait peut-être pas allée sur le forum demander à ses pairs.

D'autres visiteurs n'ont encore jamais tenté de trouver une aide professionnelle spécialisée et semblent généralement souhaiter s'en sortir seul, particulièrement dans le jeu : « Je ne sais pas m'arrêter, je suis honteuse je ne peux en parler à personne. Je ne suis pas encore dans la démarche d'avoir une aide pro extérieur, je me persuade que je peux y arriver seule. » (Femme, casinos en ligne, A2). Pour d'autres : « Il faut arrêter de tout le temps orienter vers ces professionnels qui, pour un joueur, ne sert à rien. Un joueur, il attend, des conseils

pour régler ses dettes d'une part, et surtout des exemples de joueurs qui ont réussi à arrêter ou à diminuer. » (Homme, JAH, A5). Certaines oppositions semblent exister sur la façon d'accompagner et d'orienter un joueur qui refuse généralement toute aide médicale puisqu'il ne consomme pas de substance. Sur le forum, les joueurs n'ont pas spécifiquement demandé de solutions pour régler leurs dettes mais plutôt une aide à la planification du changement dans une stratégie de coping centrée sur le problème et d'un soutien implicite à la régulation de leurs émotions négatives.

3.2.3 L'initiation du changement : « se rassurer, se divertir »

Dans les premiers pas de sevrage, l'écriture semble être un média déterminant du maintien de l'action initiée dans un objectif de lutte contre les envies de consommation : « On est lundi, c'est mon Jour 2. Je ne me sens pas trop mal, ça va. Et je vais tout faire pour tenir le coup et passer mon 2ème jour sans alcool. J'ai un peu peur j'avoue. La journée ne fait que commencer. » (Femme, A3). D'autres viennent chercher des idées de solutions pour être accompagnées : « Je recherche une appli ou autre qui pourrait régulièrement me rappeler de ne pas toucher et m'encourager en décomptant les heures/ jours sans rien » (Femme, A3). D'autres encore ont entendu parler d'une solution précise et viennent sur le forum afin de recueillir des avis de pairs avant son potentiel achat : « J'ai lu des articles sur l'ocytocine en spray nasal. Est-ce que cette hormone peut aider à calmer les envies d'alcool ? » (Femme, A3). Le forum joue alors un rôle de substitution à la consommation comme de relais vers des solutions annexes ou de témoin de leur efficacité. Un quatrième rôle peut lui être attribué, celui de rassurer.

Des symptômes de manque affectivo-émotionnels insoupçonnés avec l'alcool

Alors qu'en cas d'introspection et de décision d'arrêt ou de modération, le mode de consommation et les conséquences négatives de la consommation constituent un déclencheur prépondérant de visite du forum, lors de « l'initiation » de l'action, ce sont essentiellement les syndromes de sevrage. « Après un sevrage physique difficile mais rapide j'ai eu une super forme mais aujourd'hui c'est colère (intérieur), anxiété et tristesse. Ces changements d'humeur m'épuisent, me découragent. Est-ce normal ? » (Femme, A3). ; « Aujourd'hui encore je suis très nauséuse (pas faim), extrêmement fatiguée, sueurs nocturnes, complètement à l'ouest dans la journée... (...) je fais aussi face à une espèce de déprime. Je pense que la fatigue induit le fait que je me sente à fleur de peau. Mais je n'ai envie de rien faire, me concentrer au boulot est particulièrement fastidieux. J'ai juste envie de rester chez moi, dans mon lit avec mes bouquins. Est-ce normal ? » (Femme, ND, A3). D'un point de vue clinique, les signes d'anxiété et de dépression sont expliqués par plusieurs mécanismes cérébraux simultanés dont ceux impliqués dans les réactions au stress. L'état de manque représente un stress pour l'organisme qui réagit en entraînant une émotion négative (anxiété, tristesse, dépression). Bien que connues de la communauté médicale, ces deux femmes paraissent surprises de l'apparition de ces symptômes psychologiques qu'elles ne soupçonnaient pas. Un manque de connaissance qui paraît fréquent dans les propos des visiteurs : « Après une crise de « manque » très sévère, j'ai tenu le coup. Je me suis dit que si je passais cette phase ça irait mieux mais maintenant je suis, apparemment dans la phase psychologique. Cela fait plusieurs jours que j'ai les mains qui bouillonnent et mal à la tête. Mes nuits sont très agitées et j'ai des réveils nocturnes malgré mon somnifère. J'ai parfois mal au crâne. En fait, la phase physique a été très facile mais là, c'est douloureux. Est-ce que toutes ces sensations de brûlures etc. font partie de la phase physique et/ou psychologique ? J'ai lu que cette phase psychologique durait des années... ça fait peur » (Femme, A3). La peur semble concerner la menace de la persistance des émotions négatives ressenties et les personnes semblent venir pour se rassurer à ce propos. Les retours biographiques de pairs semblent particulièrement cruciaux et appréciés à cette étape. Eux connaissent les répercussions psychologiques du processus de sevrage et manifestent leur empathie à travers leurs messages bienveillants. Le forum, qui regorge de réponses empathiques et encourageantes, sert donc plus qu'à la simple délégation vers d'autres structures ou diffusion d'information. Il apporte un véritable soutien social que recherchent précisément les visiteurs par ce média.

L'initiation « active » dans le jeu pour contourner le risque

Dans le jeu, il n'y a pas de symptôme physique à proprement parler lors du sevrage. Le corps biologique n'est pas en demande d'une substance. Pourtant, un joueur « en manque » peut tout autant être irritable et dépressif : « Dès qu'on est dans le jeu, on oublie toute cette grisaille, mais quand, on sort, c'est encore plus difficile »

(Homme, A5). Quand il suffit de cesser la consommation avec l'alcool, les joueurs viennent sur le forum après avoir effectué une première action de contournement du risque de récidence : « Une autre stratégie de contournement consiste à bloquer, non pas ses comptes en ligne, mais ses comptes bancaires, bien que l'aveu au banquier paraisse parfois ardu : « J'ai appelé un centre de psy ce matin et futur rdv dans 3 mois, en attendant faudrait que j'appelle ma banque pour leur demander de bloquer les virements auprès des brokers mais sincèrement c'est une démarche très difficile car c'est reconnaître devant mon banquier cette addiction. » (Femme, A3, Bourse). Un modérateur lui fait réaliser que sa banque a accès à ses comptes et donc doit déjà être au courant de ses dépenses. Sous ses conseils, elle revient quelques temps plus tard déclarant avoir réussi à en parler à son banquier : « Voilà c'est fait (première étape) j'ai appelé mon banquier , pour bloquer mes éventuels virement pour le broker , mais pas encore vider tout le compte reste à peine 10% pour trader , je n'ai pas réussi à me couper de tout complètement , si je perds je ne pourrais plus me refaire , pour moi c'est un bon point mais je sais que je suis vraiment très loin d'avoir gagné , comme c'est mon compte perso je n'ai rien dit à mon mari et j'espère qu' il n'en saura rien , car ça craint quand, même toutes ces pertes ! » (Femme, A3, Bourse). Donc, en tout début de sevrage les joueurs viennent essentiellement pour s'aider à résister aux envies de jeux et éviter les tentations après avoir effectué une action au préalable pour contourner leurs pulsions, que ce soit bloquer les comptes, appeler le banquier ou prendre un rendez-vous médical.

Finalement, dans le jeu, comme dans l'alcool, à cette étape, les visiteurs semblent avoir besoin de parler quotidiennement pour réfréner leurs pulsions et cherchent alors du lien social sur le forum. Le forum sert au lien social et à la diversion afin de lutter contre le craving. Il peut encourager les déclarations de résistance et rassurer sur les symptômes de manque, d'autant plus psychologiques, insoupçonnés au départ du sevrage. Le forum joue alors un rôle de substitution du produit de consommation et de la thérapie en plus d'une fonction d'information sur les symptômes de manques (alcool) ou les stratégies de contournements (JAH). Les visiteurs sont dans la phase d'action de la phase « volitionnelle » décrite dans le HAPA dans une stratégie de maintien du changement et utilisent le forum pour améliorer leur capacité d'adaptations présentes et donc de maintien de leur décision.

3.2.4 Le processus de rechute : « Apprendre à contourner et rebondir »

Avec un taux de rechute à 60% dans les six mois suivant le sevrage (58), la rechute est fréquente et considérée comme indissociable du processus de sevrage : « Tous les gens je les ai vus sevrés, 90 % ont rechuté. Le boulot, il est après... C'est ce qui est difficile à comprendre quand, on commence le sevrage » (Homme, A5). Une grande partie des visiteurs amorcent des discussions sur la thématique de la « rechute ». Ils y traitent des situations à risque, des événements malheureux qui les ont fait rechuter, de leurs envies de modération (RDR) et de leur désespoir face à l'échec des thérapies. Il est fréquent qu'ils demandent explicitement de « l'aide » en conclusion de leur message introductif.

L'anticipation des situations à risques

Certains visiteurs ont « peur » de rechuter. Parce qu'un événement incontournable et festif approche: « Je suis abstinente depuis le mois de mai avec des hauts et des bas et deux petits écarts. Aujourd'hui je vais de mieux en mieux cependant, j'ai très peur de rechuter pendant les réveillons.» (Femme, A4R0). Parce que les vacances approchent et risquent de transformer les rituels instaurés pour éviter de consommer : « Je souhaiterais savoir s'il est possible de demander de remplacer l'alcool des minibars des hôtels, par d'autres boissons non alcoolisées. Je suis abstinente depuis plusieurs mois, je vais pour la 1ère fois partir en vacances dans un hôtel où le minibar sera rempli. J'aimerais, comme je le fais chez moi, ne pas avoir à proximité immédiate une tentation afin de profiter de mes vacances sans avoir à penser 24h sur 24 à mon addiction, à tous les efforts que cela demande de ne pas céder.» (Femme, 58 ans, 4 posts, Sevrage > 3 mois, A4R1). Ou bien encore, parce que la personne va retourner dans sa vie « réelle » après un mois d'isolement : « Je sors dans 4 jours (de cure) et malgré un travail de plusieurs années avec des thérapeutes (en psycho et addicto) j'ai peur des craving. Je suis tombée très bas la dernière fois et ne veux plus revivre cet enfer. Je compte changer mes habitudes, continuer sur la gestion des émotions etc. Mais pourtant j'ai tellement fait de petites rechutes que je ne me fait plus confiance. » (Femme, A4R2, abstinence >3 mois). La vulnérabilité perçue et la forte gravité de la menace perçue, en souvenirs des rechutes passées, les amènent à deux processus comportementaux : éviter les environnements en lien avec le produit de consommation ou encore enlever le produit de l'environnement

quotidien. Le forum joue alors un rôle de conseil en proposant des stratégies de contournement des tentations éventuelles : « Je sens que la solution pour moi serait de compter sur un groupe d'entraide à l'heure où je vais craquer (c'est toujours entre 19:00 et 21:00). Est-ce que vous connaissez un groupe de ce type sur Internet ? » L'anticipation du risque de rechuter et les conséquences négatives qui en découlent, déclenchent directement l'intention d'usage.

L'itération du changement

Cependant, s'il est parfois possible d'éviter les événements sociaux prévisibles (anniversaires, week-ends...), il existe des situations imprévisibles, tels un décès, la perte d'un emploi, un harcèlement ou encore un adultère, qui peuvent entraîner des rechutes foudroyantes : « J'ai rechuté suite à un gros coup que j'ai reçu, j'ai appris que mon conjoint voit quelqu'un d'autre (...) Au début, je ne voulais pas reprendre d'alcool mais voilà j'en ai pris une fois, puis deux, et ainsi de suite. » (Femme, Abstinence = 47 jours). Il se peut également que la multiplicité des « coups durs » entraîne une addiction chez des consommateurs récréatifs : « Puis, ma vie s'est compliquée. Il m'a fallu faire face à une TS de mon aîné et à un désir de libertinage de mon mari. Difficile période pour moi. J'ai commencé à boire pour supporter modérément au début ! (...) Un tsunami ce truc. » (Femme, A4R2). Les événements malheureux représentent des facteurs connus de vulnérabilité à l'addiction (Karila et Reynaud, 2016). Ils représentent également un facteur de risque de rechutes important, quel que soit le temps d'abstinence : « 15 ans d'abstinence grâce à une grosse cure et un travail avec un psychologue. Je vivais sans problème à côté de l'alcool sans y toucher. (...) Et puis un jour une très belle histoire de cœur. Épicurienne c'est un verre de vin la semaine sans routine. L'amour le bonheur c'est aussi le partage. Alors est venu le jour du partage d'une flûte de champagne. Et puis, un mois après un verre. Ainsi de suite. Huit mois après, vivant chacun de notre côté, je me suis acheté une bouteille. La suite vous la devinez je suppose. » (Homme, A4R1). Il semble donc difficile même après une longue période d'abstinence, de pouvoir boire raisonnablement car le moindre « événement malheureux » ré-entraîne des excès à plus ou moins long terme.

La tentation d'une modération

Pourtant, certains viennent sur le forum, précisément pour tenter une réduction des risques (RDR), et être accompagnés : « Je ne veux pas sombrer et m'enliser. Je veux pouvoir boire de façon mesurée n'ayant pas la motivation de reprendre une abstinence totale des suggestions ? » (Femme, A4R1). Les difficultés vécues suite au changement de comportement contrebalancent la menace potentielle de rechute et des conséquences associées. Le forum joue à leurs yeux un rôle d'accompagnant de leur nouvelle pratique vers la modération. La menace reste la rechute probable : « Ayant essayé d'arrêter brutalement, et ayant échoué, j'ai décidé de réduire progressivement ma consommation, seulement c'est toujours aussi dur même si j'essaie de m'occuper l'esprit comme ma psychologue m'a conseillé. » (Homme, A4R1). D'autres ont décidé, seuls, de reprendre une consommation modérée, en vain : « J'en pouvais plus j'ai tenu 3 mois et ai décidé de reprendre une consommation normale pour être comme tout le monde !!! Sauf que, quand je commence, je ne peux pas m'arrêter et m'enivre jusqu'à ne plus me souvenir de la soirée... » (Femme, A4R2).

Quel que soit le produit de consommation, alcool ou jeux, dans l'addiction, des mécanismes cognitifs communs existent, comme des stratégies de coping inefficaces qui augmentent les « effets positifs attendus » de la consommation et affaiblissent le sentiment d'auto-efficacité (59). La perte de contrôle qui en résulte face à une situation à risque amène inévitablement à chuter une première fois, situation elle-même à risque puisqu'elle provoque une dissonance cognitive, l'effet de la « violation de l'abstinence » accentuant le risque de rechute ultérieure (57,60).

La désillusion face à l'échec des thérapies

Le découragement teinte certains messages suite aux multiples tentatives de changement échouées, malgré les solutions thérapeutiques employées : « Je suis désespérée de réussir à sortir de mon cercle vicieux. Je bois tous les soirs une bouteille de vin et malgré mes consultations mensuelles avec un psychiatre addictologue, je n'arrive pas à arrêter... Le médicament qu'elle m'a prescrit me réveille la nuit ce qui fait que je l'ai abandonné très vite. » (Femme, A4R2) ; « J'ai déjà essayé deux traitements via un addictologue mais rien n'y change. Je ne sais plus quoi faire, pouvez-vous m'aider. » (Homme, A4R2) ; « J'ai décidé d'aller voir un psychiatre sur ce problème (je continuais à boire). Un an de suivi pour me dire finalement que j'étais en surmenage !! Qu'il

fallait que je me repose... et de ne pas hésiter à aller voir mon médecin pour un arrêt.» (Femme, A4R2). Désillusionné, une large partie des consommateurs d'alcool vient ainsi sur le forum décrire son histoire à la recherche d'un dernier espoir : « Après des consultations chez mon docteur, un suivi psychiatrique que j'ai tenu pendant 1 an, des médicaments, les AA, un centre spécialisé dans les addictions alcooliques, je suis maintenant désemparé. JE N'ARRIVE PAS A ME MAITRISER. (...) Bref je suis perdu, et conscient de ma lente décente sans que je puisse faire quelque chose. (Homme, 48 ans, A4R2).

Dans le jeu, à défaut de contrôler ses envies, il est possible de continuer de consommer en contournant la conséquence négative de la perte financière via des aides annexes, un peu comme si une personne dépendante à l'alcool pouvait continuer de boire sans être en état d'ébriété : « Je joue toujours, j'ai demandé à être placé sous curatelle. Comme cela mes factures sont payées. Cela fait 3 ans maintenant que je suis sous curatelle. Toutes mes factures sont payées. Mes dettes remboursées. Mais quelle frustration au quotidien ! Voilà, c'était juste pour l'exorciser. » (Homme, JAH, A4R20). La curatelle semble être une solution efficace pour éviter les conséquences de l'addiction, la perte d'argent massive. Cependant, cela ne paraît pas utile pour arrêter la consommation.

Finalement, qu'elle soit abstinente depuis quelques jours, ou quelques années, une personne qui a l'habitude de consommer aura tendance à recommencer en cas de situations à risques (les soirées, les week-ends, les réveillons...) ou suite à un événement malheureux (décès d'un proche, divorce, chômage, adultère, départ des enfants...). Les premières situations restent prévisibles par le consommateur. Il peut s'y préparer en amont sans pour autant sombrer dans l'angoisse d'une potentielle rechute et venir sur le forum, précisément pour se changer les idées ou apprendre à résister à l'approche de ces événements. Les événements malheureux, en revanche, ne sont pas prévisibles, par le consommateur, un soignant ou un pair-aidant. Comment les personnes réussissent donc à s'arrêter définitivement ? Quels sont les leviers et solutions utilisées pour y parvenir ?

3.2.5 Le processus de maintien du changement : « Témoigner de son succès »

C'est souvent la multiplicité des pratiques de soins qui permet au joueur a priori de se sortir de son isolement : « Je participe à des groupes de paroles qui concernent diverses addictions et cela fait partie de ma vie maintenant. Je suis ici pour dire qu'il est possible de s'en sortir. Pour dire que chacun de nous a en lui les ressources nécessaires pour s'en sortir et d'y croire... » (Homme, ND, 5 posts). Entre psychothérapies et activités relaxantes, les « résistants » ont « tout essayé » : « ça été un long chemin... un parcours de soins, des rencontres qui ont tout changé... La TCC, la méditation de pleine conscience, psychologue, addictologue, psychiatre, soignants... Des recherches et d'autres découvertes comme le yoga, le tai Chi, des lectures, l'écriture etc. Le sport a toujours fait partie de ma vie aussi et m'a beaucoup aidé (Homme, ND, 5 posts, A5). Une rencontre amoureuse peut donner le « déclic » du sevrage : « ...Ce qui m'a fait arrêter tout ça...une rencontre... J'ai eu une sorte de déclic, j'ai tout arrêté du jour au lendemain sans jamais avoir eu le moindre manque, ...Du coup je ne sais pas du tout si je suis de bons conseils mais si quelqu'un veut bavarder, je le ferai avec plaisir. » (Homme, ND, 3 posts). Après une longue période d'abstinence, il souhaite apporter son soutien. Il n'a néanmoins pas eu de symptômes de manques ce qui laisse suggérer un alcoolisme modéré. Et qu'advient-il s'il perd la personne qui finalement lui a permis de se sevrer ? Pour d'autres, c'est la substitution de l'alcool par du cannabis qui semble fonctionner : « Aujourd'hui j'ai cessé complètement l'alcool je compense par trois joints le soir. J'ai stoppé également le café que je remplace par du thé. Pour les cigarettes, je suis patché à 25mg et je mâche des Nicorettes à dose maximale (...). J'ajoute être sous anti déprimeur depuis une dizaine d'années, je bois bcp de jus de fruits. » (Femme, A5). Elle cherche à présent des contacts pour se sevrer du cannabis. Elle n'est donc pas réellement sevrée. De l'alcool peut-être mais pas du reste et cherche des stratégies de substitution à tous ses produits. Dans le jeu, la poly-consommation, notamment d'alcool et tabac, paraît fréquente. De plus, un joueur qui a réussi à se modérer ou arrêter, n'envisagera que très rarement de diminuer les autres produits de consommation.

4. Comparaison des déterminants clés de l'acceptabilité des forums alcool et jeux

Substitution de l'alcool par du cannabis qui semble fonctionner : « Aujourd'hui j'ai cessé complètement l'alcool je compense par trois joints le soir. J'ai stoppé également le café que je remplace par du thé. Pour les cigarettes, je suis patché à 25mg et je mâche des Nicorettes à dose maximale (...). J'ajoute être sous anti déprimeur depuis une dizaine d'années, je bois bcp de jus de fruits. » (Femme, A5). Elle cherche à présent des contacts pour se

sevrer du cannabis. Elle n'est donc pas réellement sevrée. De l'alcool peut-être mais pas du reste et cherche des stratégies de substitution à tous ses produits. Dans le jeu, la poly-consommation, notamment d'alcool et tabac, paraît fréquente. De plus, un joueur qui a réussi à se modérer ou arrêter, n'envisagera que très rarement de diminuer les autres produits de consommation.

4.1. Les déterminants contextuels de l'acceptabilité

A travers l'ethnographie des messages postés sur les deux forums, huit enjeux de recours au forum ou besoins opérationnels, ont été identifiés parmi les messages postés :

- S'évaluer (A1 : introspection);
- Planifier le changement (stratégie d'action et d'adaptation, A2 : décision) ;
- Se divertir pour résister au craving (A3 : initiation) ;
- Se rassurer sur la non-persistance des émotions négatives (A3 alcool : initiation) ;
- apprendre à contourner (stratégie d'adaptation au changement et de maintien) (A4R0 : anticipation) ;
- Apprendre à réguler sa consommation (A4R1 : Anticipation) ;
- Apprendre à rebondir (stratégie de récupération, A4R2 : itération, A4R3 : désillusion) ;
- Reprendre confiance en soi et en la médecine (A4R3 : désillusion) ;
- Partager son expérience/ accompagner ses pairs (A5 : résistance).

Ces besoins déterminent en partie l'utilité perçue (UP) du forum en amont de son usage. Ce sont des déterminants pré-intentionnels dépendants du contexte lié à l'addiction et qui varient en fonction de l'étape de changement dans laquelle se trouve le visiteur. En amont, les déclencheurs de ces besoins représentent également des déterminants clés de l'acceptabilité (Cf. tableau 1).

Profil type	Besoin opérationnel /attente de résultat	Déterminants contextuels d'un premier usage : les déclencheurs bio-psycho-sociaux	Emotions principales associées
Introspection (A1)	Evaluer son comportement & mode de consommation	Le mode de consommation	Curiosité, inquiétude, peur
Décision (A2)	Planifier le changement	les conséquences négatives de la consommation	Culpabilité, honte
Initiation du changement (A3)	Se divertir et /ou être rassuré, apaisé	Les conséquences négatives du changement : syndromes de manque	Excitation, stress
Anticipation (A4R0)	Apprendre à contourner des situations à risques	Situations à risque prévisibles + changements de routine	Peur
Tentation (A4R1)	Apprendre à réguler sa consommation, se modérer	Attentes positives de la consommation	Envie, lassitude
Itération (A4R2)	Apprendre à rebondir	Situations à risques imprévisibles/ événements malheureux + changement de routine	Culpabilité, honte, tristesse
Désillusion (A4R3)	Apprendre à rebondir + Augmentation de la confiance perçue dans la médecine et en soi-même	Les conséquences négatives secondaires du changement : Le rapport aux professionnels de santé : perte de confiance perçue Les conséquences négatives du changement (persistance)	Désespoir
Maintien du changement (A5)	Accompagner ses pairs	Les conséquences positives du changement et maintien de comportement	Joie, fierté

Tableau 1. Les déterminants pas étapes de changements

A la lumière de cette étude exploratoire, nous proposons donc dans un premier temps de prendre en considération les cinq catégories de déclencheurs clés de l'acceptabilité du forum :

- les situations à risques : prévisibles et festives (fête, pulsion du soir) ; non prévisibles et malheureuses et les changements de routine (déménagement, vacances, rencontre amoureuse, grossesse)
- les attentes et émotions positives en lien avec la consommation et souvenirs favorables au produit et type de renforcement.
- le mode de consommation et ses signaux d'alerte (régularité, tolérance à la dose, augmentation des pulsions, solitaire) et les stigmates associés.

- les conséquences négatives de la consommation (sociales, comportementales, biologiques, cognitives, et matérielle ou financière. Les conséquences affectivo-émotionnelles sont également intégrées (Peur, honte, culpabilité, tristesse, désespoir..).
 - Les conséquences négatives du changement comme : les symptômes de manque physique et psychologique (anxiété, dépression, tristesse) ; le rapport aux professionnels de santé : confiance perçue dans la médecine, les traitements et la science ;
- Nous avons ensuite identifié leur diversité au sein des deux forums afin de proposer un tableau comparatif des facteurs entre les deux addictions (Cf. tableau 2).

Situations à risques : Sur le forum, trois catégories de situations à risque de consommation ont été considérées dans un premiers temps : les situations prévisibles et souvent festives ; celles plus inattendues et malheureuses et les changements de routine (déménagement, rencontre amoureuse, solitude). Les premières sont anticipées, les deuxièmes entraînent généralement une rechute rapide et brutale tandis que les troisièmes amènent à une consommation modérée le plus souvent avec un risque d'excès ultérieur. Dans l'addiction aux jeux, les messages publicitaires, en plus de la facilité d'accès aux jeux en ligne, ajoutent une difficulté supplémentaire majeure pour les joueurs qui tentent de se modérer ou qui avaient arrêté complètement leur pratique.

Attentes positives

Puis des stimulations externes (soirées, publicité...) ou internes (joie, tristesse...), activent des schémas cognitifs sous forme de croyances et d'attentes positives de la consommation entraînant des pensées sur les effets supposés de la consommation (65). La littérature distingue sept types d'attentes positives de la consommation, toutes retrouvées sur le terrain. On retrouve celles liées au renforcement négatif qui vise à « oublier » comme le réconfort, la lutte contre l'ennui ou l'anxiété et celles en lien avec un renforcement positif comme l'équilibre psychologique, le bon fonctionnement social et intellectuel, le plaisir ou la stimulation. Une des croyances, liée à l'idée que, sans consommation, la souffrance ne peut que continuer indéfiniment, voire s'aggraver, paraît particulièrement pertinente dans la pratique de jeu puisqu'effectivement les dettes pourraient s'effacer avec un seul gain conséquent. Ce caractère incertain des conséquences du jeu, une dimension propre au produit, ajoute une dimension supplémentaire au risque de rechute. On peut donc rajouter « l'équilibre financier » ou le règlement de la dette, dans la liste des attentes positives de la consommation de JAH.

Conséquences de la consommation :

Avec l'alcool, on retrouve des conséquences négatives à toutes les échelles observables (sociales, psychologiques, cognitives, biologiques). Les conséquences sociales comprennent les disputes conjugales, la déception du conjoint ou des enfants ainsi que de l'image que peut renvoyer le comportement auprès de l'entourage proche et moins proche. Une deuxième catégorie concerne les transformations comportementales au moment même de la consommation, les conséquences immédiates, comme les changements de personnalités, la violence, l'agressivité ou « finir en pleurs ». Une troisième catégorie de conséquences concerne l'état de santé comme les « lendemains » difficiles, les difficultés cognitives (trous de mémoire, céphalées, cauchemars, baisse de concentration) et les modifications biologiques (fatigue physique, prise de poids, gonflement du visage). Une quatrième catégorie intègre les conséquences affectivo-émotionnelles (honte, culpabilité, tristesse, désespoir...). Dans le jeu, les conséquences négatives sont essentiellement sociales et émotionnelles au même titre que l'alcool, auxquelles on peut ajouter la contrainte matérielle et financière en lien avec la gestion de la dette.

Déclencheurs	Forum « Alcool »	Forum « JAH »
Situations à risques de consommation	<p>Situations prévisibles/festives « Pulsion du soir », soirée « 19-21h », le vendredi soir, Weekend, fêtes nationales, religieuses Diner en concubinage, Repas de famille ou entre amis, « Boire un petit truc en cuisinant »</p> <p>Imprévisibles/malheureuses -<u>Vie professionnelle</u> : Licenciement, burnout harcèlement, -<u>Vie personnelle / Vie de couple</u> : Adultère, libertinage, divorce, disputes conjugales, décès d'un proche, Changement de routine Le départ des enfants Vacances, bar de l'hôtel Un déménagement, Une rencontre amoureuse</p>	<p>Pression sociale : publicité, jeux en ligne « Et voilà que je joue sur mon téléphone et tombe sur une pub et l'envie me reprend. » « Je n'aurais jamais dû essayer les casinos en ligne ce qui a causé ma perte. » « C'est horrible le casino s'invite chez vous »</p> <p>Evènements malheureux Décès d'un proche : « j'ai l'impression de combler ce manque en me réfugiant dans les jeux. »</p> <p>Changement de routine : Décès d'un proche : héritage _ Gain ponctuel Vacances Jouer et gagner</p>
Attentes positives de la consommation	<p>Renforcement négatif Vaincre la solitude, l'ennui : S'occuper, passer le temps, remplir le vide Oublier, « s'étouffer » Vaincre la timidité, l'introversion L'image sociale, « Ne pas perdre mon Conjoint » Pour dormir</p> <p>Renforcement positif Sociabiliser, Faire la fête, le « plaisir d'un bon vin » « L'amour de l'ivresse » Pour « rester mince »</p>	<p>Renforcement négatif « dès que l'ennui apparaît on se dit allez tiens on va peut-être gagner » Pour oublier, ne plus avoir mal « Rien ne me donne envie de m'arrêter. Quand, je joue, je n'ai plus mal, j'oublie tout. » « se réfugier dans les jeux »</p> <p>Renforcement positif : règlement de la dette « Gagner « le gros lot » « Multiplier les sensations » « Pour partir en vacances »</p> <p>Double renforcement cyclique positif-négatif gain-perte</p>
les conséquences négatives de la consommation	<p>Comportementales (conséquence immédiate) Agressivité, violence, Méchanceté, « être odieux », « horrible »</p> <p>Sociales Disputes conjugales, Déception du conjoint stigmates, le regard des autres, l'image La réaction négative des enfants</p> <p>Cognitives, neuropsychologiques : Troubles du sommeil, cauchemars, perte de mémoire, baisse de concentration, « trous de mémoire », « gueule de bois », « léthargie », « Soupe à la grimace »</p> <p>Biologiques : Fatigue physique, « le corps qui lâche », Gonflement du visage, Prise de poids</p> <p>Affectivo-émotionnelles « J'ai honte », « je me sens coupable », « Suis-je normal ? » « Pas moyen de remettre les pieds la dedans avec tous les efforts que ça m'a demandé pour arrêter. »</p>	<p>Matérielle : perte financière importante, surendettement</p> <p>Sociales Disputes Conjoint, amis Dépenses brutales et importantes Vols de ses proches ou « emprunt »</p> <p>RAS</p> <p>Affectivo-émotionnelles « je me sens anxieux » « je désespère de sortir de mon cercle vicieux » « J'ai honte d'avoir bouffé toutes les économies de mon copain. »</p>
Les conséquences négatives du changement	<p>Physique : insomnies, cauchemars, sueurs...</p> <p>Psychologique (anxiété, dépression, tristesse)</p>	<p>Valeur de prix : Nécessité de « placer son argent Ailleurs que dans les soints. »</p> <p>Psychologique (anxiété, dépression, tristesse)</p>

Tableau 2. Comparaison des déterminants du contexte pré-intentionnel entre alcool et jeux d'argents

Conséquences de l'arrêt de la consommation

Le changement effectif peut également entraîner des difficultés. Deux catégories de conséquences négatives liées aux changements ont été considérées : les symptômes de manque physique et psychologique (anxiété, dépression, colère, irritabilité...). Les symptômes psychologiques peuvent apparaître dans les deux addictions tandis que les symptômes physiques n'apparaissent qu'avec l'alcool, une addiction avec substance. Le recours au corps médical dans le cas du jeu reste difficile avec une envie de dépenser son argent pour le plaisir de jouer et non pour se soigner psychologiquement. Le cas d'une personne qui joue au loto avec toujours les mêmes numéros ou dans le cas de la bourse peut entraîner une grave dépression après l'arrêt si les numéros tombent ou que la bourse remonte. Cette incertitude liée aux jeux d'argent freine la décision de changement et sa résistance, contrairement à l'alcool dont l'arrêt certifie une amélioration ultérieure de son état de santé physique et mental.

4.2 Les variables modulatrices propres à chaque utilisateur : les facteurs de vulnérabilité

D'autres facteurs, indépendants des profils-types reconstruits par étapes de sevrage, et propres à chaque visiteur, viennent moduler le processus d'acceptabilité comme le contrôle perçu et le soutien social perçu.

Le contrôle comportemental perçu

Le contrôle perçu dépend essentiellement du parcours de vie avec l'addiction. Ce parcours regroupe différents construits clés : la diversité des solutions utilisées jusqu'alors (CSAPA, addictologues, psychologues, groupes de paroles...) ; le nombre de d'échecs et la « poly- consommation ». Les deux premières viennent directement moduler la confiance perçue dans le corps médical et déterminent l'intention d'usage des personnes en phase de désillusion (A4R3). Elles jouent un rôle de modulateur pour les autres profils de visiteurs. Concernant la « poly-consommation », sur le forum alcool, certains visiteurs ont décrit leurs difficultés face à leurs multiples addictions, notamment en phase d'introspection, de décision et d'itération. En revanche, dans le jeu, il semblerait que les produits soient hiérarchisés et qu'une modération ou un arrêt total de la consommation de jeu n'entraîne pas le processus de changement pour d'autres consommations, estimées moins importantes. Certaines comorbidités psychiatriques telles que la bipolarité ont été mentionnées par plusieurs visiteurs comme pouvant accentuer le phénomène d'addiction et freiner le processus de sevrage (61). Le « parcours de vie » avec l'addiction regroupe deux autres construits comme les antécédents familiaux ou la dépendance perçue.

L'externalité de la contrôlabilité paraît particulièrement forte dans le jeu à cause de la dépendance perçue : « Dans le cerveau chimiquement il se passe quelque chose c'est sur je crois qu'on libère trop de dopamine ou quelque chose comme ça et il y a un dérèglement qui altère les choses rationnelles » ; « cette drogue du jeu est plus forte par moment et là on oublie l'essentiel ». Elle concerne plus particulièrement les antécédents familiaux avec l'alcool : « Il faut dire que ma mère et mon père étaient alcooliques ainsi que mes grands-pères et mes oncles et tantes. » ; « Fille d'alcoolique, je connais une partie des effets indésirables de l'alcool. Ma sœur, elle-même est tombée également dans l'alcool » (Femme A2) ; « C'est héréditaire bon c'est vrai je suis breton donc ça n'aide pas.. » (Homme, A4R2). Bien qu'ils soient connus pour accentuer le risque de rechute (62) et comme facteur de vulnérabilité prépondérant à l'addiction (63), sur le forum « alcool », les antécédents familiaux paraissent plus des accélérateurs au processus de changement, qu'un frein, notamment en phase d'introspection : « Ma défunte mère l'était et j'ai peur d'avoir " ça" dans le sang. Surtout que je suis maman à mon tour... » (Femme A1) et de décision : « J'ai envie de diminuer ou même d'arrêter car il y a des personnes de ma famille qui ont eu des gros problèmes avec l'alcool et ils y ont même trouvé la mort. » (Femme, A2). A l'inverse, dans le jeu, la dépendance perçue avec le « vice » ou la « drogue » du jeu » et la conscience d'être « esclave », déresponsabilise et justifie en quelque sorte la pratique : « j'en ai marre d'être esclave mais j'aime ça, malgré tout ça, je vibre quand la bille tourne, c'est une pathologie ».

Le contrôle perçu sur le comportement pathogène paraît faible chez l'ensemble des visiteurs qui traitent de l'impossibilité de lutter à cause de la « maladie de l'addiction ». Néanmoins, ce critère ne paraît pas si pertinent dans la mesure où, s'il détermine un comportement salutogène en allant sur le forum par exemple, il peut tout de même entraîner par la suite un comportement pathogène par le manque de contrôle inhibiteur existant chez les personnes dépendantes. Dans les deux cas, quelle que soit la représentation sur ses propres capacités

dans la gestion du comportement estimé pathogène et le discours proclamé sur la plateforme, il y a eu intention d'usage et usage du forum.

Le soutien social perçu

Le soutien social perçu des visiteurs paraît majoritairement négatif, que ce soit lié à la sphère professionnelle ou à l'environnement personnel : « et quand, je lui dis que je dois me calmer car j'ai une maladie auto immune et que cela risque d'occasionner d'autre danger !!!!! Il répond, alors on va plus rien faire. » (Femme, A1). Le conjoint, dans ce cas, est perçu comme néfaste et déclencheur du comportement à risque. Il peut également se montrer « passif » : « J'ai essayé de le dire à mon conjoint, qui ne voit rien depuis des années alors que je suis semi comateuse tous les soirs! J'ai laissé des bouteilles trainer, j'ai bu devant lui etc. mais il n'a jamais rien vu et rien voulu savoir! Il faut dire que je cache les trois quarts de ma réelle consommation; je rivalise d'astuces. » (Femme, 33 ans, A2). Apparemment inerte, il ne possède pas non plus tous les éléments pour comprendre puisque la femme se cache en partie tandis qu'elle se dévoile sans aucun filtre à ses pairs en ligne. Avec le forum, les visiteurs « sont protégés et ils peuvent raconter des choses intimes. », expliquait un modérateur du forum et ce, quel que soit le soutien social effectif ou perçu puisque des personnes se sentant soutenues viennent tout de même sur le forum poster un premier message : « J'ai la chance d'avoir une belle sœur en or avec qui je peux m'essorer la tête et tout avouer » (Homme, 41 ans, A2). Le soutien social perçu ne semble donc pas réellement être si déterminant de l'intention d'usage. C'est plutôt la menace de la « perte sociale perçue » et les émotions négatives ressenties au moment de l'usage : « Mon copain me soutien mais le pauvre en souffre, je le comprends, je lui mets la honte et le déçois, je vais finir par tout perdre... » (Femme, 35 ans, 7 posts, A2) ; « Le pire c'est que je dis toujours à ma femme que je vais faire attention mais c'est plus fort que moi. Si je continue comme ça, je vais perdre ma femme. » (Homme, 28 ans, A2).

Donc, un soutien social positif peut être un levier motivationnel au processus de sevrage, de l'introspection à l'itération, mais il n'empêche pas l'usage du forum qui sert de stratégie de coping, centrée sur les émotions puis à la résolution de problème, en se substituant aux proches et au corps médical : « C'est vrai que c'est un pas important pour moi de venir sur ce forum, car je sais depuis longtemps que je suis addict mais là je suis démuni face à mon comportement. C'est pour cela que j'ai franchi le pas car le fait de pouvoir en parler, se libérer de ce lourd fardeau, se confier à quelqu'un fait un bien fou! » (Femme, A2). Les paramètres hédoniques d'identification et d'évocation de l'outil technologique semblent importants : « ça me fait du bien de parler » ; « je reviendrai écrire... », « Ça me fait du bien d'être comprise » et déterminent « l'attitude » envers l'utilisation de la technologie, c'est-à-dire les sentiments positifs ou négatifs ressentis pendant l'usage. Ces paramètres déterminent en partie l'acceptabilité mais aussi l'acceptation puisque des personnes reviennent remercier leurs pairs : « Je voudrais vous remercier pour ces réponses cela fait très chaud au cœur de se sentir écoutée et pas jugée » (Femme, A1).

Quelles sont les autres paramètres dans l'interaction « homme-machine » qui déterminent également l'intention et la persistance d'usage du forum ?

5. DISCUSSION

5.1 Contexte pré-intentionnel de l'acceptabilité du forum

Compte tenu des huit catégories de profils identifiées, par déclencheurs et enjeux de visite, une reconstitution du contexte pré-intentionnel peut être proposée, spécifique à l'addiction (Figure 2).

En phase d'introspection (A1), les déclencheurs sont essentiellement liés au mode de consommation (régularité, augmentation des doses, perte de contrôle...) qui poussent à venir visiter le forum, tandis que ce sont principalement les conséquences négatives qui s'inscrivent dans la phase de décision (A2). Dans les premiers pas de sevrage, ce que nous avons appelé le processus d'initiation (A3), ce sont les symptômes de manque et plus précisément les réactions psychologiques qui déclenchent la visite du forum « alcool ». Les personnes cherchent à être rassurées sur la non-persistance des symptômes. Dans une dynamique légèrement différente puisqu'il n'y a pas de symptômes « physiques », les joueurs viennent sur le forum après avoir réalisé une action préalable comme bloquer leurs comptes ou avoir pris un rendez-vous chez un thérapeute. Avec la catégorie A4R0, ce sont essentiellement les événements sociaux prévisibles, essentiellement festifs (weekend, réveillon...), qui constituent le déclencheur de visite par la peur qu'ils suscitent. Les visiteurs sont dans une phase « d'anticipation » des situations à risques. Les personnes de la catégorie A4R1 viennent plutôt sur le forum avec le souvenir de moments conviviaux et agréables autour d'un verre. Elles sont dans une étape de «

tentation », après avoir ou non rechuté récemment. Ce sont les attentes positives de la consommation qui déclenchent la visite. Les événements malheureux (licenciement, divorce, décès...) ou les changements de routine (vacances, rencontre amoureuse, déménagement...) sont les déterminants premiers des visiteurs de la catégorie A4R2. Ils viennent sur le forum pour recommencer le processus de changement après avoir rechuté suite à un événement malheureux. Ils sont donc dans une phase d'itération du changement. Concernant les joueurs, les décès de proches qui, en plus du deuil, entraînent parfois des héritages, sont générateurs de rechute dans le jeu. En phase de désillusion (A4R3), le forum représente une solution de dernier recours après la multiplication des tentatives et des échecs thérapeutiques. La confiance perdue envers le corps médical et les traitements leur a fait perdre toute capacité à faire face. Ils subissent à la fois les conséquences négatives de l'abstinence et de la consommation. Enfin, les personnes qui réussissent à résister aux tentations et situations à risques (A5), et maintenir le changement viennent pour témoigner, voire proposer leurs services de coaching. Ils sont dans un processus de réussite maintien du changement, à durée variable, que nous avons qualifié de phase de résistance.

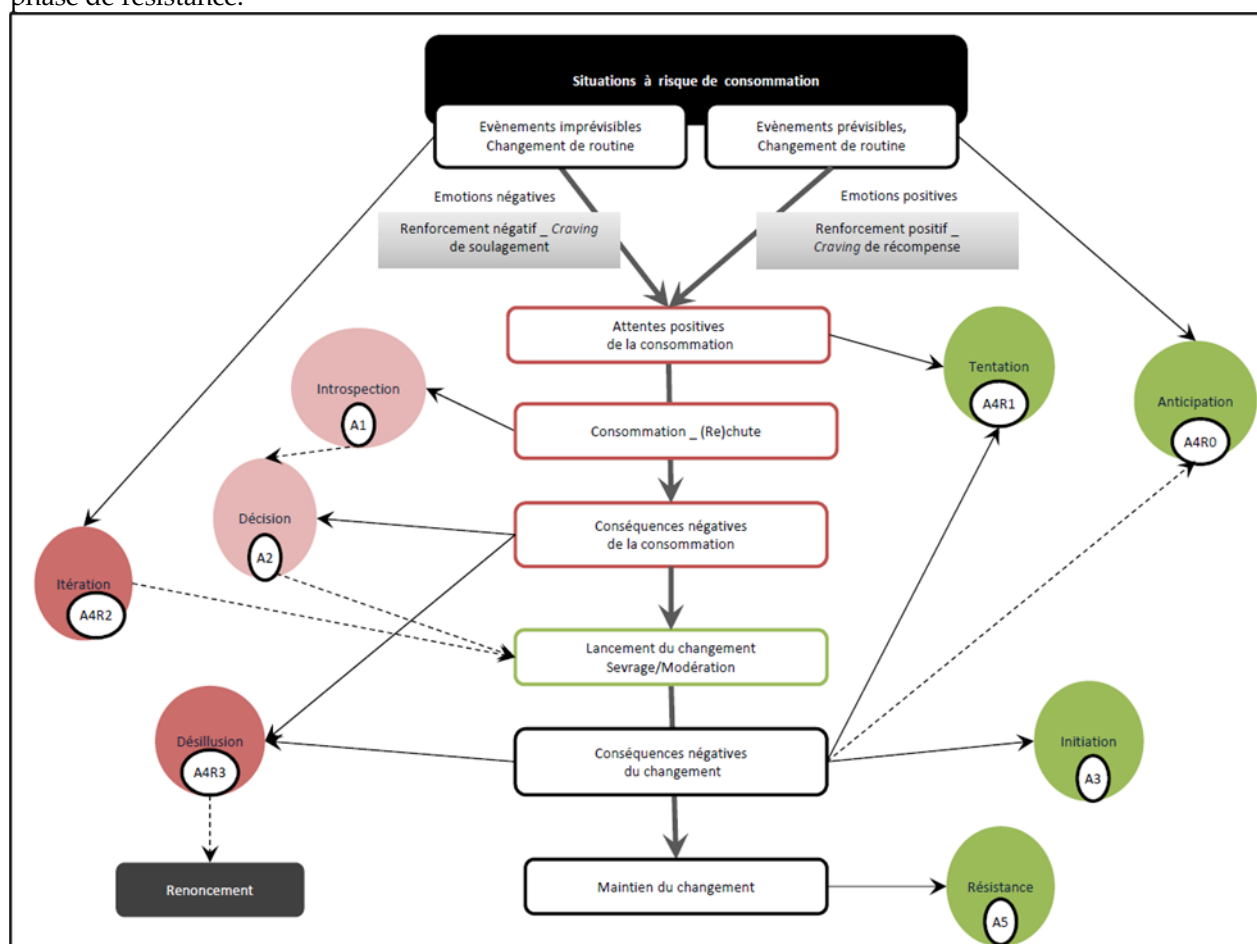


Figure 2. Contexte pré-intentionnel de l'acceptabilité du forum

Selon cette reconstruction empirique, le point de départ est représenté par les situations « à risque » de consommation. Ces situations à risque, interpersonnelles, sociales et conjoncturelles, entraînent des émotions positives (joie, excitation) ou négatives (tristesse) qui amènent des envies compulsives ou craving, respectivement de récompense ou de soulagement, qui pousse l'individu à consommer via un circuit de pensées automatiques et permissives). L'acte de consommation qui suit entraîne des conséquences négatives, immédiates (changement de personnalité, perte de contrôle, perte d'argent...) ou plus lointaines (déception de la famille, image sociale, dette, culpabilité...) amenant les individus à vouloir changer leur comportement. Ces changements de comportements provoquent eux-mêmes des conséquences biologiques et affectivo-émotionnelles en plus, éventuellement de perte de confiance en soi et dans le corps médical qui poussent à trouver des solutions alternatives à travers le forum.

Marlat (1979) avait classé les situations à « haut risque » de rechute en deux grandes catégories : les déterminants inter- et intra-personnels (64). La première intégrait par exemple les conflits (disputes de couple...), la pression sociale (publicité...) et les situations festives tandis que dans la seconde, sont distingués les états émotionnels (négatifs ou positifs), l'état de santé ou encore les envies compulsives. Il montrait par ailleurs que les joueurs rechutaient essentiellement à cause de facteurs intra-personnels, tandis que les déterminants interpersonnels entraînaient plus de rechutes dans le cas de l'alcool. Selon le terrain observé, les déterminants interindividuels et conjoncturels représentent plutôt le point de départ d'un risque de (re)consommation, risque modulé par des déterminants intra-individuels comme le degré de dépendance, les représentations liées à la maladie ou encore le contrôle et le soutien social perçu.

Quelle que soit l'étape du changement dans laquelle un visiteur se situe, toutes ces variables contextuelles ont pu participer à l'intention d'usage du forum avant son usage. Elles constituent des « menaces » pour le visiteur du forum et participent au processus d'adoption technologique par l'anticipation du risque et la peur qu'elles entraînent.

5.2 Perception du risque et comportement de protection dans l'addiction

L'évaluation de la menace sur l'état de santé est considérée comme un déterminant majeur du changement de comportement dans le modèle des croyances relatives à la santé ou Health Belief Model (HBM) (66) ou dans la Théorie de la Motivation à la Protection (TMP) (67). Dans le HBM, la perception de la menace module la probabilité d'engager le comportement de santé incité par les messages préventifs en plus d'un calcul « rationnel » bénéfice/coût du changement de comportement. Dans le TMP, l'évaluation de la menace et celle de la « capacité à faire face » viennent moduler la « motivation à la protection » qui prédit un comportement de santé suite à un message préventif. Dans les deux modèles, la perception du risque dépend, de deux croyances : la sévérité perçue des conséquences de la menace et la vulnérabilité perçue face à la menace.

La sévérité ou gravité perçue de la menace

Sur le terrain observé, les croyances quant à la gravité perçue et l'évaluation du risque qui en résulte dépendent en premier lieu de la nature de la menace qui varie en fonction du contexte et de l'étape de changement dans laquelle se trouve l'utilisateur du forum au moment d'écrire un premier message.

Elle porte sur l'état de santé et le risque de devenir « dépendant » en phase d'introspection (A1). Elles concernent plutôt les conséquences négatives (conflits, changement de personnalité, perte d'argent...) et l'anticipation du risque irréversible (perdre son conjoint, avoir un accident de la route, s'endetter...) au stade de décision (A2). C'est encore l'état de santé avec la peur de la persistance des syndromes de manque et les envies compulsives ou craving qui constituent la menace en phase d'initiation (A3). Les situations à risques, prévisibles ou non, constituent une menace, respectivement potentielle ou passée, aux stades d'anticipation (A4R0) et d'itération (A4R2). Enfin, au stade de désillusion (A4R3), les effets négatifs ou inefficaces du sevrage se cumulent avec la répétition des tentatives de changements et annulent en quelque sorte la perception des effets positifs du changement.

Les attentes positives de la consommation peuvent être considérées comme une menace tout comme un inhibiteur du processus d'évaluation de la menace lors du processus de tentation (A4R1). L'émotion positive liée à l'idée de consommer, semble atténuer la menace perçue. Tout se passe comme si, les automatismes routiniers agissaient comme un rétrocontrôle inhibiteur sur le comportement de protection induit par l'évaluation de la menace et la peur associée. Dans le modèle des conflits interpersonnels (68), la « force de l'habitude » vient moduler le comportement en parallèle de l'intention. Cette variable, particulièrement pertinente dans l'addiction, serait ainsi un bon prédicateur des comportements ultérieurs (69).

Ces croyances relatives à la sévérité de la menace sont elles-mêmes influencées par des normes subjectives, comme les repères biomédicaux pour l'évaluation du mode de consommation ou l'influence des proches dans la prise de risque ou dans la décision de changement. La pression sociale liée aux proches, aux stigmatisés et à la publicité peut aggraver la sévérité perçue de la menace et donc indirectement la vulnérabilité perçue

La vulnérabilité perçue

Les croyances concernant la vulnérabilité perçue, portent en premier lieu sur sa probabilité d'occurrence, généralement forte auprès des visiteurs, excepté ceux en phase d'introspection et de tentation. Elles peuvent également concerner le contrôle perçu sur la situation ou la « capacité à faire face » comme stipulé dans le TMP. Sur le terrain, d'après le discours des visiteurs, la vulnérabilité ou le contrôle perçu paraît dépendre du soutien social perçu et surtout du « parcours de vie » avec l'addiction. Ce dernier regroupe quatre déterminants intra-individuels : les antécédents familiaux, la dépendance perçue, la poly-addiction, et la confiance perçue dans la science et la médecine. Ces facteurs, propres à chaque utilisateur, sont indépendants des profils-types identifiés par stade de changement, à l'exception de la confiance perçue puisqu'elle représente un déterminant clé d'un premier usage auprès des personnes en phase de désillusion (A4R3). Les comorbidités psychiatriques peuvent également s'ajouter comme facteur de vulnérabilité et comme frein au processus de changement.

Dans le TMP, l'évaluation de ses capacités dépend en partie du « sentiment d'efficacité personnelle » (SEP). La personne agit quand, elle croit en être capable. Dans le HAPA (37, 38), décrit en introduction et qui s'inspire, entre autres, de la TAR, du TCP et du TMP, « l'auto-efficacité » vient directement influencer l'intention comportementale au même titre que la perception du risque et « l'attente de résultats ». Trois catégories d'auto-efficacité sont distinguées dans ce modèle : en phase pré-intentionnelle celle nécessaire à la formation de l'intention et la planification du changement ; une deuxième de maintien du nouveau comportement malgré les contraintes ; et enfin celle de « récupération », c'est-à-dire avoir la capacité à reprendre le comportement de santé après son interruption.

Sur le forum, les personnes viennent souvent parce qu'elles se sentent incapables de réussir à changer ou de maintenir le changement quand celui-ci est effectif. Leur sentiment d'auto-efficacité paraît donc faible et accentue la vulnérabilité perçue en amont de l'intention. Les personnes en phase de décision (A2) cherchent des stratégies de planification de l'action. Les personnes en premiers pas de sevrage viennent plutôt chercher des stratégies d'adaptation face aux contraintes biologiques et psychologiques. Les personnes en phase d'anticipation (A4R0) cherchent des stratégies de maintien face aux situations à risques prévisibles. Les personnes en phase d'itération (A4R2) se servent du forum comme une stratégie de récupération. Enfin, les trois sentiments d'auto-efficacité paraissent insuffisants chez les personnes en phase de désillusion.

Tout se passe comme si le forum permettait d'augmenter leur sentiment de contrôle face à la menace perçue en améliorant le SEP, quand perception de menace il y a. En effet, les personnes qui sont tentées par une modération (A4R1) et celles désillusionnées (A4R3) après plusieurs échecs de maintien de sevrage total, présentent une perception du risque respectivement négative et nulle. Et les personnes en introspection viennent précisément pour évaluer le risque de devenir « malade » ou « dépendant » pour reprendre les termes empiriques en évaluant la sévérité plus que la vulnérabilité.

Le sentiment d'auto-efficacité semble à la fois déterminant dans le contrôle perçu en phase pré-intentionnelle et dans la formalisation des attentes de résultats suite à la décision de changement.

De l'attente de résultat à l'utilité perçue du forum

Dans le TAM2, les auteurs proposent que l'utilité perçue (UP) soit modulée par l'influence sociale et la facilité d'usage perçue (FUP), en plus d'un processus cognitif instrumental (70). Ce dernier renvoie aux représentations que se construit un individu vis-à-vis de ce que pourrait lui apporter la technologie compte tenu de ses croyances et connaissances, similaire aux « attentes de résultats » du HAPA ou de la « croyance en l'efficacité de l'action », conseillée par le message préventif, du HBM ou encore des « attitudes » de l'UTAUT. Il existe donc deux processus parallèles ou combinés : celui qui mène au forum et celui qui mène aux huit stades de changement. Les deux restent étroitement liés et surtout identiques dans la phase pré-intentionnelle qui mène à la motivation à la protection. Quand la sévérité de la menace est forte et le contrôle perçu faible, l'évaluation de la menace qui en découle déclenche une réaction de peur, de honte, de culpabilité ou encore, de tristesse et de désespoir. Ces émotions négatives ou facteurs affectivo-émotionnels entraînent à leur tour une motivation à la protection qui se caractérise par des besoins opérationnels en fonction de l'étape de changement dans laquelle la personne se situe. Différents besoins clés ont donc été identifiés sur le terrain : un besoin d'évaluation ; un besoin de planification du changement et de l'adaptation ; un besoin de divertissement ; un besoin de régulation des émotions négatives ; un besoin de maintien du changement ; un besoin de récupération et un besoin de reconnaissance par des pairs. En accord avec le TAM 2, ces besoins se

transformeraient en attentes de résultats une fois la décision de changement prise. Ils déterminent en partie l'utilité perçue de l'outil en amont de son usage.

Ce sont plutôt des qualités pragmatiques (anonymat, facilité d'accès, liberté d'engagement, qualité de l'expertise...) qui déterminent la facilité d'usage perçue ou l'utilisabilité et donc indirectement l'utilité perçue. Les caractéristiques hédoniques (plaisir perçu, identification et reconnaissance par les pairs) semblent plus importantes pour la persistance d'usage et donc l'acceptation, voire l'appropriation finale.

Construction du MIATA ou Modèle Intégratif de l'Acceptabilité des Technologies dans l'Addiction

L'ensemble du processus d'acceptabilité issu de cette étude exploratoire et décrit dans cette discussion, peut être reconstruit par un « Modèle Intégratif de l'Acceptation Technologique dans l'Addiction », que nous appellerons le MIATA (Figure 3).

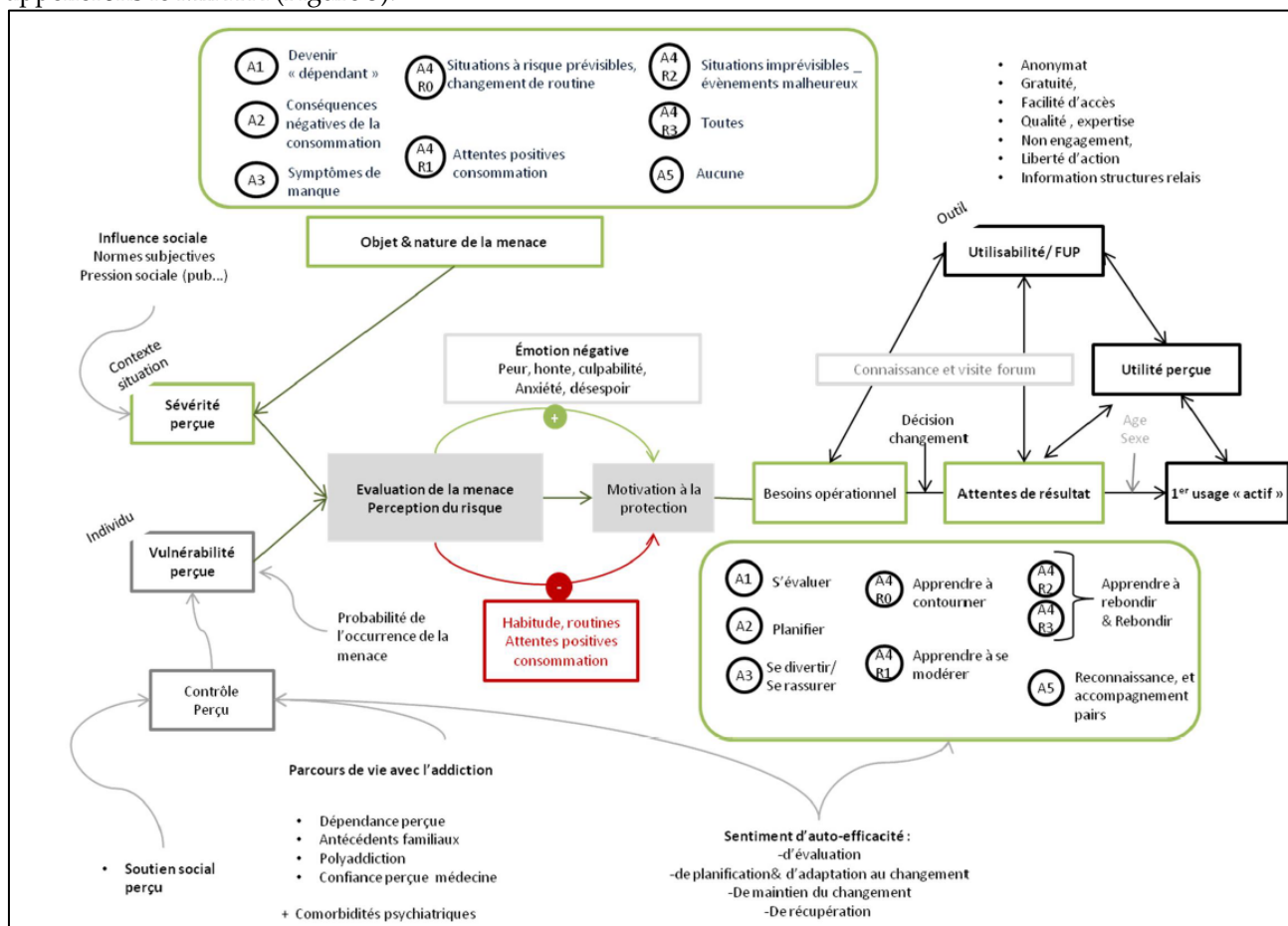


Figure 3. Modèle Intégratif de l'Acceptabilité des Technologies dans l'Addiction ou le MIATA

5.3 Accompagnement au changement des visiteurs : De l'introspection à la désillusion

Les huit catégories empiriques identifiées se calquent sur le « modèle trans-théorique de changement » établi par Prochaska et Di Clemente (1982) et qui décrit les stades de changement comportemental d'une personne en fonction de sa motivation (71). Cependant, il existe certaines différences potentiellement intéressantes entre nos catégories empiriques et ce modèle.

Tout d'abord, il n'existe pas de catégorie pour décrire les personnes qui se posent des questions et qui cherchent des éléments d'information pour s'évaluer. La catégorie A0 des personnes qui ne se posent pas de question, non présente sur l'échantillon du forum correspondrait à l'étape de « pré-intention/pré-contemplation », mais la catégorie A1 (introspection) n'est pas représentée. Elle se situerait en amont de l'étape « d'intention » car l'individu ne commence pas encore à penser au changement, il cherche à évaluer son mode de consommation. En fonction de la réponse apportée sur le forum, il pourra juger des mesures à effectuer par la suite.

La catégorie A2 (décision) n'existe pas non plus dans le modèle motivationnel et se situerait entre la phase « d'intention » et celle dite de « préparation ». Les personnes ont pris la décision d'arrêter ou de changer leur

comportement. Elles ne sont pas dans « l'ambivalence ». Elles viennent sur le forum, pour trouver des solutions concrètes, des exemples de pairs, et non pour être motivé à arrêter car elles le sont déjà. Il n'y a donc pas besoin à cette étape d'essayer d'évaluer le pour et le contre de la consommation comme le propose la « balance décisionnelle ». L'indécision, quand elle existe, porte plus sur le choix entre une modération ou une abstinence totale et le choix des actions à entreprendre pour changer de comportement.

Ensuite, à l'étape « initiation (A3), les visiteurs ont commencé leur sevrage depuis peu. Ils ont déjà passé la phase de préparation/détermination. Cette catégorie se situerait au tout début de l'étape « d'action ». La phase d'action dans le modèle de Prochaska paraît plutôt similaire à celle « d'anticipation » (A4R0) qui inclue des personnes, en cours de sevrage et qui ont peur des situations à risque.

L'étape « tentation » (A4R1) se situe entre la phase de « maintien » et celle de rechute car, bien que tentées, les personnes viennent sur le forum avant de consommer. Cela ne signifie pas qu'elles vont rechuter pour autant, ni même consommer. Elles peuvent, via le forum, décider de ne pas tenter finalement de « reboire un verre » ou « mettre une pièce » ou réussir à maintenir une consommation modérée, du moins un temps. Les événements imprévisibles et malheureux peuvent effectivement perturber l'ordre établi. Les deux dernières catégories concernent les personnes qui ont effectivement vécu une « rechute » dans le sens d'une consommation abusive avec conséquences négatives. Soudaine et ponctuelle, à la suite d'un événement traumatisant par exemple avec le code A4R2. Chronique et désespéré, après avoir « tout essayé » avec la catégorie A4R3 (désillusion). Les A4R2 viennent sur le forum dans l'optique de recommencer le processus de sevrage. Il serait donc pertinent de placer cette catégorie entre l'étape « rechute » et celle de « préparation/détermination ». Les personnes recommencent le cycle, mais pas du départ. Elles « réitère » le processus de changement avec l'expérience des réussites et échecs passés pour y arriver. Les personnes désillusionnées (A4R3) représentent celles de la catégorie « rechutes ». Donc, les personnes qui viennent sur le forum se positionnent généralement entre deux étapes du cycle décrit par Prochaska et DiClemente (Cf. figure 4).

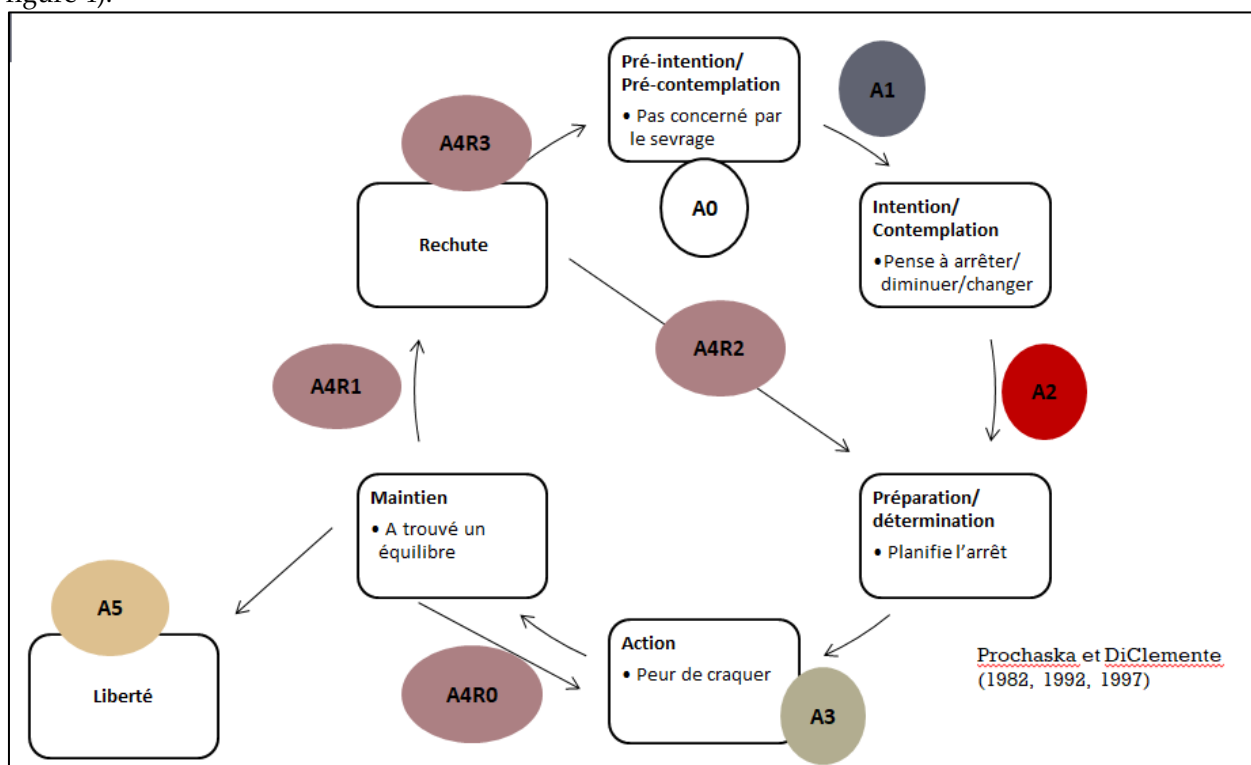


Figure 4. Cycle de Prochaska revisité et complété par la « n'ethnographie » du forum.

Nos données empiriques traduisent plutôt des étapes de changement dans les pratiques et représentations en lien avec la consommation et non pas des « stades de motivations », ce qui explique en parti ces résultats. D'abord on est motivé, ensuite on se décide pour enfin agir en commençant par planifier l'action, puis en l'initiant.

Le forum permet indirectement le passage d'un stade motivationnel à un autre mais il n'est nullement utile de les aider à se motiver, excepté ceux dits « désillusionnés » (A4R3) qui ont tout tenté et pour lequel le forum semble être une solution de dernier recours. Les visiteurs quant à eux viennent spontanément s'intercaler la plupart du temps entre les étapes motivationnelles manifestant peut-être d'une prise de conscience individuelle plus active que le laisserait penser le modèle Trans-théorique.

Toutes ces catégories ou étapes de changement sont vus ici comme linéaires mais il est évident que les personnes peuvent passer d'une catégorie à une autre, puis revenir en arrière, avec des délais plus ou moins long ce qui suggère que ce schéma qui pourrait plutôt se visualiser en ellipse.

Ce dernier vise à ordonner les différents « rites de passages » par lesquels une personne peut se retrouver confronter quand elle commence son processus d'introspection. Lorsque la décision de changement a été prise, il est classique de travailler sur le développement de stratégies de maintien de l'abstinence ou de la modération (72). Ce travail nécessite certaines capacités cognitives telles que la mémoire épisodique et les fonctions exécutives. La mémoire épisodique permet de se remémorer les conséquences négatives de la consommation et les leviers motivationnels du sevrage et ainsi prévenir le risque de rechute (73). Elle paraît utile à stimuler d'après la modélisation empirique pour les individus aux étapes « tentation » (A4R1) et « désillusion » (A4R3). En phase de décision, le visiteur cherche des solutions pour changer son comportement et vient spontanément expliquer les raisons de sa décision, qui proviennent des conséquences négatives que la consommation lui apporte. Il n'y a donc pas lieu de lui rappeler. En revanche, des capacités de planification et de flexibilité paraissent particulièrement importantes afin de mettre en place de nouvelles routines et alternatives à la consommation (74).

6. Conclusion et limites de l'étude exploratoire

Pour conclure, en addictologie, il est courant de déterminer dans un premier temps le stade de motivation dans lequel se situe une personne qui vient consulter (75). Chaque stade nécessite un message et un outil précis afin de potentialiser le traitement de l'information (76). Il devrait en être de même avec l'accompagnement sur le forum. L'identification des déterminants de l'intention d'usage et de la persistance d'usage permet en partie de répondre à cet objectif. Cependant, plus d'un tiers n'envoie qu'un seul post. Il faudrait réfléchir à la façon d'attirer puis maintenir, quand nécessaire, les utilisateurs sur le forum et donc analyser les variables clés de la persistance d'usage et donc de l'acceptation et appropriation finale.

Intéressant pour mieux comprendre les vulnérabilités des consommateurs excessifs au sens large, et utile pour guider un futur professionnel, le modèle MIATA, bien qu'issu du terrain, ne traduit pas la réalité. Il la simplifie pour en faciliter la lecture. Il permet de rebondir et de comparer des données empiriques à la littérature. Les schémas et modèles proposés restent donc tout à fait discutables et servent de point de départ à des réflexions ultérieures pour l'accompagnement de l'addiction.

Chaque catégorie et profil type établi comme chaque déterminants et construits clés méritent à eux-seuls d'être creusés à travers des questionnaires UX standardisés pour en déduire leur valeur prédictive respective. D'autres « n'ethnographies » comparatives avec d'autres addictions, avec ou sans substances seraient également pertinentes pour affiner le modèle.

De plus, l'ensemble des visiteurs a été catégorisé sur la base des premiers messages écrits sur le forum. Il serait intéressant de pouvoir échanger de façon plus approfondie, avec les personnes qui ont envoyé plusieurs postes pour mieux comprendre le processus d'acceptation technologique. De même avec les personnes qui ont envoyé un seul post pour mieux appréhender sur les contraintes et facteurs qui freinent l'appropriation finale. Le sexe et l'âge sont d'autres variables intra- individuelles semblent également modulatrices de l'acceptabilité de l'outil forum puisque l'on a pu observer une majorité de femmes entre 30 et 50 ans qui viennent le visiter. D'autres analyses permettraient de le vérifier et ainsi réfléchir à des solutions qui permettraient, par exemple, d'être soit adaptés aux femmes ou d'attirer les hommes.

Ainsi, de multiples autres études, qualitatives comme quantitatives pourraient être réalisées ultérieurement, pour identifier, comparer et évaluer les déterminants de l'intention d'usage, l'usage et la persistance d'usage et ainsi affiner les modèles de l'acceptabilité-acceptation d'un outil technologique.

7. REFERENCES

1. World Health Organization. Alcohol: data by country. Geneva: WHO; 2020.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2018.
3. Castanié S. Les positions des Français concernant les politiques de contrôle: alcool, tabac et jeux de hasard et d'argent [thèse]. Toulouse: Université Toulouse II – Le Mirail; 2019.
4. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(5-6):89–97.
5. Observatoire Français des Drogues et des Tendances (OFDT). Jeux d'argent et de hasard. Saint-Denis: OFDT; 2022.
6. Bonnaire C, Varescon I. Impact des conduites à risques et des addictions sur la santé. In: Sultan S, éditeur. *Psychologie de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. p. 87–110. doi:10.3917/puf.sulta.2012.01.0087
7. Reynaud M. Comprendre les addictions: l'état de l'art. In: Reynaud M, éditeur. *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 1–28.
8. Beck F. Données épidémiologiques et sociologiques sur les addictions en France. In: Reynaud M, éditeur. *Traité d'addictologie*. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 193–205.
9. Palle C. Les évolutions de la consommation d'alcool en France et ses conséquences 2000–2018. Saint-Denis: OFDT; 2019. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-alcool/>
10. Paille F, Reynaud M. L'alcool: une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(24-25):440–9. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html
11. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Saint-Denis: OFDT; 2015. 75 p.
12. Vabret F, Boudehent C, Blais-Lepelleux AC, Lannuzel C, Eustache F, Pitel AL, Beaunieux H. Profil neuropsychologique des patients alcoolo-dépendants: identification dans un service d'addictologie et intérêt pour leur prise en charge. *Alcool Addictol.* 2013;35(3):215–23.
13. Palle C, Beck F, Richard JB. Usages d'alcool et dommages subis: une perspective européenne. *Tendances OFDT.* 2017;(118):1–6.
14. Brissot A, Philippon A, Spilka S. Niveaux de pratique des jeux d'argent et de hasard à la fin de l'adolescence en 2017: Enquête ESCAPAD 2017. Saint-Denis: OFDT; 2018. 12 p.
15. Costes JM, Richard JB, Eroukmanoff V, Le Nézet O, Philippon A. Les Français et les jeux d'argent et de hasard: résultats du Baromètre de Santé publique France 2019. *Tendances OFDT.* 2020;(138):1–6.
16. Palle C. Bilan RECAP 2019. Paris: OFDT; 2020. 25 p.
17. Couteron JP. Société et addiction. *Le Sociographe.* 2012;(39):11–6.
18. Akrich M, Méadel C. De l'interaction à l'engagement: les collectifs électroniques, nouveaux militants dans le champ de la santé. *Hermès.* 2007;47:145–54.
19. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). E-santé et addictions: la révolution de l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge. Paris: MILDECA; 2019.
20. Terrade F, Pasquier H, Reerink-Boulanger J, Guingouain G, Somat A. L'acceptabilité sociale: la prise en compte des déterminants sociaux dans l'analyse de l'acceptabilité des systèmes technologiques. *Trav Humain.* 2009;72(4):383–95.
21. Bobillier Chaumon ME. Acceptation située des TIC dans et par l'activité: premiers étayages pour une clinique de l'usage. *Psychol Trav Organ.* 2016;22(1):4–21.
22. Pasquier HML. Définir l'acceptabilité sociale dans les modèles d'usage: vers l'introduction de la valeur sociale dans la prédiction du comportement d'utilisation [thèse de doctorat]. Rennes: Université Rennes 2; 2012.
23. Ajzen I, Albarracin D, Hornik R. Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2007.
24. Venkatesh V, Morris M, Davis G, Davis FD. User acceptance of information technology: toward a unified view. *MIS Q.* 2003;27(3):425–78.
25. Davis FD. User acceptance of information technology system characteristics, user perceptions and behavioral impacts. *Int J Man Mach Stud.* 1993;38(3):475–87.
26. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Q.* 1989;13(3):319–40.
27. Davis FD, Bagozzi RP, Warshaw PR. User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. *Manag Sci.* 1989;35:982–1003.
28. Nielsen J. Usability engineering. Boston (MA): Academic Press; 1993.
29. Ajzen I. Attitudes, traits, and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In: Berkowitz L, editor. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 20. San Diego (CA): Academic Press; 1987. p. 1–63. doi:10.1016/S0065-2601(08)60411-6
30. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav.* 2004. doi:10.1177/1090198104263660
31. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50:179–211.
32. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behaviour. New York (NY): John Wiley; 1975.

33. Cooke R, French DP. How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychol Health*. 2008;23(7):745–65.
34. Albarracin D, Johnson BT, Fishbein M, Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2001;127(1):142–61.
35. Webb TL, Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull*. 2006;132(2):249–68. doi:10.1037/0033-2909.132.2.249
36. Sheeran P. Intention–behavior relations: a conceptual and empirical review. *Eur Rev Soc Psychol*. 2005;12:1–36. doi:10.1002/0470013478.ch1
37. Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer R, editor. *Self-efficacy: thought control of action*. Washington (DC): Hemisphere; 1992. p. 217–43.
38. Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Appl Psychol*. 2008;57(1):1–29. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
39. McEachan RRC, Lawton RJ, Conner M. Classifying health-related behaviours: exploring similarities and differences amongst behaviours. *Br J Health Psychol*. 2010;15(2):347–66. doi:10.1348/135910709X466487
40. Calvin KL, Ben-Tzion K. The Patient Technology Acceptance Model (PTAM) for homecare patients with chronic illness. *Int J Med Inform*. 2006;50(10).
41. Legris P, Ingham J, Collette P. Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model. *Inf Manage*. 2003;40:191–204.
42. King WR, He J. A meta-analysis of the technology acceptance model. *Inf Manage*. 2006;43:740–55.
43. Ma Q, Liu L. The technology acceptance model: a meta-analysis of empirical findings. *J Organ End User Comput*. 2004;16(1):59–72.
44. Hassenzahl M. The interplay of beauty, goodness, and usability in interactive products. *Hum Comput Interact*. 2004;19(4):319–49.
45. Roto V, Law E, Vermeeren A, Hoonhout J. User experience white paper: bringing clarity to the concept of user experience. Dagstuhl Seminar on Demarcating User Experience; 2011; Finland.
46. Jouët J. Technologies de communication et genre: des relations en construction. *Réseaux*. 2003;120(4):53–86.
47. Francis J, Eccles MP, Johnston M, Walker AE, Grimshaw JM, Foy R, et al. *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: a manual for health services researchers*. Newcastle upon Tyne (UK): Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne; 2004.
48. Becker HS. *Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: La Découverte; 2002.
49. Glaser BG, Strauss A. *La découverte de la théorie ancrée: stratégie pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin; 2010.
50. Weber M. Les catégories de la sociologie. In: *Économie et société*. Paris: Pocket-Agora; 1995.
51. Olivier de Sardan JP. La politique du terrain. *Enquête*. 1995;1. Disponible sur: <http://enquete.revues.org/263>
52. Crozier M. *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Seuil; 1963.
53. Douville O, Fotso-Djemo JB. Pour une anthropologie clinique. *J Psychol*. 2008;258(5):16. doi:10.3917/jdp.258.0016
54. Duruz N. Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. *J Psychol*. 2008;258(5):18–21. doi:10.3917/jdp.258.0018
55. Hamel J. À propos de l'échantillon: de l'utilité de quelques mises au point. *Rech Qual*. 2000;21:3–20.
56. Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. *Les pratiques addictives*. Paris: Odile Jacob; 2000.
57. Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. *Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Paris: Médecine et Psychothérapie; 2013.
58. Maisto SA, Connors GJ. Relapse in the addictive behaviors: integration and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:229–31.
59. Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was zen, this is tao. *Am Psychol*. 2004;59:224–35.
60. Marlatt GA, Donovan DM. *Prévention de la rechute: stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives*. Chêne-Bourg: Éditions Médecine et Hygiène; 2008.
61. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):564–74.
62. Lovullo WR, Yechiam E, Sorocco KH, Vincent AS, Collins FL. Working memory and decision-making biases in young adults with a family history of alcoholism: studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30:763–73.
63. Simon DP, Kreek MJ. Cocaine: usage, misuse, and addiction processes. *Neuropathology of Drug Addictions and Substance Misuse*. 2016;1:5–13.
64. Marlatt GA. A cognitive-behavioral model of the relapse process. *NIDA Res Monogr*. 1979;25:191–200.
65. Beck A, Wright E, Newman C, Liese BS. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York (NY): Guilford Press; 1993.

66. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q.* 1984;11(1):1–47.
67. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeal and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: Cacioppo P, Petty R, editors. *Social psychophysiology*. New York (NY): Guilford Press; 1983. p. 153–76.
68. Triandis HC. *Interpersonal behavior*. Monterey (CA): Brooks/Cole; 1977.
69. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis.* 2011;52(6):793–800.
70. Venkatesh V, Davis FD. A theoretical extension of the technology acceptance model: four longitudinal field studies. *Manag Sci.* 2000;46(2):186–204.
71. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract.* 1982;19:276–88.
72. Tison P. Les thérapies comportementales et cognitives dans les conduites d'alcoolisation. *Alcool Addictol.* 2002;24(4):345–58.
73. Blume AW, Schmalting KB, Marlatt GA. Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior. *Addict Behav.* 2005;30:301–14.
74. Boudehent C, Beaunieux H, Pitel AL, Eustache F, Vabret F. Contribution de la neuropsychologie à la prise en charge de l'alcool-dépendance: compréhension des phénomènes de résistance dans les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales. *Alcool Addictol.* 2012;34:121–7.
75. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel: une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcool Addictol.* 2004;26(2):129–34.
76. Rosen CS. Integrating stage and continuum models to explain processing of exercise messages and exercise initiation among sedentary college students. *Health Psychol.* 2000;19:172–80.