



UNIL | Université de Lausanne

Université de Lausanne

Faculté des sciences sociales et politiques

Institut de Psychologie

Session automne 2016

La place de la corporéité chez les personnes dépendantes à l'alcool.

Mémoire de master en psychologie de la santé

Présenté par : Tiffanie Richard

Directrice : Marie Santiago-Delefosse

Experte : Fabienne Fasseur

Résumé

La consommation d'alcool fait partie de notre culture helvétique. En Suisse, environ 20% des personnes présentent une consommation à risque et/ou une dépendance à l'alcool. L'alcoolisme est une cause importante de maladies, d'accidents et de mortalité. Selon la littérature, une personne en traitement et visant l'abstinence, sans consommation, ressent des sensations physiques et des émotions inhibées durant la consommation (Mikolajczak, 2013). L'étude vise donc à explorer la place de la corporéité chez les personnes qui ne consomment plus, en traitement dans un centre spécialisé. Dans un deuxième temps, la relation avec les autres, leur vision de l'abstinence et la temporalité ont été étudiées. La présente recherche est basée sur deux focus groups de 45 minutes, comprenant quatre participants en début de traitement et quatre en fin de traitement. Afin d'analyser le discours des participants, une analyse thématique de contenu a d'abord été effectuée. Pour pouvoir mettre en évidence la place de la corporéité chez les personnes dépendantes à l'alcool, ainsi que les relations complexes existantes entre corporéité, sociologique et psychologique, une deuxième analyse a été effectuée sur la base du modèle corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2002). Les résultats montrent que le vécu de l'alcoolisme affecte autant le corps que sa relation à soi, aux autres et au monde. Le passage de la consommation à l'abstinence est accompagné de nombreux changements. D'un corps oublié et négligé, il devient présent mais extérieur à soi et sa place est secondaire. Dans cette perspective, une prise en charge tenant compte du vécu corporel douloureux paraît pertinente et nécessaire, l'approche corporelle prenant tout son sens au sein de la thérapie.

Mots clés

Alcoolisme ; Psychologie de la santé ; Corporéité ; Phénoménologie ; Modèle corporo-socio-psychologique ; Méthode qualitative ; Prise en charge ; Abstinence ; Vécu subjectif

Abstract

Alcohol consumption is a part of our Swiss culture. In Switzerland, about 20% of people have a high-risk drinking and/or alcohol dependence. Alcoholism is a major cause of disease, accidents and mortality. According to literature, a person in treatment aiming abstinence without consumption feels once again inhibited body sensations and emotions (Mikolajczak, 2013). This study aims to explore the place of the abstinent people's embodiment in a Centre for Addictive Disorders. In a second time, the relationship with others, their vision of abstinence and the temporality were considered. The study is based on two focus groups. Each focus group lasted about 45 minutes with four participants at the beginning of treatment and four at the end of treatment. In order to analyze people discourses, we use an analysis of thematic content. In order to highlight the place of the corporeal of dependent people, plus complex links between the embodiment, the social and the psychological, we made a second analysis based on the embodied-socio-psychological perspective (Santiago-Delefosse, 2002). Results showed that alcoholism experience affect as much body as interpersonal and intrapersonal relations as the relationship to the world. The transition from consumption to abstinence has been accompanied by many changes. From a careless and forgotten body, it becomes real but outside of oneself with a secondary place. In this perspective, a care taking into account the painful body experience seems relevant and necessary and a physical approach could be implemented within the therapy.

Keywords

Alcoholism ; Health psychology ; Embodiement ; Phenomenology ; Embodied-socio-psychological perspective ; Qualitative methods ; Care ; Abstinence ; Subjective experience

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont soutenu et conseillé tout au long de ce travail, pour les longues discussions qui m'ont permis de développer ma réflexion.

Je remercie tout particulièrement Madame Fabienne Fasseur pour sa disponibilité, ses conseils et son intérêt, Madame Santiago-Delefosse pour sa direction, Stanley Crettaz et Kilian Richard. Je remercie l'équipe thérapeutique de la Villa Flora pour m'avoir permis de réaliser cette recherche ainsi que les pensionnaires pour leur confiance et leur partage, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1 Motivations.....	1
1.2 Épidémiologie	1
1.2.1 Histoire de l'alcool	1
1.2.2 Prévalence de la consommation d'alcool en Suisse et en Valais.....	2
1.2.3 Impacts de la consommation d'alcool sur la santé.....	3
1.3 Évolutions du modèle des addictions et débats actuels	4
1.4 Définitions et concepts	6
1.4.1 Le mouvement des Alcooliques Anonymes	6
1.4.2 Dépendance	10
1.4.3 Alcoolisme	11
1.5 Source de signalement pour une prise en charge thérapeutique.....	14
2. LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL POUR COMPRENDRE LA DÉPENDANCE	14
2.1 Biologique	15
2.2 Psychologique	17
2.3 Social.....	18
2.4 Comment se constitue une addiction ?.....	19
3. PRISES EN CHARGES THÉRAPEUTIQUES	21
3.1 Prise en charge médicale	21
3.2 Prise en charges thérapeutiques	21
3.2.1 La cure de désintoxication	21
3.2.2 Psychothérapies possibles	22
3.3. L'exemple de la Villa Flora	25
3.3.1 Présentation.....	25
3.3.2 Dépendance vue comme une maladie	25
3.3.3 Types de traitement.....	25
3.3.4 Les grands axes d'intervention thérapeutique	26
4. CORPS ET ETHNO-ANTHROPOLOGIE	29
4.1 Représentations du corps.....	29
4.2 Identité corporelle	31
4.3 Corps et dépendance à l'alcool	33

5. PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ	34
5.1 Monde vécu de la maladie	34
5.2 Le modèle corporo-socio-psychologique (CSP)	35
5.3 Eléments essentiels à travailler avec le patient alcoolique.....	37
6. PROBLÉMATIQUE	39
6.1 Questions de recherche.....	40
7. MÉTHODOLOGIE	40
7.1 Analyse thématique de contenu	42
8. RÉSULTATS	44
8.1 Comparaisons entre le début et la fin de traitement.....	58
9. DISCUSSION	59
9.1 Une analyse corporo-socio-psychologique de la dépendance.....	59
9.1.1 Corporéité	59
9.1.2 Sociologique	63
9.1.3 Psychologique	66
9.3 Rôle du psychologue de la santé	74
9.2 Forces et limites.....	75
11. BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	i

1. INTRODUCTION

1.1 Motivations

Depuis le début de mon cursus universitaire, je souhaitais développer une expérience pratique en parallèle à mes acquis théoriques. C'est pourquoi, en 2010, j'ai effectué mon premier stage clinique au sein de la Villa Flora. J'ai été sensibilisée à la problématique de la dépendance et eu beaucoup d'intérêt pour celle-ci. J'ai acquis énormément de connaissances en deux mois, notamment en ce qui concerne le mouvement des Alcooliques Anonymes, la prise en charge ainsi que les différentes approches utilisées. Ce premier stage a été le fil rouge de mon cursus universitaire. Déjà, à ce moment-là, je m'étonnais de la place capitale des infirmières. En effet, les pensionnaires se rendaient toujours dans leur bureau, pas forcément pour la médication, mais pour leur faire part de plaintes somatiques. La psychologie de la santé m'a apporté un élément de réponse. En effet, les cours suivis en psychologie de la santé m'ont permis d'approfondir ma réflexion quant aux comportements adoptés par les personnes dépendantes. Dans ce cadre, j'ai pu me rendre compte, en suivant les modèles étudiés, de la place de la corporéité dans le vécu du traitement. Par ailleurs, je me posais beaucoup de question sur la transition entre consommation et abstinence. Dans la consommation, la personne est face au déni, seule, ne ressent plus rien, son esprit est séparé de son corps. À l'arrêt de la consommation, elle se retrouve face à une maladie, à un corps avec qui elle doit renouer ainsi qu'à des personnes autour d'elle. Une transition essentielle, notamment du point de vue corporel, qui ne semble que peu appréhendée dans le traitement. En effectuant un deuxième stage au même endroit et mon travail de mémoire au sein de cette institution, j'ai voulu apporter des éléments de réponse à ces questionnements. Mon premier stage m'a ouvert un très grand intérêt pour la psychologie et les dépendances, mon second stage me permettra de mettre en pratique mon approche théorique.

1.2 Épidémiologie

1.2.1 Histoire de l'alcool

L'alcool fait partie de notre culture tout comme de nos coutumes sociales. Il a toujours été utilisé tant comme un produit alimentaire que thérapeutique. La consommation d'alcool peut donc être considérée comme normale, selon la fréquence de consommation et les

normes sociales établies (Nevid & al., 2009). En Suisse, l'alcool est très consommé et apprécié. Le rapport à l'alcool est double : d'une part c'est une source de plaisir, de l'autre, une source de risques de maladie, d'accidents et de mortalité (Addiction Suisse, 2014).

C'est en fin de 18^e siècle, au début de la révolution industrielle, que des changements de comportements sociaux opèrent en Europe. Les méfaits de la consommation excessive d'alcool sont alors décrits. Des lois sont mises en place contre l'ivresse, considérée comme un désordre social et établissent un âge minimal pour pouvoir consommer de l'alcool. Le terme d'alcoolisme apparaît à la fin du 19^e siècle (Addiction Suisse, 2014).

La fin du 19^e siècle et le début du 20^e siècle sont marqués par la création de plusieurs associations permettant le soutien aux malades alcooliques et à la prévention, dont les Alcooliques Anonymes. Dès les années 1950, une stratégie de soins se met en place pour la prise en charge médicale de l'alcoolisme. Depuis les années 2000 apparaît progressivement le concept de l'addiction.

1.2.2 Prévalence de la consommation d'alcool en Suisse et en Valais

La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque majeur de maladies, d'accidents et de mortalité ; en 2012, elle aurait été responsable de 3.3 millions de décès, représentant 6% des décès dans le monde (OMS, 2015). En Suisse, 8% des décès seraient attribuables à l'alcool (Marmet & al., 2011). Depuis 1992, la consommation d'alcool par habitant a diminué de près d'un quart. Ainsi, en 1995, les consommations annuelles par habitant étaient de 43,6 litres de vin, 62,2 litres de bière et 3,7 litres de spiritueux ; en 2014, ces consommations s'élevaient respectivement à 35,1 litres, 55,8 litres et 3,7 litres (RFA, 2014).

En Valais, sur la base de l'Enquête suisse sur la santé (ESS), la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui consomment de l'alcool quotidiennement est plus élevée chez les hommes (24%) que chez les femmes (9%). Par ailleurs, la proportion d'abstinents est plus élevée chez les femmes (25%) que chez les hommes (12%). Sur la base de l'ESS, la proportion de personnes âgées de 15 et plus qui consomment de l'alcool quotidiennement a diminué entre 1992 (hommes : 38% ; femmes : 15%) et 2012 (hommes : 24% ; femmes : 9%) (Gloor & al., 2014). Des baisses similaires sont observées en Suisse dans son ensemble. Toutefois, les proportions de consommateurs quotidiens restent légèrement plus élevées en Valais qu'en

Suisse. Ces baisses peuvent notamment être expliquées par les mesures de prévention structurelle portant sur les prix, l'accessibilité de l'alcool ou la législation sur la circulation routière.

Une consommation à risque moyen pour la santé est définie comme étant d'au moins deux verres par jour chez les femmes et quatre verres par jour chez les hommes (Gloor & al., 2014). Une consommation à risque élevé est respectivement d'au moins quatre et six verres par jour. La consommation d'alcool dite à risque (moyen ou élevé) a diminué chez les Valaisans âgés de 15 ans ou plus. En 1997, elle était de 10% pour les hommes et 8% pour les femmes ; en 2012, elle est respectivement de 9% et de 6%. Par comparaison, ces proportions de consommateurs à risque sont plus élevées en Valais qu'en Suisse (hommes : 4%, femmes : 5% en Suisse 2012) même si la différence tend à diminuer (Gloor & al., 2014; Gmel & al., 2015).

1.2.3 Impacts de la consommation d'alcool sur la santé

Lorsque l'éthanol (nom scientifique de l'alcool) est consommé, il est absorbé par le tube digestif, lentement dans l'estomac et plus rapidement au niveau de l'intestin grêle. Par l'intermédiaire du sang, il se diffuse rapidement dans 80% du corps. Par le sang, l'éthanol est mesurable et on parle d'alcoolémie exprimée en grammes par litre (Cungi & Nicole, 2014, p.268).

L'alcoolémie à 0.30 g/l (1 ou 2 verres de vin) est faible et il en résulte un état de bien-être et une désinhibition. Les réflexes sont ralentis. L'alcoolémie de 1 à 2 g/l est plus importante et des signes d'ivresse apparaissent : instabilité de la marche, difficultés d'élocution. Le contrôle des émotions est plus faible, révélant parfois une joie excessive, une irritabilité, agressivité et des passages d'actes délictueux. Il est possible de n'avoir aucun souvenir de l'épisode d'ivresse. À partir de 4 g/l, les personnes deviennent confuses et ce taux d'alcoolémie peut aboutir à un coma éthylique, parfois mortel.

D'autre part, consommer de l'alcool peut conduire à une dépendance par rapport à un produit et une nécessité de s'en procurer. À ce stade, les avantages sont presque toujours à court terme ou immédiats, les inconvénients sont presque tous à long terme et concernent surtout la santé. Les avantages arrivent donc bien avant les inconvénients, dans le temps, et

cela joue certainement un rôle important dans le maintien de l'habitude toxique (Cungi & Nicole, 2014).

1.3 Évolutions du modèle des addictions et débats actuels

Le modèle des addictions a évolué à travers les siècles. En effet, au début, le modèle des addictions est moral et considère l'alcoolisme comme une punition et n'est pas sujet à un traitement (Ogden, 2014). Dans ce modèle, chaque personne est responsable de sa santé et se trouve être le seul acteur de son rétablissement. A partir du 19^e siècle, l'alcoolisme est vu comme étant responsable de nombreux problèmes sociaux (violence conjugale, pauvreté, maladie, chômage) (Ogden, 2014). La notion de pathologie émerge et l'alcoolisme représente un problème qu'il faut traiter.

Au début du 20^e siècle, la conception de l'addiction changea à nouveau. Elle est alors considérée comme étant un symptôme et le problème n'était plus tant la substance que les personnes qui deviennent dépendantes (Ogden, 2014). La consommation d'alcool n'est pas problématique pour la société, mais c'est l'individu dépendant qui a un problème d'alcool. Étant donné que l'alcoolisme est vu comme une maladie, le traitement des personnes dépendantes est envisagé. L'addiction est vue alors comme étant une maladie en soi, où l'individu est à l'origine du problème. La prise en charge de l'addiction est essentielle et le traitement vise l'abstinence totale (Ogden, 2014).

Puis, le modèle des addictions évolua avec le développement des théories de l'apprentissage, avec l'idée qu'un comportement résulte d'une interaction entre environnement et autrui. La thèse de l'alcoolisme considéré comme étant une maladie ou une pathologie est remise en question. Depuis la fin des années 1970, la consommation d'alcool est considérée comme un ensemble de comportement. En effet, à la base de la théorie de l'apprentissage social, Bandura (Ogden, 2014) ne nie pas l'effet de l'environnement sur le comportement. Il ajoute que les croyances du sujet en termes de pensées sur lui-même, les autres et son environnement vont l'influencer dans le maintien ou non d'un comportement. L'émergence, le maintien ou l'extinction d'un comportement va dépendre des interactions entre l'individu et son environnement. Les comportements sont donc appris et non acquis, ils peuvent être désappris, ils sont considérés comme étant sur un

continuum. Le traitement passe par l'abstinence totale ou l'apprentissage de nouveaux comportements.

Actuellement, la définition des dépendances et de l'alcoolisme reste au centre des débats. En effet, elle peut être considérée comme étant une maladie, un syndrome ou résultant d'un apprentissage de comportements. Le thérapeute familial et professeur en travail social Amnon Jacob Suissa (Bourdon, 2007), dans son livre «*Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie*», explique que les alcooliques ont effectivement un problème de dépendance qui ne peut pas être considéré comme une maladie. En décrivant la dépendance comme une maladie, les personnes sont déresponsabilisées et ce ne sont plus elles qui sont acteurs mais c'est le produit qui les contrôle. Selon lui, l'alcoolisme doit être considéré comme un phénomène multifactoriel. Les individus ne doivent pas être réduits à une maladie. Il condamne notamment les mouvements des Alcooliques Anonymes, qui, par leur discours, rendent les gens impuissant. «*On ne guérit pas de la dépendance*». Suissa ne prône pas l'abstinence mais imagine la possibilité d'une consommation contrôlée, en misant sur les forces et compétences de chaque individu. Finalement, la dépendance n'est pas ce sur quoi il faut travailler, mais il faut s'intéresser aux problèmes qui existaient avant la dépendance (Bourdon, 2007).

Dans le cadre de ce travail, et suivant le mouvement des Alcooliques Anonymes, la dépendance est considérée comme une maladie comportementale. L'alcoolisme est considéré comme une maladie car le risque de développer une dépendance à l'alcool est en partie dû à des facteurs génétiques. Par ailleurs, prendre en considération la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Odgen, 2014) permet d'expliquer les problématiques de dépendance s'exprimant en termes de comportements. En effet, les lois de l'apprentissage permet d'expliquer l'émergence et le maintien de comportements posant problème. Aussi, connaître les lois d'un comportement, le maintenir et le renforcer est intéressant lorsqu'il s'agit de développer des nouveaux comportements plus bénéfiques. C'est le cas des techniques et interventions cognitivo-comportementales.

1.4 Définitions et concepts

1.4.1 Le mouvement des Alcooliques Anonymes

Les Alcooliques Anonymes (AA) sont une association d'hommes et de femmes partageant leurs expériences dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. L'unique condition pour devenir membre des AA est le désir d'arrêter de boire. Les AA ne sont associés à aucune religion, secte, organisme ou autre (Kessel, 1960). Le nouveau membre n'a aucun contrat à signer, aucune cotisation à payer, aucun engagement à prendre. Il lui suffit d'entrer et de dire « *Je suis un alcoolique. Je voudrais essayer de ne plus boire* » (Kessel, 1960, p.175).

La naissance des AA remonte à 1935, à Akron, en Ohio, après la rencontre de Bill W., courtier à Wall Street, avec le Dr Bob S., chirurgien d'Akron. Les deux connaissaient un certain succès, mais leur carrière fût détruite par l'alcool. Bill cessa de boire lorsqu'il rencontra Bob. Sans lui faire de morale, il lui raconta son histoire. Bob s'identifia dans cette histoire et suivit une cure de désintoxication. Bill et Bob étaient persuadés qu'en partageant leur expérience le plus honnêtement possible, ils auraient davantage de forme et de foi pour se rétablir et devenir abstinents. Les deux créèrent le premier groupe AA (Alcoholics Anonymous, 2003). Aujourd'hui, il existe plus de 116'000 groupes dans le monde, soit plus de deux millions de membres. En associant leur détresse commune, les deux hommes ont trouvé la première règle d'or des AA : un alcoolique écoute un autre alcoolique avec plus de confiance qu'il n'en accorde à quiconque. Le seul instrument de propagande était la conversation d'un alcoolique à un autre.

L'alcoolisme n'est ni une affaire d'éducation, de religion, de volonté, du souci du prochain car certaines personnes semblent avoir toutes les armes contre l'alcoolisme et d'autres se retrouvent moins privilégiés. Bill et le docteur Bob arrivèrent à une conception de l'alcoolisme singulière qui fut d'une importance capitale pour eux et pour des milliers d'hommes et de femmes : « *On ne devient pas alcoolique. On naît alcoolique* » (Kessel, 1960, p.161). Ce fait n'a rien à voir avec un défaut héréditaire, car beaucoup de personnes sont nées de parents sobres, ni avec un problème de santé psychique ou physique, car beaucoup de gens ont commencé à boire en étant en parfaite santé. Bill et Bob arrivèrent à la conclusion qu'il existait une prédisposition à l'alcoolisme, tout comme cela pouvait être le

cas pour une allergie ou une intolérance organique (Kessel, 1960, p. 162). Chez les personnes prédisposées, l'alcool n'est pas considéré comme un facteur de maladie, mais comme une maladie en soi et elle est fatale. La prédisposition qu'ils ont en naissant fait qu'un premier verre leur donne une envie irrésistible d'en consommer un deuxième puis un troisième jusqu'à l'inconscience. L'obsession de boire l'emporte sur la volonté et elle devient un but, une raison de vivre. Pour faire comprendre cette maladie, Bill W. la compare au diabète. Le docteur Silkworth définit l'alcoolisme comme « *une obsession mentale qui force [l'alcoolique] à consommer de l'alcool et une allergie physique qui [le] condamne à la folie et à la mort* » (Kessel, 1960, p.15).

Le credo des Alcooliques Anonymes s'exprime sous la forme suivante (Kessel, 1960, p. 196): « *Que Dieu m'accorde assez de sérénité pour accepter les choses que je ne puis changer, assez de courage pour changer les choses qui sont en mon pouvoir et assez de sagesse pour connaître la différence* ». Ensuite, viennent les 12 étapes, énumérant les étapes spirituelles que l'alcoolique doit franchir en vue de son abstinence (Annexe I). Il s'agit de reconnaître son impuissance à dominer l'alcool et à gouverner sa vie, croire qu'une Puissance Supérieure peut lui rendre la santé, prendre la décision de remettre sa volonté et sa vie entre les mains de Dieu "tel qu'il le conçoit". Puis arrivant à la douzième étape, il s'agit de transmettre le message aux autres alcooliques. Les concepts clés des AA sont les suivants :

Désir de changer

Le besoin et le désir sont au cœur de l'existence et c'est un mot nécessaire dans la compréhension de l'efficacité des Alcooliques Anonymes. C'est dans le désir profond de vivre sans alcool, de vivre simplement que la personne peut s'épanouir. En effet, lorsqu'une personne boit, elle ne vit pas, elle survit. Et tout aussi fort que le désir, la nécessité du recours à l'autre, de secourir l'autre pour garder sa propre sobriété (Kessel, 1960).

La rencontre avec un autre alcoolique peut avoir une influence importante. En effet « *la valeur thérapeutique de l'aide apportée par un dépendant à un autre est sans égale* » disent les AA (de Gravelaine & Senk, 1995, p.52). Ce qui peut se vivre après devient une possibilité dans l'esprit de celui qui n'a pas encore franchi le pas. Devant le besoin de preuves, l'expérience des autres encourage.

Solitude

L'alcoolisme « *outré les troubles physiques dont elle l'accable est une maladie de solitude, d'angoisse, de désespoir* » (Kessel, 1960, p. 172). Rejoindre un groupe permet de contrer la tendance à l'isolement, au retrait, au fait de se sentir différent. La solitude mène très souvent à la rechute. La présence des autres devient nécessaire, particulièrement lorsque la confiance et l'estime de soi sont faibles (de Gravelaine & Senk, 1995).

Pouvoir de la parole

Dans les groupes d'entraides, partager est essentiel : parler, oser dire, s'exprimer du fond de son être. Les réunions des AA se déroulent de la même manière dans le monde et favorise la prise de parole et le partage. Chacun peut raconter son récit de consommation, tour à tour et apprend à parler de soi, parler en « *je* », sans se faire interrompre. La personne commence à se connaître, elle est honnête envers les autres et envers elle-même et elle est soutenue par la présence des autres. Mettre des mots permet d'éviter la rechute (de Gravelaine & Senk, 1995). La richesse des AA réside dans ce partage d'expériences et dans le pouvoir de la parole. « *Est guéri celui qui peut raconter son histoire* ».

Identification

Lors des récits de vie dans les groupes de paroles, chacun se reconnaît en l'autre. L'écho de son histoire est encourageant et crée le lien entre les personnes. Se reconnaître autant dans une autre personne est une réconciliation avec soi. L'identification est alors essentielle, car elle permet au sujet de se construire et le groupe fonctionne comme un reflet dans lequel la personne se reconnaît. Elle se sentira alors appartenir à un groupe et aura le sentiment d'avoir trouvé sa place dans le monde. Cette évidence est rendue possible car un groupe de personnes *comme soi* existe, en ayant deux caractéristiques communes : la maladie et le but (de Gravelaine & Senk, 1995).

Relation aux autres

« *La pathologie de la dépendance est une pathologie de la relation* » (de Gravelaine & Senk, 1995, p.59). La relation fait peur à la personne dépendante. Il est alors indispensable de travailler la relation de confiance. Celle-ci peut se faire à deux, avec un thérapeute. Les

groupes de parole, groupes thérapeutiques permettent ce passage vers les autres, de lier des relations.

Temporalité

Le temps réel est un temps qui passe et peut être angoissant. Les consommations, qui se succèdent, s'effacent entre elles et immobilisent le temps. Ayant l'obsession de ne pas manquer de produit, le temps perd sa valeur. Il se répète et devient celui du tout, tout de suite. Dès qu'une durée s'installe, elle est accompagnée de peur. La perception du temps, entre passé et futur, représente un obstacle au rétablissement. Le slogan des AA « *Juste pour aujourd'hui* » permet de faire face à ces angoisses. Il s'agit de se fixer des objectifs réalisables et accessibles chaque jour. L'idée est de rester sobre « *24 heures à la fois* » permet de vivre au moment présent et d'avoir comme objectif l'abstinence pour les 24 heures à venir. Introduire le temps, c'est mettre de l'ordre (de Gravelaine & Senk, 1995, p.77).

Spiritualité

Il s'agit de croire à une Puissance Supérieure à l'homme et seule capable d'assurer le sauvetage définitif de l'alcoolique. Selon la doctrine des AA, l'aide humaine ne suffit pas. Elle peut éveiller le désir et le courage de se délivrer de l'alcool, lui montrer le chemin ou le soutenir dans ses premiers pas vers l'abstinence. Cette Puissance Supérieure peut être de toute forme : tout ce qui importe est de croire à une Force qui dépasse et qui peut aider. Cette force surhumaine est indispensable car l'alcoolisme n'est pas un mal isolé, indépendant mais lié à tous les traits de caractère de chaque personne (Kessel, 1960).

Abstinence comme outil

L'aveu d'impuissance ouvre la porte à la reprise de pouvoir : le pouvoir d'agir, d'être responsable de sa vie et la force de trouver des alternatives. Les « *je ne peux pas* » deviennent des « *je peux ne pas* » (de Gravelaine & Senk, 1995, p.79). L'abstinence est ici vue comme un outil, qui va de pair avec le changement de la personne, tant au niveau psychique que physique. Pour les AA, les malades de naissance, il n'y a jamais un seul verre. Le premier verre est déclencheur d'une longue série d'autres et annonce la rechute, l'enfer. Il s'agit donc de lutter contre le désir de boire et contre l'illusion « *qu'un verre ne peut me faire de mal... un seul verre... Rien qu'un verre* » (Kessel, 1960, p. 183).

1.4.2 Dépendance

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS)¹ définit la dépendance sur la base de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Selon cette dernière, le syndrome de dépendance est vu comme « *un ensemble de phénomène comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités* » (CIM-10,1994). Selon cette perspective, la caractéristique la plus importante du syndrome de dépendance représente un désir puissant, compulsif de consommer de l'alcool.

Selon Wilson et Wilson (1995, p. 116), la dépendance est « *une maladie primaire, progressive et chronique, qui peut s'avérer fatale et qui se caractérise par une sensibilité physique à des déséquilibres chimiques excessifs provoqués extérieurement ou intérieurement, qui cause des changements d'humeur d'une importance inhabituelle et d'autres inconstances émotives, une obsession mentale, un mauvais jugement et d'autres fonctionnements mentaux inadéquats qui encouragent la maladie à continuer, un isolement spirituel qui empêche toute aide et tout conseil extérieur, ce qui entraîne un mode de vie égocentrique* ».

Que la dépendance soit vue comme une maladie ou un syndrome, les différentes définitions partagent deux notions clés essentielles : la tolérance et le syndrome de sevrage. **La tolérance** est un phénomène d'habituation à une substance. Lorsque la consommation est fréquente, la quantité de produit est augmentée afin d'obtenir les effets désirés (Nevid & al., 2009). **Le syndrome de sevrage** est l'ensemble des symptômes qui apparaissent lors d'une diminution ou arrêt du produit. Étant donné que l'alcool a pour effet de diminuer les inhibitions et fonctions du corps, le sevrage produit des tremblements, de l'anxiété, des crises de panique, des nausées et parfois un *delirium tremens*², forme de psychose liée à l'alcoolisme. Le sevrage à l'alcool devrait être accompagné d'un traitement médical (Nevid & al., 2009).

¹ www.who.int/fr/ consulté le 23.03.2016

² Le *delirium tremens* provoque des signes neurovégétatifs (sueurs et tachycardie), des délires (confusion mentale, discours incohérent, désorientation, agitation), des hallucinations (Nevid & al., 2009).

1.4.3 Alcoolisme

Le modèle conceptuel le plus répandu de l'alcoolisme est celui de la maladie. Selon cette perspective, l'alcoolisme est vu comme une maladie chronique, dans le sens où l'état est permanent. Lorsqu'une personne alcoolique consomme de l'alcool, les effets biochimiques sur le cerveau créent une envie physique irrésistible d'en consommer à nouveau (Nevid & al., 2009).

Un malade alcoolique est donc une personne alcoolo-dépendante : la consommation ne peut être contrôlée durablement. La personne boit pour les effets psychiques qui en découlent : euphorie, oubli, courage d'affronter une situation difficile (Gomez, 1999). La consommation d'alcool présente des risques pour la santé. Chacun réagit différemment face au produit et la dépendance s'installe à des moments différents selon chaque personne. Un malade alcoolique ne boit pas forcément tous les jours. Les modalités de consommation sont différentes chez chacun. Certaines personnes consomment de l'alcool chaque jour, d'autres uniquement le week-end. Certaines peuvent être abstinents quelques temps et consommer abusivement sur une période de quelques semaines à quelques mois (Nevid & al., 2009)

Gomez (1999) explique que, s'il existe une prédisposition génétique, elle serait plutôt liée à une intolérance à l'alcool. En effet, les effets désagréables de l'alcool pourraient être expliqués par un défaut d'équipement enzymatique. Les études (Gorwood & al., 2008 ; Gorwood, 2000) montrent que 35 à 40% du risque de développer une dépendance est déterminé par une prédisposition. Le risque de développer une dépendance à l'alcool est en partie dû à des facteurs génétiques. Il n'y a pas de gène particulier, mais plusieurs gènes influenceraient les risques, notamment ceux qui ont un rôle dans le codage des enzymes permettant d'éliminer l'alcool de l'organisme. L'addiction est la résultante de l'interaction des facteurs à risques liés au produit, des facteurs individuels de vulnérabilités et des facteurs de risque environnementaux.

1.4.3.1 Facteurs de risques de l'alcoolisme

Selon certaines études, il existe une vulnérabilité commune aux différentes dépendances, mais également des facteurs spécifiques selon le produit de choix (Gorwood & al., 2008). La part restante est liée à des facteurs environnementaux. Pour expliquer ces différences interindividuelles, plusieurs facteurs peuvent être mis en évidence et ces derniers

augmentent le risque de développer des problèmes liés à la consommation d'alcool (Nevid & al., 2009, p.192).

Le poids corporel. Avec une même quantité d'alcool, les personnes qui ont un poids corporel faible ont un taux d'alcoolémie plus élevé et les risques liés à la santé sont plus élevés que chez les personnes ayant un poids corporel supérieur (Addiction Suisse)³.

Le genre. Les hommes présentent deux fois plus de risques que les femmes de développer une dépendance à l'alcool (Hasin & al., 2007). Étant donné que le poids corporel des femmes est inférieur à celui des hommes, les effets semblent être plus rapides chez les femmes en raison d'une enzyme impliquée dans le métabolisme de l'alcool qui a une moindre activité chez la femme (Lieber, 1990). La concentration d'alcool dans les tissus et dans le sang s'effectue plus rapidement chez la femme. En conséquence, l'organisme des femmes ralentit la consommation excessive d'alcool plus rapidement que les hommes.

L'âge. La majorité des cas de dépendance à l'alcool se développent chez les adultes âgés entre 20 et 40 ans. Par ailleurs, les conséquences de la consommation d'alcool sont plus graves chez les enfants et adolescents que chez les adultes, en raison d'un poids corporel plus faible. De plus, plus une personne commence jeune à boire de l'alcool, plus elle aura de risques de développer un comportement problématique à l'âge adulte (Addiction Suisse)⁴.

L'histoire de famille. Avoir une personne dépendante au sein de la famille serait un facteur prédictif de problèmes d'alcool pour un individu. En effet, les prédispositions génétiques rendent les individus plus vulnérables à une consommation d'alcool problématique. Les enfants de parents alcooliques auraient quatre fois plus de risques d'avoir une consommation problématique que la population générale (Wilson & Wilson, 1995).

Facteurs sociodémographiques. Une situation de vie difficile est un facteur de risque pour le développement d'une dépendance. L'alcoolisme semble être plus répandue chez les individus vivant seuls ou dans les classes sociales plus défavorisées (Anthony & al., 1994, cité in Nevid & al., 2009)

³ <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/facteurs-de-risque/> consulté le 20.02.2016

⁴ <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/facteurs-de-risque/> consulté le 20.02.16

La personnalité. Les caractéristiques de la personnalité peuvent être des facteurs de risque. Nevid et al. (2009) parlent de personnalité antisociale. La tendance à la fuite, la solitude, peu de tolérance à la frustration ou le sentiment de vide sont des facteurs à risque dans l'apparition ou le maintien d'une dépendance.

L'environnement. Une qualité de vie faible, un climat social défavorable ou une absence de perspective peuvent contribuer au développement de l'alcoolisme.

1.4.3.2 Les conséquences de l'alcoolisme

L'alcoolisme est un facteur de risque de lourdes conséquences sur la vie familiale, sociale et professionnelle mais également sur la santé physique et mentale. En effet, la consommation d'alcool affecte tous les organes du corps, directement et indirectement. Il en résulte des maladies hépatiques, certaines formes de cancer, maladies coronariennes et troubles neurologiques (Nevid & al., 2009). La cirrhose du foie est la maladie la plus connue liée à l'alcool. Du point de vue digestif, il existe presque toujours une gastrite. L'alcool est probablement facteur de risque aggravant du cancer digestif.

Sur le long terme, les premières conséquences négatives sont neurologiques. Étant donné que l'alcool est toxique pour les cellules cérébrales, la consommation entraîne des troubles de mémoire, le plus extrême étant le syndrome de Korsakoff⁵. Comme les personnes ont tendance à ne pas se nourrir correctement, des risques et complications peuvent survenir suite à des carences nutritionnelles. L'alcool est aussi responsable de troubles de l'équilibre dus à l'atteinte du cervelet et donc parfois d'apparition de crises d'épilepsie.

Chez les femmes enceintes, la consommation d'alcool entraîne des risques de mortalité, de troubles et malformations à la naissance. Il existe également un risque de développer le Syndrome d'Alcoolisme Foetal (SAF) (Nevid & al., 2009).

Lorsque la consommation d'alcool est chronique, les personnes deviennent de plus en plus tolérantes à l'alcool et supportent plus d'en boire. L'alcoolisation reste longtemps compatible avec une vie sociale normale et certaines personnes ne présentent aucun signe d'ivresse. Sur le long terme, au niveau social, il peut en résulter une perte d'emploi et une baisse du niveau social. Au niveau individuel, l'alcoolisme peut entraîner des comportements

⁵ Le syndrome de Korsakoff est une affection neurologique, consécutive à une carence en vitamine B1 (thiamine), causée par un alcoolisme chronique. Le syndrome entraîne de la confusion, désorientation et perte de mémoire à court terme (Nevid & al., 2009).

agressifs, violents, autodestructeurs (Nevid & al., 2009). Il existe également un lien entre l'alcool et les accidents de la route. De plus, selon Marshall (2003, cité par Nevid & al., 2009), l'alcoolisme est en lien avec la violence familiale et un risque élevé de divorce.

1.5 Source de signalement pour une prise en charge thérapeutique

Les sources de signalement, liées à l'entrée dans une institution d'Addiction Valais, pour un traitement ambulatoire ou résidentiel, peuvent provenir de plusieurs entités : de sa propre initiative, du conjoint ou partenaire, de la famille, de l'entourage, du médecin (généraliste ou psychiatre), de l'hôpital ou clinique, des services sociaux, administratifs ou judiciaires, de l'employeur, de l'école, de l'ORP ou autres.

La personne dépendante s'est habituée à vivre dans une totale illusion. En effet, le déni se manifeste lorsque la réalité devient insupportable. Le mensonge n'est pas volontaire ou conscient, il représente un mécanisme de défense. « *Identifier la pensée addictive ne peut venir que de l'extérieur du dépendant* » (de Gravelaine & Senk, 1995, p.46). La confrontation permet d'ouvrir les yeux du malade, de le mettre face à la réalité. Celui qui croit maîtriser son rapport à l'alcool autant que son rapport au monde subit un choc mais provoque en lui le désir d'entrer dans un centre de traitement.

Dans la plupart des cas, la personne dépendante qui vient de sa propre initiative et qui vient pour se soigner et pas pour les autres a plus de chance de se rétablir ainsi que de maintenir son abstinence à la sortie.

2. LE MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL POUR COMPRENDRE LA DÉPENDANCE

Face aux limites du modèle biomédical, le modèle bio-psycho-social fût développé par Engel (1980, cité in Fischer, 2002). En complément des facteurs biologiques, cette approche propose de prendre en considération les facteurs psychologiques et sociaux en jeu dans la santé et dans la maladie. Les facteurs psychosociaux représentent les comportements, les attitudes, l'environnement, les émotions (Santiago-Delefosse, 2002). Selon cette approche, la dépendance est considérée comme une maladie multifactorielle complexe. Trois grands axes interagissant dans la dépendance sont à prendre en compte : le biologique, le psychologique et le social. Ce modèle permet de mieux comprendre les différents processus participant à l'installation de l'addiction et montre la nécessité d'une approche intégrative et

complémentaire dans la prise en charge globale de la personne dépendante (Rahioui & Reynaud, 2006).

La séparation des trois grands axes permet de mieux dégager les mécanismes généraux impliqués dans l'installation, la progression et le renforcement de la dépendance. Cependant, ces aspects sont en interaction permanente pour tous, mais pour chaque personne, l'intensité de leur influence respective varie de façon spécifique (Rahioui & Reynaud, 2006).

2.1 Biologique

Le biologique englobe les mécanismes internes qui touchent le corps et le cerveau. Les aspects physiques comprennent tous les facteurs jouant un rôle dans la dépendance, tels que la sensibilité à certaines substances, l'intoxication, la tolérance et le sevrage.

Biologique

Certaines études (Gorwood & al., 2008 ; Gorwood, 2000) suggèrent l'existence d'une prédisposition génétique. L'hérédité est un facteur de risque de dépendance car l'addiction peut frapper plusieurs générations au sein d'une même famille. Par ailleurs, il s'agit d'une hérédité complexe, en d'autres termes, les facteurs génétiques interviennent en interaction avec d'autres facteurs. Cependant, l'influence de ce facteur est difficilement quantifiable et sans tomber dans un fatalisme, il est possible de sortir de la dépendance en s'appuyant sur les autres facteurs (psychologiques et environnementaux).

La dépendance est assimilable à une forme d'allergie, dans le sens où le corps va réagir à la présence d'une substance en quantité excessive. Dans un premier temps, il va réagir par des signaux d'alarme pour attirer l'attention (nausées, douleurs, etc.). Dans un second temps, il essaie de s'adapter à la présence de la substance psychotrope. Si la consommation ou la production endogène (substances produites à l'intérieur du corps, au niveau du système nerveux) excessive se poursuit, le mécanisme d'adaptation va se détériorer et ne peut plus remplir sa fonction de protection (Wilson & Wilson, 1995).

Le phénomène de tolérance se traduit par la diminution des effets pour une même quantité de produit, sensibilité de certaines substances (type allergie). La tolérance reflète un ensemble de mécanismes adaptatifs mis progressivement en place par notre organisme afin

d'empêcher différents dérèglements causés par le produit et qui seraient toujours présents mêmes éliminés du cerveau. Il faudrait donc toujours plus de produit pour atteindre un effet escompté. Le syndrome de sevrage reflète la dépendance physique et comporte des effets de manque (tremblements, sueurs, céphalées, nausées, tension internes, etc.) lorsqu'il y a interruption de produit. Ce serait le même mécanisme adaptatif qui serait à l'origine des symptômes de sevrage et du phénomène de tolérance.

Neurobiologique

La neuropsychologie, neurobiologie et l'imagerie permettent d'objectiver la « dépendance » et montrent que le cerveau ne fonctionne pas selon la norme. Il s'agit donc d'une altération des mécanismes cérébraux, principalement au niveau du système de récompense et de punition qui expliquent le comportement et la difficulté de contrôle et non pas une question de volonté.

Les altérations neurobiologiques des addictions empruntent le circuit du plaisir et de la gestion des émotions. Ces altérations se situent principalement sur le « *système dopaminergique méso-corticolimbique* ». Il est également nommé « système de récompense et de punition » ou « d'approche et d'évitement » ou encore de « plaisir et souffrance ». Ce système gère nos désirs, nos plaisirs et émotions, et permet d'analyser et de répondre aux différentes émotions ressenties (Rahoui & Reynaud, 2006). Dès l'enfance, ce système est programmé et formaté en fonction des expériences précoces de plaisirs et déplaisirs corporels puis émotionnels. Ce qui est bon est différencié de ce qui est mauvais et par extension, les individus et situations sont vus comme étant sans danger ou à éviter. Les événements, les émotions et stress précoces préparent ainsi la sensibilité et la réactivité de ce système.

L'alcool peut donc déclencher une dépendance augmentant la quantité de dopamine disponible dans une zone du cerveau, le circuit de récompense. Il en découle qu'une substance psychoactive dont la structure moléculaire ressemble à celle d'une substance produite naturellement par l'organisme peut se fixer à la place de celle-ci sur les récepteurs spécifiques. Le produit agit sur le circuit de la récompense dont la fonction est de favoriser les fonctions vitales. Il est donc impliqué dans la récompense (plaisir cérébral) des comportements liés à la nutrition et à la reproduction de l'espèce et participe à la

satisfaction de vivre. En sollicitant de manière anormale le circuit naturel, une menace de déséquilibre permanent existe (Rahioui & Reynaud, 2006).

Le système limbique régit nos émotions qui vont du plaisir à l'angoisse, mais contrôle également des fonctions comme la mémoire, les mouvements, les réflexes, le sommeil, la faim, la soif, vie sexuelle, reproduction, etc. Dans les dépendances, la recherche du plaisir ou du non plaisir est centrale (Olds & Milner, 1954). C'est dans le noyau accumbens que les psychotropes exercent un véritable « piratage du plaisir ». Son rôle est d'associer la sensation de plaisir avec des activités indispensables à la survie : boire, manger, se reproduire. Les psychotropes procurent un plaisir similaire, plus puissant.

L'alcool a un impact considérable sur le cerveau : la molécule psychoactive de l'alcool, l'éthanol, est minuscule. Elle se faufile partout dans le cerveau, par les récepteurs ou directement dans les neurones, dans toutes les zones du cerveau. C'est l'envahisseur absolu : il brouille de nombreux circuits de neurotransmetteurs et agit directement sur les réseaux d'acétylcholine, du GABA, du glutamate, de la sérotonine, et indirectement sur ceux de la dopamine et des opioïdes endogènes.

Il en résulte des phénomènes internes qui touchent la vie psychique. L'alcool pénètre dans les communications neurosynaptiques et le système émotionnel sera leurré. On parle de piratage des émotions.

2.2 Psychologique

L'axe psychologique concerne les facteurs individuels de vulnérabilité et résulte d'apprentissages dysfonctionnels dans la construction et l'évolution du fonctionnement individuel (tempérament) ainsi que de comorbidités psychiatriques, tels qu'un trouble de la personnalité, de l'humeur, de la dépression, des troubles anxieux. Notre système de fonctionnement est programmé depuis l'enfance et formaté en fonction des expériences et des apprentissages. En se référant aux théories cognitivo-comportementales, il est essentiel d'explorer ce fonctionnement, afin de repérer les comportements, croyances et émotions impliqués dans la dépendance.

Le **tempérament**. En lien avec la personnalité, le tempérament peut être vu comme un ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, dont certains peuvent se révéler prédictifs d'un trouble lié à l'utilisation de substance à

l'adolescence (Rahioui & Reynaud, 2006, p.6). Un niveau élevé de recherches de sensations, de nouveautés, un faible évitement du danger, un niveau élevé d'activités comportementales associées à de faibles capacités attentionnelles, un retour lent à l'équilibre après un stress, une faible estime de soi, une tendance à l'autodépréciation, de la timidité, des réactions émotionnelles excessives, une difficulté à faire face aux événements et à établir des relations stables et satisfaisantes, une difficulté à résoudre des problèmes interpersonnels.

La comorbidité psychiatrique. Les liens entre dépendance et troubles psychopathologiques restent complexes. Cependant, l'apparition de ces troubles est d'autant plus importante qu'elle peut renforcer le passage d'une consommation festive à un mode de consommation auto-thérapeutique ou toxicomaniaque. Selon les recherches, la survenue précoce de troubles psychiatriques peut doubler le risque de développer une dépendance (Rahioui & Reynaud, 2006).

Les troubles de la personnalité. Les personnes antisociales, borderline ont davantage tendance à avoir des conduites déviantes et accès aux psychotropes. La consommation a souvent comme but de diminuer l'inquiétude et la tension psychique, ce qui se rapproche de la consommation auto-thérapeutique.

Les troubles de l'humeur. Les dysthymies précèdent souvent les conduites de consommation, mais les dépressions majeures et troubles bipolaires peuvent survenir avant, pendant ou après la dépendance (Rahioui & Reynaud, 2006).

2.3 Social

Les facteurs environnementaux ou socioculturels interviennent dans les régulations des consommations et dans l'exposition aux produits ou comportements. Ils influencent les attentes des personnes envers les produits, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives, leur pérennisation et les réactions sociales vis-à-vis de ces conduites. La dimension culturelle des usages de substances psychoactives est donc capitale à prendre en compte pour en saisir le sens et pour en comprendre les mécanismes (Rahioui & Reynaud, 2006).

Les facteurs culturels et sociaux. L'exposition plus au moins importante à un produit dans une société ou une microsociété. Par exemple, la culture du vin et sa connaissance sont très valorisés dans des pays viticoles et ce indépendamment de la classe sociale.

Les facteurs familiaux. Les habitudes de consommation ou de non consommation, les interdits religieux, acceptation ou rejet font partis des facteurs familiaux. Le fonctionnement familial joue également un rôle (conflits, relations dysfonctionnelles, évènements de vie etc.).

Le rôle des pairs. Le rôle des pairs joue un rôle important. L'initiation de la consommation durant l'adolescence, complétée par la suite par un choix de groupe de consommateurs. Le groupe est vu comme un modèle d'identification, mais également la peur d'être exclus d'un groupe. Si la pression des pairs est un facteur de consommation ou de comportements de dépendance, il peut également être un facteur d'abstinence. L'image ou la représentation qu'ont les personnes du groupe concernant l'usage de l'alcool a une influence sur la consommation (Rahoui & Reynaud, 2006). À travers les évènements de vie, se dessine le lien entre les facteurs liés à l'environnement et la vulnérabilité du fonctionnement psychique. En effet, les évènements de vie peuvent représenter des traumatismes familiaux, psychiques, sexuels, physiques et ont un rôle indéniable dans la vulnérabilité addictive.

L'approche bio-psycho-sociale permet de considérer la problématique des dépendances en prenant en compte la globalité de la personne. La compréhension des trois axes biologique, psychique et social permet de justifier la nécessité de l'abstinence dans la construction de nouveaux apprentissages ayant une influence sur les comportements, les émotions, les cognitions ainsi que sur les relations aux autres et au monde.

2.4 Comment se constitue une addiction ?

La façon de consommer de l'alcool est différente d'un pays à un autre. Cependant, l'aspect social joue un rôle considérable. Petit à petit, les quantités augmentent et boire devient indispensable. Le sujet supporte de plus en plus les grandes quantités d'alcool. On parle alors d'un phénomène de tolérance. Lorsque la dépendance est installée, certains signes traduisent un effet de manque : des tremblements, un malaise, souvent apaisés en consommant de l'alcool. L'individu est entraîné par un cercle vicieux et il en découle des conséquences au niveau psychologique, familial, professionnel et social. (Cungi & Nicole,

2014 p.268). La dépendance s'installe donc petit à petit, suivant, dans la plupart des cas, quatre phases (Villa Flora, 2011).

Durant la première phase, l'alcool est considéré comme étant un ami. La personne recherche le bien-être et sa consommation est intentionnelle et vise des effets positifs. La personne a l'illusion d'avoir le contrôle et de mieux supporter que les autres. Il en découle de l'enthousiasme, de l'euphorie, de la désinhibition et parfois même un sentiment de toute-puissance. Au niveau physique, les réflexes sont diminués, la coordination des mouvements est mise à l'épreuve.

Dans la deuxième phase, l'alcool est vu comme un traître. La personne se sent trahie par l'alcool et vit moins les effets : il y a davantage de malaise et moins d'euphorie. La tolérance augmente et il est de plus en plus difficile pour la personne de s'arrêter après le premier verre. Dans cette phase, le déni se met en place : les informations sont filtrées, la consommation est justifiée et comparée avec d'autres. La personne pense pouvoir arrêter quand elle le souhaite. Au niveau émotionnel, la personne commence à ressentir des peurs, devient égoïste, s'apitoie sur elle-même, ressent de la colère, est irritable, elle déçoit les autres par rapport aux promesses non tenues, culpabilise et fait le déni de ce qu'elle ressent. Les effets s'aggravent sur le cerveau, le raisonnement est perturbé et il y a davantage de perte de mémoire. La personne perd la faculté de faire des liens entre la pensée et les émotions. Les cellules du foie sont touchées.

La troisième phase considère l'alcool comme un tyran. La personne perd totalement le contrôle de sa consommation et a besoin d'alcool pour vivre. Sa manière de penser est rigidifiée, la réalisation de soi est en chute libre. La personne minimise ses actions et recherche l'approbation des autres. Elle perd confiance, est de plus en plus anxieuse, a le sentiment d'être inutile, s'isole. La personne a un sentiment de rancune, d'injustice. A ce stade, la personne risque d'avoir une cirrhose, les cellules pancréatiques et le système nerveux central sont également touchés.

La dernière phase considère l'alcool comme étant maître. Durant cette phase, la personne est esclave de l'alcool, avec perte totale de liberté. Elle ressent une obligation et urgence de consommer. Le déni est à ce stade permanent car il est trop douloureux d'accepter la réalité. La personne est confuse, délire et les blackouts sont plus fréquents. Le ressenti s'intensifie et

la personne a des angoisses, des phobies, du désespoir, de la violence, haine et indifférence. Au niveau physique, la personne perd sa santé mentale (démence de Korsakoff) ou *Delirium tremens* et peut mourir.

3. PRISES EN CHARGES THÉRAPEUTIQUES

3.1 Prise en charge médicale

Il existe différents médicaments prescrits aux personnes alcooliques. Les médicaments doivent être pris sous contrôle médical car de nombreux effets secondaires sont possibles. Avant le sevrage, le Nalmefène®, un antagoniste des récepteurs opioïdes, est prescrit afin de diminuer la consommation (Mikolajczak, 2009).

Pendant le sevrage, il existe plusieurs médicaments permettant de lutter contre les tremblements, l'anxiété et les insomnies (Benzodiazépines, Diazépam®), des neuroleptiques pour lutter contre les potentielles hallucinations en cas de *delirium tremens*. Un apport hydrique d'au moins deux litres par jour est essentiel afin d'éliminer l'alcool ingéré avant le sevrage. Une compensation d'un déficit en vitamines B est également importante.

Après le sevrage, il existe un médicament, le Disulfirame®, qui, en provoquant des symptômes désagréables si consommation (effet antabuse), permet de dissuader de boire. Des psychotropes sont également prescrits afin de lutter contre la dépression, les TOC et autres troubles. Il existe des médicaments favorisant le maintien de l'abstinence et prévenant les rechutes (Batel, 2011, cité in Mikolajczak, 2009).

Par ailleurs, une prise en charge médicale devrait s'accompagner d'une prise en charge psychologique.

3.2 Prise en charges thérapeutiques

3.2.1 La cure de désintoxication

La cure de désintoxication est un programme spécifique mis en place dans un cadre hospitalier ou dans une institution spécialisée. Ce programme s'adresse aux personnes alcooliques étant au bord de la rupture aux niveaux familial, social et professionnel (Derely & Dermine, 2001).

Le but est de pouvoir stopper la pharmacodépendance à l'aide d'une pharmacologie adaptée. L'objectif de la cure de désintoxication est de mettre en place un sevrage permettant l'arrêt total de la consommation d'alcool. Pour que cette prise en charge soit efficace, elle s'accompagne d'une thérapie suivant les phases suivantes : la préparation au changement, la réalisation du changement, le maintien du changement.

3.2.2 Psychothérapies possibles

L'approche motivationnelle

L'entretien motivationnel (EM) est défini comme étant « *une méthode de communication directive centrée sur le client visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (Miller & Rollnick, 2002, cité in Lécaillier & Michaud, 2004, p.130). L'entretien motivationnel est une manière d'être et vise à aider un patient à identifier ses motivations propres au changement et de pouvoir prendre une décision face à une situation problématique.

Dans le domaine des dépendances, l'ambivalence est considérée comme un état psychique normal face à une situation de choix difficile. Elle peut bloquer le sujet face à une problématique compliquée à résoudre. Face à de la résistance ou de la colère, de courtes interventions de style EM ont montré une efficacité comparable à d'autres approches (Lécaillier & Michaud, 2004). Les principes généraux de cette approche sont les suivants : être empathique, développer les divergences, travailler avec la résistance et augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

L'approche systémique

Il n'existe pas de malade indépendant du système de relations dans lequel il vit ou a vécu. L'alcool assure une stabilité auprès des différents milieux, tels que le milieu familial, professionnel, les loisirs et en même temps transforme le vécu du sujet. Selon Gomez (1999, p.11), « *La maladie alcoolique est donc aussi une "maladie de système"* ».

Dans la plupart des cas, il existe des difficultés au sein du couple ou de la famille du patient dépendant. Il s'avère alors utile d'inclure le système du patient dans la prise en charge (Mikolajczak, 2009). En intégrant les différentes relations de la personne alcoolique dans son

chemin vers la sobriété, cela permet au patient alcoolique de ne pas se sentir isolé face à sa maladie. Selon Alhadeff (2002, cité in Mikolajczak, 2009), l'approche systémique fonctionne selon un modèle en trois parties, en considérant que le symptôme - l'alcoolisme - est celui de l'ensemble du système. Le patient est donc porteur du symptôme, mais il y a souvent un porteur de plainte (le conjoint, souvent) et des porteurs de souffrance (le conjoint, les enfants).

Le but de l'approche systémique est d'accompagner le patient en redéfinissant les rôles et les statuts de chacun, les liens entretenus et en modifiant la place de l'alcool dans le système (Varescon, 2005, cité in Mikolajczak, 2009). Elle prend également en compte la relation de co-dépendance.

La cure psychanalytique

La psychanalyse est utile pour comprendre l'addiction et la fonction psychique qu'elle a pour le sujet. Selon Faoro-Kreit (2002, cité in Mikolajczak, p.188), la psychanalyse considère « *qu'il y a chez l'alcoolique une carence dans le fonctionnement psychique qui laisse en proie à des tensions ingérables qu'il faut court-circuiter au plus vite par l'agir compulsif de boire* ». Ces tensions peuvent être positives ou négatives, mais c'est la surcharge de cette excitation qui pousse à consommer. L'alcool devient la seule solution pour échapper à l'angoisse. Étant donné que l'alcool reste toujours accessible, il ne déçoit jamais et donne l'illusion de maîtrise.

De plus, un déficit de la régulation des émotions a été mis en évidence chez les personnes dépendantes. L'alcool devient une stratégie dysfonctionnelle qui vient anesthésier les émotions déplaisantes et augmenter les émotions agréables.

Les approches cognitivo-comportementales

Ces approches permettent d'identifier les processus cognitifs et émotionnels favorisant la consommation d'alcool et de les modifier afin de favoriser un changement de comportement (Rahioui & Reynaud, 2006). La thérapie cognitivo-comportementale vise à renforcer les compétences émotionnelles des patients, à renforcer leurs compétences sociales et leurs capacités à gérer les impulsions liées à la consommation d'alcool.

Il existe également l'approche *mindfulness* ou la thérapie basée sur la pleine conscience. Cette thérapie consiste à prendre conscience de l'expérience vécue au moment présent, sans la juger. Le sujet focalise son attention sur son expérience directe (sa respiration par exemple) et à adopter une attitude non jugeante vis-à-vis de ses pensées et émotions. Cette approche est centrée sur soi et permet de se situer dans l'ici et maintenant, en évitant de vivre dans le passé ou dans le futur (Mikolajczak, 2009).

Thérapies de groupe

Les thérapies de groupe ont pour but de développer et maintenir la motivation au changement, de développer l'estime de soi, les compétences dans la résolution du problème ainsi que de développer les connaissances sur la dépendance. Ces objectifs se complètent et ont une répercussion sur les autres membres du groupe. Il existe certains avantages qui permettent au groupe d'atteindre les buts cités, tels que l'identification, la solidarité, l'appartenance, la décentration, la valorisation personnelle, l'espérance, les modèles (*modeling*), le miroir (*mirroring*) (de Gravelaine & Senk, 1995).

Groupes de paroles

Les groupes de paroles permettent de revaloriser, déculpabiliser, améliorer la communication, le développement et la compréhension de soi. Chacun peut s'exprimer librement et le groupe de parole est à la fois un groupe de soutien car il considère la souffrance des uns et des autres. Il peut également être un groupe de formation dans le sens où les personnes apprennent à partager, à écouter les membres du groupe (Fischer & Tarquinio, 2014).

Concernant la problématique de l'alcoolisme, l'association des Alcooliques Anonymes (AA) vient en aide aux personnes dépendantes à l'alcool. Au sein de ce groupe, les douze étapes sont à la base du programme et sont le fil rouge de l'évolution de la personne dépendante à l'alcool. Ils permettent une meilleure compréhension de la maladie et les conséquences qui en découlent. La personne alcoolique peut donc se rendre aux groupes à n'importe quel moment de sa thérapie, durant et après, afin de consolider et maintenir son abstinence sur le long terme.

3.3. L'exemple de la Villa Flora

3.3.1 Présentation

La Villa Flora est un centre de traitement résidentiel de la dépendance à l'alcool, aux drogues illégales et aux médicaments. Au sein de la Fondation d'Addiction Valais, elle a pour mission d'offrir aux personnes souffrant d'addiction, un traitement stationnaire, un suivi postcure et des prestations de jours. Depuis plus de vingt ans, la Villa Flora a accueilli en résidentiel plus de 1'800 personnes dépendantes et plus de 2600 personnes et proches sont concernés par des prestations ambulatoires. L'institution propose deux traitements spécifiques : un traitement à court terme de 5 semaines permettant la désaccoutumance et un traitement moyen terme, de 8 semaines à 9 mois, visant la réinsertion sociale et professionnelle.

L'équipe est interdisciplinaire et se compose de 11.6 postes pour un travail 24h/24h, 365 jours par année. La Villa Flora possède une capacité de 18 lits et plusieurs locaux adaptés pour un travail thérapeutique, tels que des bureaux, ateliers, salles de groupes et salles d'entretiens. L'équipe travaille également avec un réseau professionnel composé d'Addiction Valais, de médecins privés, d'hôpitaux régionaux, centres médicaux-sociaux régionaux et autres associations.

3.3.2 Dépendance vue comme une maladie

Au sein de la Villa Flora, l'addiction est considérée comme une maladie pouvant s'exprimer sous différentes formes sur le plan somatique, psychique et social. L'accompagnement des pensionnaires passe par une compréhension de la maladie, une connaissance de soi et une offre thérapeutique personnalisée. Le but est de pouvoir avoir une meilleure qualité de vie. Le modèle bio-psycho-social et le modèle Minnesota sont considérés comme étant la base de traitement à la Villa Flora.

3.3.3 Types de traitement

Le traitement résidentiel se déroule durant la semaine, du lundi au vendredi. Chaque jour, les pensionnaires participent à au moins deux groupes thérapeutiques, selon leur planning et leur durée de traitement. Les pensionnaires ont également un suivi individuel au moins une fois par semaine. D'autre part, ils participent à des réseaux avec une équipe pluridisciplinaire, favorisant leur plan de sortie et réinsertion professionnelle.

Traitement à court terme

Il s'agit d'un traitement intensif d'une durée de 5 à 8 semaines pour les personnes encore insérées socialement et professionnellement. L'objectif est la désaccoutumance. Le traitement est donc préventif car il vise à préserver l'insertion familiale et professionnelle. Il est également motivationnel car il permet une prise de conscience, responsabilisation et collaboration avec un réseau. Les personnes suivant un traitement à court terme ont environ 35 heures de traitement par semaine soit un total de 175 heures pour 5 semaines ou 280 heures pour 8 semaines.

Traitement à moyen terme

À partir de 8 semaines, il s'agit d'une suite de traitement. Les objectifs sont différents suivant le nombre de mois : de 1 à 4 mois, le traitement vise une stabilisation et/ou resocialisation. Ce traitement permet aux personnes fragiles, isolées et sans tissu relationnel sain de se stabiliser émotionnellement et psychiquement ainsi que de gérer leurs loisirs et leurs relations. De 1 à 7 mois le traitement vise la réinsertion. Le public cible de ce traitement concerne les personnes sans logement et/ou sans emploi adapté. Il vise la recherche et mise en place d'un cadre de vie et d'activités (professionnelles ou non) adaptées. Pour ces deux phases, le traitement dispensé par l'équipe est de 25 heures par semaine. Le reste du temps, les prestations sont adaptées à chaque personne selon sa situation.

Post-cure

À partir de 11 mois, la Villa Flora devient un centre de jour. Les anciens pensionnaires reviennent en "postcures" un jour par semaine. Le but est de renforcer l'abstinence, parler de re-consommation et faire et garder le lien avec le réseau. Il existe également un groupe postcure du jeudi soir et un groupe des proches, permettant à l'entourage d'y trouver du soutien si besoin.

3.3.4 Les grands axes d'intervention thérapeutique

3.3.4.1 Le modèle biopsychosocial pour comprendre la maladie

Au niveau biologique, le but est de comprendre les mécanismes biologiques et neurobiologiques de la dépendance ainsi que l'importance de l'abstinence comme base de traitement. À ce niveau, il y a également prise de conscience du temps nécessaire à diminuer

l'appétence et à stabiliser le fonctionnement neurobiologique et le syndrome de sevrage. La personne va prendre en compte l'importance d'être à l'écoute des sensations et des besoins de son corps, de retrouver et de préserver un rythme et une qualité de vie plus saine.

La prise en charge psychologique vise à comprendre les mécanismes psychiques de la dépendance, l'importance d'être à l'écoute de ses émotions, de repérer les situations à risques internes, ses schémas cognitifs et comportementaux ainsi que les postulats de base. Le travail thérapeutique se porte sur une restructuration cognitive, l'estime et l'affirmation de soi, l'apprentissage de l'acquisition d'émotions comme le calme, la sérénité et le bienfait de l'acquisition des douze étapes.

Au niveau sociétal, les situations à risques externes (familiales, relationnelles, professionnelles) sont repérées, la qualité des relations et des communications est améliorée. La personne va apprendre à s'entourer de personnes aidantes, à s'approprier un groupe de soutien et comprendre l'importance de la spiritualité.

3.3.4.2 L'apport des neurosciences

En prenant en considération les différentes recherches qui mettent en évidence une prédisposition à la dépendance (Gorwood & al., 2008 ; Gorwood, 2000), les interventions se porteront également sur l'altération des mécanismes cérébraux, principalement au niveau du système de récompense et de punition.

3.3.4.3 Le modèle Minnesota

Dès sa fondation, la Villa Flora a adopté, pour cadre de ses interventions, le modèle Minnesota qui s'est développé vers la fin des années 1940 à partir de la conviction des Alcooliques Anonymes voyant dans l'alcoolisme la manifestation d'une maladie physique, mentale et spirituelle. Selon ce modèle, le rétablissement s'articule autour d'un traitement comportant une dimension médicale et psychosociale, et incluant notamment un éveil ou une croissance spirituelle. Ce modèle s'appuie sur les douze étapes des Alcooliques Anonymes et sur le rétablissement des personnes dans la dignité et le respect. Il est donc basé sur l'abstinence et permet l'amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes. Il s'est montré particulièrement efficace face aux demandes de traitement des personnes dépendantes encore insérées socialement et professionnellement (Villa Flora, 2011).

Étant donné que le traitement prend en considération les aspects biochimiques et comportementaux de la dépendance, le traitement ne distingue pas les pensionnaires en fonction des produits qu'ils consomment. En effet, il y a suffisamment de similitudes entre les différents produits psychotropes pour justifier une même prise en charge (Nevid & al., 2009).

Une des caractéristiques principales du modèle des douze étapes réside sur une proposition de soins unifiés, centrés sur le comportement psychologique induit par la dépendance. « *Ça marche* » est un des slogans des Narcotiques Anonymes (NA). L'idéal serait donc de vivre sans produit et trois buts se démarquent dans ce traitement : un sevrage pour provoquer une abstinence physique ; un prolongement du sevrage par un traitement résidentiel visant une amélioration de la qualité de vie ; le maintien de l'abstinence et de la sobriété émotionnelle par une implication de la personne dans un travail de réseau.

De par ce continuum des trois niveaux de soins, environ 60% des pensionnaires maintiennent leur sobriété à long terme (Villa Flora, 2011). Une des limites principales du modèle des douze étapes concerne la motivation de la personne. Si elle n'est pas décidée à s'investir totalement dans le traitement, et à viser l'abstinence en vue d'une meilleure qualité de vie, ce type de traitement n'est pas recommandé aux vues du taux d'échec existant sur le long terme.

3.3.4.4 Le modèle et les méthodes de thérapies cognitivo-comportementales

Par l'outil de l'analyse fonctionnelle, les situations, les pensées, les émotions, les sensations physiques et les actions qui sont à l'origine des comportements dysfonctionnels sont mis en évidence. Le travail se base également sur l'acquisition de nouveaux comportements, grâce à des techniques telles que l'affirmation de soi, la régulation émotionnelle et physique etc.

3.3.4.5 Le modèle et les méthodes systémiques

Dans cette perspective, le contexte personnel et institutionnel est pris en compte. Il y a également élaboration de dynamiques respectives avec des entretiens de proche ainsi que l'importance de garantir un contexte soutenant, par la mise en place de réseaux.

En résumé, au sein de la Villa Flora, les dépendances sont traitées en s'imprégnant de l'approche bio-psycho-sociale. Appliquée aux dépendances, elle vise un rétablissement de la personne en la considérant dans sa globalité, en intervenant dans sa dimension biologique,

psychologique et sociale. La conception de la dépendance à la Villa Flora intègre toujours les douze étapes et ne renie pas l'aspect médical de la problématique, mais les interventions se concentrent à parts égales sur les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la personne, sans oublier une dimension spirituelle universelle, n'ayant aucun lien avec quelque religion.

En conséquence, à la Villa Flora, la problématique des dépendances est définie comme un phénomène multifactoriel et se comprend donc comme étant la résultante de l'interaction entre un produit ou une habitude comportementale, un individu et un environnement, qui entraîne un dysfonctionnement cérébral affectant le fonctionnement biologique, psychologique et social de la personne. À partir de la reconnaissance du caractère multifactoriel du développement des dépendances, on retrouve dans le programme de rétablissement de la Villa Flora et chez ses intervenants les diverses tendances qui viennent d'être évoquées. Ainsi, l'accent sera parfois mis sur l'aspect biomédical des dépendances et sur la nécessité d'un recours au spirituel pour améliorer sa situation, tandis qu'à d'autres moments l'attention sera focalisée sur la dimension émotionnelle, psychologique ou sociologique des dépendances.

L'approche biopsychosociale et le modèle Minnesota se complètent bien plus qu'ils ne s'opposent. La Villa Flora a opté pour l'abstinence, et la perspective d'une consommation contrôlée ne fait pas partie du programme. En effet, un retour à une consommation non problématique est inatteignable pour ceux et celles qui ont développé une dépendance. Certes même si l'objectif de l'abstinence compte aussi son lot d'échecs, de rechutes et d'écarts, il est préférable de travailler dans cette optique, car cet objectif peut être plus facilement atteint. « *La rechute est la règle et non l'exception* ».

4. CORPS ET ETHNO-ANTHROPOLOGIE

4.1 Représentations du corps

Dans notre société individualiste, le corps est la marque de l'individu, il est la frontière qui le sépare des autres. « *Le corps est une matière inépuisable de pratiques sociales, de représentations, d'imaginaires* » (Le Breton, 2009, p.181). L'homme est dans le monde par le corps et il est impossible de parler de lui sans références à sa chair, au corps-propre. L'existence de l'homme est avant tout et c'est à travers son corps que l'homme peut

s'approprier les caractéristiques de son existence : son statut social, son âge, son sexe, sa personne. Il est donc un attribut de la personne, un avoir, un caractère construit socialement et culturellement. Il n'existe donc pas au naturel, il est toujours saisi de sens, même dans le cas de douleurs ou de maladie (Le Breton, 1992).

Le corps est aujourd'hui considéré comme un lieu de malaise. Il est sujet à toutes transformations pour le modifier selon ses envies : bodybuilding, régimes alimentaires chirurgie etc. En changeant de corps, l'individu souhaite changer son existence. Dans nos sociétés, le corps n'est plus considéré comme une identité personnelle mais comme une construction personnelle, un objet transitoire, transformables selon les désirs de l'individu. Il est vu comme un attribut, une possession, un autre et non comme étant indissociable de l'individu et est donc voué à être un objet de désir plutôt qu'un sujet. « *Il doit devenir un corps à soi, un corps pour soi. Le corps est une sorte de brouillon à corriger par un travail adéquat, l'habitable provisoire d'une identité qui refuse toute fixation et choisit une forme de nomadisme de sa présence au monde* » (Le Breton, 2009, p.184).

Par ailleurs, le corps est l'intermédiaire indispensable entre la personne et le monde extérieur. C'est uniquement par le corps que toute relation peut exister, étant à la fois ce qu'est une personne et ce qu'elle a (Marzano, 2005). Le corps humain est avant tout matériel, c'est sa première caractéristique. Il est d'abord une chose, mais c'est une chose propre à l'individu, à ce qu'il est. « *Ce qu'il y a d'unique dans un corps humain, c'est qu'il est l'incarnation d'une personne : il est le lieu où naissent et se manifestent nos désirs, nos sensations et nos émotions ; il est le moyen par lequel nous pouvons démontrer quelle sorte d'êtres moraux nous sommes* » (Marzano, 2005, p.11).

C'est à travers le corps, et par la gestuelle que l'être humain peut interagir et communiquer avec les autres (signe de la main, baiser sur la joue, direction du regard, manière d'être en contact) et le corps permet l'expression des sentiments. En effet, les sentiments s'inscrivent sur le visage, le corps et sont, selon Mauss (1953, cité in Le Breton, 1992) des émanations sociales qu'on manifeste aux autres et également à soi-même. « *L'homme n'est pas le produit de son corps, il produit lui-même les qualités de son corps dans son interaction avec les autres et son immersion dans le champ symbolique. La corporéité est socialement construite* » (Le Breton, 1992, p.18).

Le corps se trouve donc entre l'être et l'avoir, entre le corps-sujet et le corps-objet (Marzano, 2005). En effet, d'un côté existe l'identification complète de la personne avec son corps. De l'autre, il existe une vision réduisant le corps à être qu'un objet matériel, de sorte que l'homme peut se penser autre par rapport à son corps. D'une part, le corps considéré comme ce qu'on est, une partie de nous qu'on peut montrer aux autres. D'autre part, il est vu comme étant modifiable, au gré de nos envies. *« D'un côté, il est choyé et cajolé. De l'autre, il est traité comme un territoire de modifications, un lieu d'expérimentations poussées, un objet dont on dispose sans limites »* (Marzano, 2005, p.9). Le corps devient alors ce qu'on peut modifier afin de représenter l'image exacte de soi. Il n'est plus vécu uniquement comme une fatalité mais comme le produit d'une identité personnelle, qu'on a choisi et construit.

4.2 Identité corporelle

Pour Zarka (2005), la question de la place du corps pour définir l'identité personnelle ou sociale n'est pas récente. C'est à travers le corps qu'une identité personnelle, sociale ou culturelle peut émerger. Le corps peut être marqué (tatouage, maquillage, etc.), mais il peut également être formé, déformé, il peut être objet de modifications (greffes, amputations, chirurgie).

« C'est à travers l'identité à soi que le corps est pensable comme notre corps. Il y a une intériorisation ou un enveloppement du corps par la réflexivité du soi, de sorte que les parties de matières que sont nos membres deviennent nous-mêmes, non à titre de parties, mais à celui d'ouverture du champ d'expérience. Cet enveloppement du corps dans la réflexion du soi constitue le champ de l'affectivité : nous sentons notre corps, nous sommes intéressés à ce qui le touche, nous vivons ce qui lui arrive sur le mode du sentiment » (Zarka, 2005, p.5).

Selon Marzano (2005), parler d'identité se réfère à la possibilité de chacun de pouvoir se situer dans le temps et dans l'espace : ce qui lui permet de se reconnaître, de s'identifier, de savoir qu'il dort, mange, pense, aime, etc. C'est également ce qui permet de voir la différence ou la similitude avec les autres, le fait d'exister en fonctions de rôles ou de valeurs. L'identité est donc dynamique et se développe constamment. Le corps, dans tout cela, n'est pas une entité statique, limitée à sa surface extérieure. *« Le corps, avant même d'être une surface où le paraître s'inscrit, est le lieu de la chair et de l'informe : c'est sur et*

dans le corps que le "processus" de l'identité s'expose ; c'est sur et dans le corps que les catégories formelles se défont et que l'inconscient impose un tracé dont l'individu ne maîtrise pas tous les contours » (Marzano, 2005, p.13).

Par ailleurs, parler de corps et d'identité revient également à parler de peau et de son statut. C'est la peau qui entoure et recouvre le corps, qui fait barrière entre intérieur et extérieur. En effet, la peau représente la preuve de l'existence au monde. C'est à travers elle que la dimension affective (rougeur, expressions du visage et du corps, sensation de chaleur dans une telle situation) et l'état de santé (boutons, couleurs) sont visibles (Le Breton, 2010). La peau, de par sa texture, ses blessures, ses traces propres à chaque histoire, est unique est singulière à chaque individu. Elle représente donc une frontière entre soi et le monde, dans laquelle se trouve, à plus au moins d'écart, le moi psychique et le moi corporel (Le Breton, 2010, p.86). La peau est considérée comme participant à la fabrication de l'identité. *« Le moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface ».*

Le sentiment d'identité se construit à la fois à partir de la perception du corps et à travers les relations avec les autres. Le corps constitue la base de la naissance de l'identité. Quand le corps ne va plus de soi quand le corps est touché, considéré comme étranger, il y a une réelle rupture d'identité, rupture du lien entre soi-même et son propre corps. Quand la base n'est plus fiable, l'identité corporelle est n'est plus ancrée et toute représentation devient difficile : projection, imaginaire, représentation du temps. Le corps se détache, devient ennemi, objet de trahison (Zarka, 2005).

C'est à partir de ce double statut du corps que se dessinent les différentes formes de relations qu'un individu a avec son corps. D'une part, une relation d'identification complète existe avec son corps, d'autre part, le corps est extérieur à soi, vu comme étant uniquement matériel. *« Chaque personne entretient avec son corps une relation qui est à la fois instrumentale et constitutive. Chaque individu vit une tension continue par rapport à son existence physique : chacun est complètement lié à son corps tout en étant loin de lui » (Marzano, 2005, p.11).*

4.3 Corps et dépendance à l'alcool

Dans l'alcoolisme, le Dr Descombey (2009, p.52) explique qu'il existe une véritable anosognosie du corps. Il raconte l'anecdote d'un patient alcoolique hospitalisé pour une cirrhose qui lui dit, lors d'un entretien que « *le corps, ça va* ». Il y a une véritable désaffection pour le corps malade mais également pour le corps-propre, qui n'est plus ressenti comme appartenant au sujet. Le corps-propre est vu comme un accessoire, indispensable mais encombrant. Il est ressenti seulement dans les moments d'activités, de travail ou lorsqu'il gêne la personne alcoolique. Le corps est ressenti « selon le besoin », pour tout exercice de force ou pour la chaleur qu'il peut apporter, trop souvent à tort, avec l'illusion que l'alcool réchauffe.

Mais le corps-propre est nié, ignoré. « *La représentation de ce corps, quand elle est formulée, est grossière, rudimentaire, comme d'une sorte de tube à deux orifices aux fonctions relativement plus investies, pour boire et pisser* » (Descombey, 2009, p.53). Dans ce contexte, on peut comprendre la négligence du corps, le mépris de l'hygiène et de l'esthétique corporelles. À de rares exceptions, l'alcool peut pallier à la désaffection du corps « *l'alcool qui a du corps, qui tient le corps, comme s'il avait ce pouvoir réintégrant et réunifiant sur un corps jusqu'ici morcelé et déshabité par son propriétaire* » (Descombey, 2009, p. 52). La plupart du temps, le corps est « étranger », comme extérieur à soi et est considéré comme une sorte de machine qu'on peut réparer.

Pour l'alcoolique, le corps est donc lourd à porter, maladroit, inconfortable. Il témoigne de la difficulté à être au monde. Le corps est peu aimé et il est poussé à ingérer de fortes quantités. Il en résulte une perte de sensations corporelles, l'inhibition des sens. « *Le sentiment de soi s'enracine sur les sensations corporelles, et particulièrement sur la peau en tant qu'elle est le lieu immédiat de contact avec les autres et avec le monde* » (Le Breton, 2010).

De plus, comme le soulève Le Breton (2010, p.86), la peau est directement liée au toucher, sens prouvant notre existence au monde. En effet, « *la disparition de toutes sensations tactiles entraîne la disparition de tous points d'appui et donc la perte de l'autonomie personnelle, la paralysie de la volonté et la nécessité de s'en remettre à d'autres personnes pour toutes les conduites de l'existence. En permanence sur tous les lieux du corps, même en dormant, nous sentons le monde environnant, nous en éprouvons la chaleur ou le froid. Le*

sensible est d'abord la tactilité des choses, le contact avec les autres ou les objets, le sentiment d'avoir les pieds sur terre ».

Le retour à lui est brutal, car durant l'abstinence, les personnes alcooliques sont invitées à passer du *corps qu'on a*, vu comme outil et instrument extérieur de plaisir et de souffrance, au *corps qu'on est*, ensemble de gestes dans lesquels on s'exprime et on se réalise (de Gravelaine & Senk, 1995, p.112). C'est pourquoi le corps reste un allié essentiel dans le processus de rétablissement. Il est à la fois mobile, arme et victime de l'addiction.

Il est donc intéressant d'explorer la relation qu'un individu établit avec son être-au-monde corporel car le corps est à la fois porteur de l'histoire individuelle et support de l'identité de l'individu. Il est à la fois produit d'interactions sociales, l'expression de l'identité, vecteur de l'image de soi, sensations et sens. La construction du *je* nécessite une construction d'un Moi peau, première construction d'une image du corps, limite entre l'intérieur et l'extérieur, la façon dont il a de se représenter son corps, dont il lui apparaît plus au moins consciemment à travers un contexte social, culturel lié à son histoire personnelle (Le Breton, 2010).

5. PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ

5.1 Monde vécu de la maladie

Une distinction est à faire entre maladie du médecin et maladie du malade. En anglais, le mot *disease* traduit la maladie comme étant une réalité décrite, expliquée et traitée par la médecine. Elle se réfère à une expérience individuelle avec retentissements au niveau psychologiques, sociaux et familiaux et culturels. Le terme *illness*, quant à lui, se réfère à la maladie du point de vue du malade. En d'autres termes, ce sont les images et les pensées originales que les malades donnent de leur propre maladie (Santiago-Delefosse, 2015).

Le passage du processus dynamique du monde de la santé à l'état de maladie se réalise par une modification du monde vécu, une participation active à la construction d'un nouveau monde et d'un nouveau milieu, tant au niveau individuel (subjectivité) qu'au niveau social (intersubjectivité). Autour de ce qui change en nous (corporéité, sensations, représentations du corps, émotions, tonus), trois dimensions sont également en changement : les supports sociaux, famille, amis, l'entourage, le travail, associations, sport et le milieu de vie. Il est donc nécessaire de devoir s'adapter, recréer du sens à son monde, réinterpréter son corps,

réapprendre à vivre avec d'autres personnes dans un autre milieu. Lorsqu'il y a maladie, l'entourage change, et l'entourage devient le médical. Le milieu de vie va être investi que dans le lien qu'il a avec la maladie (Santiago-Delefosse, 2002).

Cette transformation est accompagnée de mécanismes d'ajustement, de processus de compréhension cognitive et donc d'un travail interne et externe de remaniement corporo-socio-cognitivo-affectif global du vécu humain. La maladie chronique devient un état, le monde devient figé.

5.2 Le modèle corporo-socio-psychologique (CSP)

Le modèle corporo-socio-psychologique (CSP) représente une alternative au modèle bio-psycho-social. En effet, ce modèle prend en considération la corporéité, les émotions et l'ancrage historico-culturel de l'individu. Il rend compte de la fonction psychologique du corps et de ses altérations et ou réaménagements dans la maladie mais également de la dynamique des insertions humaines à la fois dans la corporéité, dans la culture / socialité et dans l'intériorité vécue (niveau psychologique) (Santiago-Delefosse, 2015). Le modèle CSP s'intéresse à la fois à la continuité entre le monde de la santé et le monde de la maladie et à la discontinuité possible, si un des éléments se trouve perturbé. C'est un modèle développemental intégrant la corporéité et l'ajustement au monde. Il est inspiré des travaux de Wallon (1879-1962) en ce qui concerne le rôle des émotions, ainsi que ceux de Vigotsky (1869-1934) concernant le développement des fonctions supérieures. Le modèle propose trois composantes indissolubles : corporéité, sociologique et psychologique.

La corporéité représente la tonalité de fond émotionnelle dès le début de la vie. En effet, dans la maladie, le corps est souvent absent, mais celui-ci a une fonction psychologique, on ne peut pas s'en débarrasser. Il existe une signification humaine et sociale du corps en relation et il est toujours en action. La première relation qu'on a avec les autres, c'est par rapport au corps. Car au fondement de la corporéité sont les émotions.

Dans ce modèle, l'individu est un être fondamentalement social, dépendant d'autrui. Sa gestuelle représente la première relation avec les autres et provoque des réactions de la part de l'entourage. Durant les premiers mois de la vie, la corporéité correspond aux automatismes innés qui vont être interprétés par les autres. C'est le premier contact avec l'extérieur. L'émotion suscitée va permettre des gestes affectifs et émotionnels qui

dépendent des sensibilités internes et du contact avec les autres. À la base de l'émotion se trouvent donc le corps, les automatismes et le social. Le modèle corporo-socio-psychologique distingue trois sensibilités internes : « *intéroceptive*, liée au fonctionnement de la vie végétative, des viscères, sorte de tonalité de fond dont nous avons peu conscience ; *proprioceptive*, (stimulée par l'activité des muscles et leurs annexes) qui correspond au sens des attitudes et qui sera la base de la fonction *tonico-posturale* (peut-être impliquée dans les réactions idéomotrices); *extéroceptive*, stimulée par les effets d'agents extérieurs sur les organes des sens (vision, ouïe, toucher, goût, odorat) » (Santiago-Delefosse, 2002, p.235). Au contact du milieu, ces sensibilités vont permettre *une activité diffuse de représentation* à partir de l'extéroréceptivité et des *attitudes tonico-posturales* à partir de l'interoceptivité et de la proprioceptivité.

Ces derniers vont s'intégrer dans les premiers mois de la vie. A partir de l'âge de deux mois, l'articulation des sensibilités et de l'environnement va faire émerger deux fonctions intégratives qui introduisent deux modes de relation au monde. La fonction *tonico-posturale*, qui est à la source du sens donné aux postures et des attitudes. Ces attitudes sont ensuite interprétées par les autres et permettent le lien avec autrui et assurent les accordages émotionnels tels que l'empathie, la compassion. Puis, *la fonction clonique (ou cinétique)* « *liée aux sensibilités extéroceptives est orientée vers l'établissement de relations objectives avec le monde. C'est une fonction en rapport avec le mouvement et avec les sens qui nous ouvrent vers la découverte du monde. Elle est donc à la base de la cognition et du développement de la pensée formelle* » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 236).

L'individu prend part à la fois à des sollicitations externes, par la périphérie sensorielle, et à la fois internes, par son *écorce cérébrale*. De là, le modèle corporo-socio-psychologique considère trois antagonismes principaux : *les automatismes VS pensée (premières représentations diffuses)* représentant deux modes de connaissance du monde, la logique formelle et la logique émotionnelle-affective. Ces deux modes opposent la « conscience diffuse de soi » et « l'activité diffuse des représentations »; *l'émotion VS pensée (activité de la relation objective avec le monde)* faisant référence à deux modalités antagonistes de mise en relation avec le monde; *l'émotion VS automatisme*, où, en situation de danger, l'automatisme doit surpasser l'émotion.

De par le caractère indissociable des trois composantes présentées ci-dessus, le modèle corporo-socio-psychologique est en spirale : il est marqué par un début, une fin et un milieu. À chaque tour, des changements s'opèrent. Instantanément, le sens se construit à partir du corps, ensuite par le sociétal et finalement par le psychologique. L'être humain est vu comme ancré dans un contexte et s'ajustant en permanence aux changements de son monde extérieur et intérieur. Ce modèle dynamique permet de prendre en considération les différents niveaux de rationalités de l'individu tels que la logique formelle, logique émotiono-affective et la logique de l'inconscient (Santiago-Delefosse, 2002, p.244).

Avec sa vision intégrative, le modèle corporo-socio-psychologique est pertinent pour l'alcoolisme. En effet, il permet de rendre compte des relations complexes entre émotions, corporéité et social. La corporéité représente l'expérience vécue subjective du corps et ce modèle peut tout à fait être intégré dans le cadre de la Villa Flora en ayant une fonction complémentaire aux autres approches utilisées. Ce modèle permet de faire émerger les liens complexes entre corporéité, théories subjectives de la maladie et socialité (Santiago-Delefosse, 2015).

5.3 Éléments essentiels à travailler avec le patient alcoolique

En psychologie de la santé, plusieurs interventions sont possibles au niveau de la dépendance. Évidemment, la thérapie vise à travailler sur l'ensemble des difficultés et ne se focalise pas sur un problème spécifique. Mais selon chaque personne, des éléments peuvent être davantage travaillés voire entraînés. Cependant, Mikolajczak (2013), propose des éléments essentiels à travailler avec un patient alcoolique qui sont les suivants :

Compétences émotionnelles. Chez les personnes alcooliques, identifier ses émotions et les communiquer est difficile. D'autre part, il est nécessaire de pouvoir gérer ses émotions au mieux. Dans la consommation, l'alcool anesthésie les émotions et celles-ci sont évitées et niées. Il est nécessaire d'avoir des outils pour apprendre à gérer le stress et les émotions, qu'elles soient négatives ou positives.

Lors d'un entretien individuel portant sur l'identification de situations à risque, un pensionnaire s'est rendu compte qu'il consommait lorsqu'il ressentait de la colère ou lorsqu'il avait besoin de « récompense ». Il est donc important de reconnaître les émotions

qui peuvent déclencher une envie ou une habitude de consommer. Identifier les émotions permet de mettre en place des stratégies pour éviter la rechute.

Relation avec l'autre. L'alcoolisme est également considéré comme une maladie de la communication. La personne a un rapport difficile avec lui et ses proches. Souvent, la personne alcoolique est isolée. Travailler sur les relations permet à la personne alcoolique de créer des relations de confiance. Être en traitement résidentiel permet de réapprendre à vivre avec des personnes et se rendre à des groupes associatifs, tels que les AA, permet de nouer des liens de confiance.

Affirmation de soi. Dans la dépendance, l'affirmation de soi est souvent très faible. Savoir s'affirmer, c'est de pouvoir parler de ses pensées, de ses sentiments. Pour la personne alcoolique, le travail important à faire se trouve autour de la gestion des conflits interpersonnels, de réussir à dire non, prendre confiance, surmonter ses peurs, parler en «*je*», savoir faire face à des situations désagréables.

Estime de soi. La consommation et l'isolement peuvent entraîner une image de soi négative et une faible estime de soi. Ainsi, les pensées automatiques, telles que «*je ne vaux rien, je suis nulle* » seront des obstacles au rétablissement. En consommant de l'alcool, l'estime de soi est peut-être augmentée, mais durant l'abstinence, il est nécessaire d'y travailler. L'estime de soi est nécessaire au rétablissement.

Rapport au corps. La consommation d'alcool entrave la perception et la conscience du corps. Le corps est peu aimé, vu comme extérieur et est presque poussé à la destruction. Durant l'abstinence, toutes sensations physiques anesthésiées auparavant émergent et la personne doit pouvoir apprendre à vivre et gérer ses sensations ; prendre conscience de son corps afin de recréer le lien entre le physique et le psychique.

Ce dernier point semble être un outil essentiel pour la personne alcoolique. Surtout que dès le sevrage, les personnes alcooliques somatisent beaucoup. À la Villa Flora, plusieurs réactions m'ont fait penser à ce corps, qui revit, après avoir été tant d'années anesthésié : de l'eczéma, hémiplégie, migraines, maux de dos etc. Beaucoup, qui ne se nourrissaient plus reprennent du poids.

Cette liste n'est pas exhaustive mais ces éléments se retrouvent dans les interventions de thérapie au sein de la Villa Flora. Tous ces éléments sont travaillés, à différents degrés, selon

chaque personne. Excepté le rapport au corps. Pourtant, c'est le corps qui subit les conséquences de la consommation d'alcool en premier lieu, c'est sur lui qu'apparaissent différentes somatisations dès l'abstinence.

6. PROBLÉMATIQUE

La psychologie clinique de la santé s'intéresse à l'interface psychique / social dans le champ de la santé physique et privilégie le vécu du sujet en interaction. En analysant les articulations entre subjectivité singulière et système de soins, elle cherche à rendre compte du passage du phénomène perçu au phénomène vécu dans le domaine de la santé. En psychologie de la santé, les théories psychologiques de la maladie élaborées par le sujet sont prises en compte, sans qu'elles soient conçues comme la cause de la maladie physique. C'est pourquoi elle étudie les incidences subjectives du passage « entre deux mondes », celui de la santé vécue et celui de la maladie (Santiago-Delefosse, 2002).

Le centre de traitement des addictions, la Villa Flora, à Sierre, se base sur le modèle bio-psycho-social (Fisher, 2002) et sur le modèle des 12 étapes des Alcooliques Anonymes (Wilson & Wilson, 1995). Ces modèles permettent de prendre en compte trois axes interagissant dans la dépendance : le biologique, le psychologique et le social. Le modèle des Alcooliques Anonymes prend en considération un axe supplémentaire, la spiritualité. Selon la littérature, une personne en traitement et visant l'abstinence, sans consommation, ressent des sensations physiques et des émotions inhibées durant la consommation (Mikolajczak, 2013).

En complément des approches thérapeutiques utilisées à la Villa Flora, l'étude vise donc à explorer la place du vécu corporel chez les personnes qui ne consomment plus, en traitement dans un centre spécialisé. Investiguer le corps par un modèle de psychologie qualitative de la santé, le modèle corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2002), permet d'explorer la manière dont les personnes se représentent leur corps, leur rapport avec le corps et la façon dont ils vivent leur abstinence et les traitements. De plus, dans ce modèle, les dimensions temporalité et relation aux autres seront développées.

Cette étude vise à explorer les nombreux changements tant aux niveaux corporel, émotionnel et social ressentis entre la période de consommation et le début du traitement.

De plus, des différences de perceptions entre le début de traitement et la fin de traitement peuvent exister.

6.1 Questions de recherche

Sur cette base théorique, mes questions de recherche sont les suivantes :

- ❖ Comment une personne souffrant d'un problème avec l'alcool se représente-t-elle son corps et ses diverses manifestations ?
- ❖ Comment ressent-elle son corps et quel sens donne-t-elle à ces ressentis ?
- ❖ Comment ces vécus sont affectés ou non par la temporalité et les modifications au cours de traitement ?

7. MÉTHODOLOGIE

Étant donné que cette recherche se base sur des personnes résidant dans un centre de traitement des addictions, la Commission cantonale d'éthique sur la recherche sur l'être humain (CER-VD) a été informée et un dossier lui a été soumis. Selon l'ordonnance relative à la recherche sur l'être humain, le projet est de catégorie A, car il ne présente aucun risque pour la santé des participants. Il s'intéresse uniquement à la corporéité et non pas à la dépendance à l'alcool. La vulnérabilité des participants est liée au fait qu'ils vivent en institution. Plusieurs documents ont été soumis à la CER-VD. La première version de mon projet a été soumise le 18 mars 2016. Un mois plus tard, l'autorisation n'a pas été accordée (voir Annexes 1 sur CD-ROM). Des modifications ont été apportées aux divers documents: celles-ci visaient un approfondissement de ma réflexion, et demandaient des explications du projet plus détaillées. Les documents revisités (voir Annexes 2 et 3 sur CD-ROM) ont été soumis une seconde fois et une décision a été prise le 18 mai 2016, m'autorisant à réaliser la présente recherche.

La présente étude est une recherche qualitative basée sur deux focus groups de 45 minutes et 60 minutes. Cette méthode de récolte de données consiste en une conversation structurée en groupe dans laquelle un ou plusieurs chercheurs sollicitent des participants sur un sujet précis (Palmer & al., 2010). Il s'agit d'un outil relativement simple à utiliser, qui demande peu de moyens et qui permet néanmoins d'obtenir des informations essentielles sur un groupe de sujets. La taille du groupe ne doit pas dépasser 12 personnes et sa composition doit être relativement homogène. La discussion est dirigée par un animateur, à

qui il revient de stimuler et réguler la discussion sur la base d'un canevas composé de quelques questions directrices, qui permettent d'obtenir les renseignements nécessaires pour répondre à la question de recherche (Annexe II). L'objectif de cette méthode est de récolter des informations qualitatives sur les vécus subjectifs, les idées, opinions et sentiments des participants sur un sujet donné (Heary & Hennessy, 2002).

Dans le cadre de cette recherche, deux focus groups ont été réalisés avec huit personnes suivant un traitement au sein de la Villa Flora. Un focus group sera composé d'hommes et de femmes en début de traitement (1 à 4 semaines), l'autre d'hommes et de femmes en fin de traitement (3 à 5 mois et postcure). Les participants ont été choisis selon deux critères : le type de dépendance et la durée de traitement. En effet, les personnes choisies étaient en traitement pour la dépendance à l'alcool uniquement. Etant donné que de plus en plus de personnes dépendantes consomment plusieurs substances, l'alcool comme premier choix a été retenu. Concernant la durée de traitement, les personnes étant en traitement depuis au moins une semaine ont été sélectionnées. Les personnes qui souffrent de psychose ou autres troubles pathologiques mentaux ne participeront pas à la recherche, ainsi que les personnes qui ne donnent pas leur consentement ou qui le retire pendant ou après le focus group. Sur douze pensionnaires résidant à ce moment à la Villa Flora, il en résulte un nombre de cinq hommes et trois femmes, correspondant aux critères définis pour la recherche.

L'institution et ses responsables ont été informés de ma démarche de recherche lors d'un colloque hebdomadaire le lundi 8 février 2016. Le projet présenté a reçu des avis favorables quant à sa mise en place. Les participants ont ensuite été informés sur le contenu de la recherche lors d'un groupe thérapeutique. Chaque participant a reçu un formulaire d'information ainsi qu'un formulaire de consentement relatif à cette participation. Ils ont été invités à donner leur réponse dans le courant de la semaine suivante. Ils ont alors été informés des modalités de confidentialité liées au focus group.

Après avoir reçu une réponse positive de la part des participants ainsi que de celle de la CER-VD (Annexe III), et après avoir pris en considération leurs conseils et remarques, une date a été convenue lors d'un groupe thérapeutique. Les focus groups se sont déroulés dans l'atelier de créativité. Avant de commencer l'enregistrement, les feuilles d'information ont été distribuées et les feuilles de consentement signées (Annexes IV et V). Le travail a été

expliqué par oral et je me tenais à disposition pour d'éventuelles interrogations des participants.

Afin de minimiser les risques, la psychologue responsable de la Villa Flora était présente. Elle a eu un rôle d'observatrice pour veiller au bon déroulement du focus group. De plus, elle était disponible pour effectuer des entretiens de débriefing avec les participants s'ils le demandaient ou si elle observait un malaise chez ces derniers. Les deux focus groups étaient composés de 5 hommes et 3 femmes au total. A la date des focus groups, le premier groupe était constitué de 3 hommes et 1 femme, âgé de 47 à 56 ans ($M = 51$ ans), et étaient en traitement depuis 1 à 4 semaines ($M = 2$ semaines). Le deuxième groupe était constitué de 2 hommes et 2 femmes, âgés de 46 à 63 ans ($M = 53$ ans) et étant en traitement depuis 3 à 5 mois ($M = 4$ mois). Les discussions ont été enregistrées par un dictaphone et ont ensuite été retranscrites, avant d'être analysées. Comme indiqué par la CER-VD, les enregistrements ont été détruits à la fin de la retranscription.

Après ces formalités, les deux discussions débuté par la consigne suivante : « *Nous nous rencontrons aujourd'hui pour explorer avec vous la manière dont vous vivez votre corps depuis le début de votre séjour à la Villa Flora. Pouvez-vous vous présenter et nous indiquer comment vous vivez l'abstinence ?* ». Suite à cette consigne, les participants ont échangé leurs points de vue concernant le sujet. Étant donné que le but était d'intervenir le moins possible, la responsable de l'animation du focus groupe s'est contentée de relancer uniquement certains thèmes et de faire circuler le temps de parole. En effet, un canevas de questions directrices a été réalisé, contenant les différents sous-thèmes à aborder lors des focus groups. Ces thèmes étaient ; l'abstinence, la temporalité et la relation aux autres et la corporéité. Nous supposons que de nombreux changements avaient été ressentis entre la période de consommation et le début du traitement. De plus, des différences de perceptions entre le début de traitement et la fin de traitement pouvaient exister.

7.1 Analyse thématique de contenu

Pour analyser les données récoltées grâce aux focus groups, la méthode phénoménologique de Smith a été choisie. L'approche phénoménologique tient compte du point de vue subjectif de l'individu. Elle permet d'étudier la manière dont les personnes donnent sens à leurs expériences de vie. Elle s'intéresse aux situations concrètes de la vie quotidienne et à

leur vécu. Cette approche place donc l'individu au centre et c'est à partir de la description des vécus subjectifs qu'il est possible de saisir les modalités des vécus de conscience (Meyor, 2011). Nous avons opté pour l'analyse phénoménologique interprétative (IPA), étant une étude détaillée du cas particulier. Développée par Jonathan Smith, l'IPA vise à connaître en détails l'expérience d'une personne, le sens que cette personne particulière donne à ce qui lui arrive. Le chercheur peut alors explorer les similarités et les différences entre chaque cas. De plus, cette approche est utilisée sur des échantillons relativement petits. D'autre part, l'IPA est une analyse idiographique. Cette dernière se caractérise par l'examen de cas particulier, étudié en détail. Le chercheur possède alors des qualités spécifiques, telles que l'ouverture d'esprit, la flexibilité, l'empathie, la volonté d'entrer dans le monde du participant (Gelin, 2013).

Après transcription des focus groups, les données ont été analysées (voir Annexes 4 à 8 sur CD-ROM). L'analyse qualitative des données obtenues (discours des participants) a été effectuée à travers une analyse thématique de contenu (Braun & Clarke, 2006). C'est une approche inductive des discours qui va permettre une déconstruction et reconstruction du discours sous forme de séquençage et codage en catégories et thèmes qui permettront une élaboration théorique des résultats. Le processus d'analyse exige donc une exploration, une description, une interprétation et un placement des significations par lesquelles le participant donne sens à ses expériences. Il existe donc une infinité de perspectives différentes. Dans un premier temps, la retranscription du focus group a été lue et relue afin de s'en imprégner et de repérer tout ce qui pouvait être intéressant. Ensuite, le discours des participants a été déconstruit en unités de sens, étant les plus petits éléments du discours possédant une cohérence. Cette étape permet d'associer les unités de même nature afin d'en dégager des thèmes, facilitant l'analyse. Ce travail a d'abord été effectué individuellement, avant d'en faire un classement final, par accord inter-juge.

8. RÉSULTATS

Plusieurs thèmes intéressants ont été mis en évidence grâce à l'analyse thématique de contenu (Tableau 1).

Tableau 1. Grille d'analyse thématique de contenu.

Thèmes	Catégories	Sous catégories
Vécu des traitements	1. Objectifs	Désir de changer
		Prise de décision
	2. Réalité	C'est pas évident
		Rechutes
		Vécu positif
		Représentations sociales
		Prise de conscience
	3. Cadre	Choix abstinence
		Protection
		Aide extérieure (réseau, AA)
		Philosophie des AA : un jour à la fois
	4. Corps et abstinence	Prise de conscience et Gestion de la douleur
		Absence de la douleur
		Entretien du corps
		Hygiène de vie
		Représentation ambivalente du corps
	5. Emotions ressenties dans le traitement	Peurs
		Impatience
		Remords
		Dégoût
		Culpabilité
		Injustice
		Impuissance
		Affirmation de soi
		Souffrance
		Ruminations
		Lucidité
		Nervosité
	Réapparition et gestion des émotions	
	6. Relations aux pensionnaires	Identification
		Confiance
		Non jugement
Facilité de partage		
Transparence		
Vie en communauté		
7. Relations aux soignants	Observation	
	Confiance	
	Distance	

Comportements alcooliques	1. Conséquences négatives	Indifférence
		Engrenage Cercle infernal
		Polyconsommation
		Alcool comme antidouleurs
	2. Atteintes à la vie relationnelle	Évitement
		Manque de confiance
		Disputes
		Séparations
	3. Émotions liées à l'alcoolisme	Solitude
		Euphorie
		Irritabilité. Colère
		Tristesse
		Faiblesse
Déni		
Suicide		
4. Difficultés socio-économiques	Absence d'émotions	
	Honte	
	Travail	
		Situation financière
Vécu corporel alcoolisme	1. Symptômes physiques	Crampes
		Fatigue
		Douleurs
		Perte d'équilibre
		Tremblements
		Vomissements
		Fourmillements
		Odeurs
		Transpirations/ coup de chaud
	2. Problèmes de santé (maladies)	Diabète
		Problèmes dermatologiques
		Arthrose
		Greffe d'organe
3. Négligence	Non perception de la douleur	
	Oubli du corps	
	Fardeau	
Reconstruction des relations sociales	1. Famille	Rapprochements
		Présence
		Soutien
		Avenir
		Assumer
	2. Activités	Jardin
		Bricolage
		Randonnée

Vécu des traitements

Le thème le plus central concerne le vécu des traitements. En général, tous les pensionnaires ont pris la décision d'entrer en traitement dans un centre spécialisé, choisissant l'abstinence, avec un profond désir de changer 132P1 « *Décision à prendre quoi. Qu'est-ce que tu fais ? Est-ce que tu continues comme ça ou est-ce que tu te soignes ?* ». Le début du traitement dans la sobriété est suivi par une prise de conscience de la réalité et des différences de vécu entre consommation et abstinence. 59P3 « *On réfléchit différemment. [...] Bon c'est pas encore net net, mais tu commences à t'apercevoir des conneries et tu réfléchis*».

Même si la plupart des participants vivent relativement bien l'abstinence et y trouvent des bienfaits, ils sont conscients de la difficulté d'être abstinent et doivent rester vigilant afin d'éviter une rechute. 12P2 « *C'est vrai qu'il faut être vigilant quand même. Parce que c'est vrai que c'est pas évident. Parce que moi ça fait longtemps que je connais le programme et ben voilà j'ai fait rechute sur rechute*». De plus, deux participants expliquent avoir fait des ruptures d'abstinence à plusieurs reprises. Un des deux hommes affirme ne plus être abstinent et a rechuté 5P8 « *Je ne suis plus abstinent. De temps en temps, je rebois* ».

Les résultats de l'analyse des focus groups révèlent qu'en décidant d'entrer dans un centre de traitement des addictions, les pensionnaires prennent la responsabilité de leur rétablissement et donc des potentielles rechutes 8P7 « *Parce qu'avec l'expérience, si j'ai pris une décision c'est parce que c'est mon choix. Je ne veux pas que d'autres viennent le critiquer. En tout cas j'ai le répondant nécessaire. Maintenant le problème c'est personnel, c'est-à-dire que la faiblesse vient de soi. Moi ça vient de moi, c'est pas quelqu'un d'autre qui me forcerait à boire ou par des allusions. Je l'ai dit pendant les séances de groupes, depuis la sortie, j'ai fait deux interruptions d'abstinence, d'un jour. Et puis mais ça m'a... c'est de ma faute. C'est moi qui ai décidé, on ne m'a pas forcé*».

Les participants se retrouvent également face des représentations sociales, concernant les personnes alcooliques mais également des préjugés sur le centre de traitement. 53P3 « *et pis quand tu dois aller expliquer que tu dois aller faire un séjour à la Villa Flora parce que tout le monde parle de la Villa Flora c'est des alcooloooo, c'est des machins qui étaient sous les ponts, non mais les gens ont ça dans la tête ! C'est le gars qui a été repêché par l'armée du salut. Pis voilà quoi. Non mais c'est un peu l'optique qu'on a nous de la Villa Flora. T'es le*

dernier des cons et faut être passé au karcher avant de venir...pis t'arrive en haut, on te donne les habits et t'es vraiment le dernier des derniers. Les gens pensent beaucoup que la Villa Flora c'est ça». Il arrive aussi que ces derniers aient des préjugés de ce genre avant d'entrer en traitement 55P3 «Pis entre autre moi aussi au début. Au départ je disais mais sur qui je vais tomber. Attention les vélos».

En venant en traitement résidentiel, la majorité des pensionnaires sont volontaires 2P1 *«Parce que je n'ai pas une énorme consommation, c'était pas une consommation quotidienne et puis je trouve ben... je suis ici de mon plein grès déjà donc je suis pas tenu à y être».* La Villa Flora demande l'abstinence, du moins pendant le traitement et les pensionnaires se fixent ce but malgré la difficulté existante 12P7 *«Le but quand même pour moi ça reste le fait de rester abstinent».*

Le cadre de la Villa Flora offre une protection aux pensionnaires et représente une aide précieuse. 2P1 *«Et puis dans le cadre qu'on est, c'est relativement, euh, entre guillemet facile... J'ai eu une ou deux fois des besoins mais qui ont passé assez vite quoi».* Le fait d'être cadré, avec un règlement, des limites permet plus facilement de dépasser les envies, ce qui peut être plus difficile à gérer à l'extérieur. 135P1 *«Pas facile aussi par rapport à ici aussi ou on est entouré 24h sur 24h, il y a pas de souci. Par contre après je pense que ça sera dur. Que ça sera plus dur après que maintenant».*

L'équipe thérapeutique représente une aide pour les pensionnaires, notamment dans la prévention de la rechute, grâce aux groupes thérapeutiques. 12P7 *«Mais je trouve bien ces groupes du mardi parce que ça me parle, ces groupes de prévention de la rechute. Je me reconnais, je reconnais les situations dans lesquelles je me suis retrouvé ou celles où je risque de me retrouver».* L'aide extérieure, dont le réseau et les groupes d'Alcooliques Anonymes sont nécessaires pour les participants et peuvent être mises en place dans leur rétablissement. 12P2 *«Mais je sais que maintenant faut que je sois vigilant... pis trouver tout ce qui va avec moi... le réseau, les alcooliques anonymes, pour pouvoir m'en sortir».*

Le traitement se base notamment sur la philosophie des Alcooliques Anonymes et le principe des 24 heures à la fois semble leur convenir unanimement. Devant un avenir qui fait peur, vivre ici et maintenant est utile. 11P1 *« Moi je vais être franc, ça faisait un peu peur l'abstinence quand même».* Pour pallier à cette angoisse, la personne va se mettre comme

objectif d'être abstinent un jour à la fois. 15P1 « *C'est maintenant ici que je peux, dans ces 24h -là faire tout ce que je peux. Et puis après je me couche, la journée est passée et demain c'est un autre jour, c'est un très bon point de vue. C'est rassurant* ». Malgré certaines attentes sur le long terme, les participants ne se projettent pas dans l'avenir car il est incertain et lointain 14P2 « *ça va très bien quoi, on peut pas se projeter dans l'avenir. Pour le boulot ou quoique ce soit oui peut-être mais sinon me projeter dans l'avenir c'est fini quoi* ». L'aide extérieure peut également se référer à une puissance supérieure 87P6 « *On a presque envie de remercier le Seigneur qu'on est encore en vie. Comment, on sait pas, mais on est là* ».

Depuis l'abstinence, les participants évoquent un bien-être intérieur 79P2 « *Je respire mieux surtout car j'avais de la peine à respirer avant, et puis j'ai repris des couleurs avant j'étais blanc comme une feuille* ». L'abstinence permet de prendre conscience des ressentis physiques, tels que la faim 119P2 « *Ici on prend le rythme : déjeuner, diner, souper. Et même si je sors en congé c'est pareil. Il faut que je fasse les mêmes repas. Parce que si je déjeune pas, à 10-11h j'ai les crocs. J'ai remarqué ça les premiers weekends que j'ai eus, parce que j'ai pas déjeuné, bien sûr. Mais là maintenant non, je me dis tu déjeunes. Et je me sens mieux* ». Ils sont à présent capables d'observer, d'identifier et d'interpréter leurs sensations physiques, ce qui a un impact direct sur leur bien-être et vécu corporel.

Certaines personnes devenues abstinentes observent des améliorations quant aux douleurs musculaires 67P3 « *Je trouve ça va du bon côté. J'ai plus mal aux pieds, j'ai plus mal aux talons* », d'autres prennent conscience de la douleur ce qui rend l'abstinence plus difficile à vivre 2P5 « *et comment je vis mon abstinence... pas très bien. Parce que ben j'ai beaucoup de douleurs physiques, c'est très musculaire* ». En prenant conscience de leurs corps, notamment par la présence de nombreuses douleurs, leur situation peut être difficile à gérer 15P5 « *Et puis gentiment maintenant je commence à sentir la douleur, je commence à voir ce que c'est la douleur, et c'est terrible, il y a des fois j'arrive pas à monter les escaliers tu sais... Je disais rien. Mais maintenant je me rends compte que chaque chose qui arrive ça peut être très grave. Et je sais pas comment je vais gérer ça* ». Pour soulager les douleurs, sans consommation, cette participante a recouru à de l'acupuncture, qui l'aide beaucoup. 17P5 « *Moi ce qui m'aide beaucoup c'est le NADA ici, comme j'ai arrêté tout médicament, je prenais quand même pas mal pour les douleurs, et depuis que j'ai commencé à faire NADA ça*

me soulage vraiment. On a pas encore réussi pour le sommeil mais le reste ca va beaucoup mieux, quand même».

Durant l'abstinence, les participants reprennent une hygiène de vie, avec comme premier but un rythme de vie régulier : déjeuner, dîner, souper. 32P7 *«Mais je me sens mieux aussi parce que, justement par rapport à cette période, j'ai appris à respecter les horaires, lever, déjeuner, dîner, souper, des activités plus au moins régulières».* Un bien-être s'installe et les participants font des efforts pour entretenir leur corps : 116P1 *«Pis après tu te sens mieux alors tu commences à manger des fruits, tu fais des efforts ».* A ce moment-là, les participants prennent conscience qu'ils ont une influence sur leur corps 71P3 *« C'est là qu'on s'aperçoit que sans conso le corps il est tout content ».* De plus, le corps et son entretien peuvent être une aide au rétablissement. 79P2 *« J'ai changé de coupe, paraît que ça fait partie du rétablissement, un des alcooliques anonymes m'a fait la remarque. Là je suis en plein dedans quoi, ça fait partie du rétablissement. Parce qu'avant j'avais une coupe... à la va-te-faire-foutre ».* En renouant avec leur corps, ils prennent du plaisir à l'entretenir et vise à avoir une meilleure hygiène de vie, en respectant les horaires, les repas, les activités régulières. 113P1 *« Ça fait plaisir, c'est un ami quoi. T'as envie de l'aider, t'as envie de lui dire... Enfin de l'entretenir quoi ».*

Les résultats de l'analyse des focus groups montrent également des changements quant à la représentation du corps entre la consommation et l'abstinence. Depuis l'abstinence, la représentation qu'ils ont de leur corps est très ambivalente. D'une part il est un ami, d'autre part, il est ennemi. La représentation de leur corps est variable en fonction de leurs ressentis physiques et émotionnels 103P8 *« Moi, les jours où ça va je suis en paix, et les jours où j'ai vraiment mal je suis en guerre ».* Les personnes se retrouvent avec ce *quelque chose*, un corps et doivent apprendre à vivre avec. 101P6 *« Il y a des hauts et des bas. Il y a plus de hauts donc je le réapprivoise ».* Le verbe *réapprivoiser* montre bien la difficulté de vivre avec un corps qui va bien, qui va mal, un corps qui est senti, présent et non plus nié, oublié. L'abstinence permet de renouer avec son corps et devient un but en soi 100P5 *« En paix. Je dis ami et en paix. Faire la paix avec le corps ».*

Le corps est vu comme une aide ou un fardeau et prends différentes formes : compagnon de voyage, ami. Il est toujours avec eux et ils ne peuvent s'en séparer. 102P7 *« Moi je commence à le voir comme un compagnon de voyage, qui temps en temps m'aide à porter*

mon bagage et temps en temps traine la patte ». Il est donc aimé si tout se passe bien et détesté si ça se passe mal. Le corps est également représenté comme bouclier, défendant l'individu 31P5 « *Bon moi j'aimerais dire que je me félicite quand même, tu vois là je me fais un compliment parce qu'il a bien tenu, il s'est bien battu. Parce que là je me rends compte que ça aurait pu être pire, vraiment. Mais il s'est bien défendu* ».

Depuis le début de leur traitement, les pensionnaires ressentent à nouveau beaucoup d'émotions telles que la peur, le dégoût, la culpabilité, l'impuissance, l'injustice, la nervosité, les remords et essaient tant bien que mal de les gérer. 129P2 « *On prend conscience des émotions. Bon au début c'est dur, on se dit tiens, qu'est ce qui m'arrive ? Alors elles reviennent les émotions j'arrive à mettre un nom, j'arrive à plus au moins gérer. Je sais ce qui m'arrive* ».

Le vécu émotionnel durant l'abstinence est plutôt négatif, ce qui ne signifie pas que l'abstinence ne comporte pas de bienfaits, mais ces émotions sont liées à la prise de conscience des conséquences négatives de la consommation 10P3 « *L'abstinence c'est là qu'on s'aperçoit du merdier qu'on a foutu avant* ». Les pensionnaires se trouvaient loin de la réalité et n'avait pas conscience de l'impact de l'alcoolisme. 60P2 « *Apparemment le cerveau revient à lui trois semaines après. Il faut trois semaines pour que le cerveau revienne à lui. Pour qu'on ait à nouveau conscience de la réalité quoi* ». Revenus à la réalité, qui peut être très douloureuse, ils ne peuvent plus se cacher avec l'alcool 80P4 « *les choses sont plus... LÀ. très présent. Je peux plus cacher avec l'alcool* ». Dans ce sens, la gestion des émotions est difficile et l'alcool était en quelque sorte une stratégie pour y faire face. 41P5 « *S'isoler c'est pas bien non plus. Parce que euh, on remue beaucoup de chose et là ça dépend si on a, moi j'ai envie de reconsommer quand c'est comme ça. Parce que j'aimerais dormir pour dire... pour oublier. Pour le moment. Je sais que ça revient après mais pendant un moment, quelques heures. Alors j'essaie quelque fois, je descends au salon et puis j'essaie de discuter, rigoler, pour que ça passe. Parce que quand on s'isole, après on commence à s'apitoyer. Et pourquoi, et merde, c'est pas juste, et ça c'est pas bon*».

Les émotions comme les remords ou les ruminations montrent le déni dans lequel les personnes étaient, ne se rendant pas forcément compte du mal qui est fait autour d'eux. Le vécu de l'abstinence fait donc émerger une certaine lucidité face à leur situation 130P1 « *Moi j'ai eu une prise de conscience, depuis 1 mois que je suis en arrêt maladie. Prise de conscience*

du mal que j'ai pu faire à ma famille et à mes enfants. Quand on est dedans, on se rend pas compte. On voit rien. Et là il y a une prise de conscience qui est quand même importante. Qu'est ce que j'ai pu faire comme connerie. Après émotions... moi je vois ça comme émotion après... je vois une plus grande lucidité».

L'analyse des focus groups permet de mettre en évidence un sentiment d'injustice face à la maladie. Face à ce sentiment, les participants se comparent avec les autres, vus comme la normes 87P3 « *Oh mais pourquoi on peut pas boire comme les autres !!! Franchement, tu bois ton apéro et après tu arrêtes. Pis le soir tu bois 2-3 verres et puis c'est fini. Non faut aller dans l'extrême. C'est ou tout ou rien ».*

Les pensionnaires ressentent également une grande souffrance liée à l'abstinence. En effet, les douleurs sont parfois davantage présentes rendant le vécu de l'abstinence difficile. 2P5 «*comment je vis mon abstinence... pas très bien. Parce que ben j'ai beaucoup de douleurs physiques, c'est très musculaire. Ca commence à aller un tout petit peu mieux mais je souffre beaucoup. Donc ça fait aussi que je ne dors pas et voilà*». Ils affirment avoir le désir de changer, d'assumer leur maladie et de s'affirmer 8P7 « *j'ai suffisamment de personnalité et de répartie pour rendre mal à l'aise les gens qui se moquent de moi. Ou plutôt pour m'affirmer, affirmer mon choix [...] Je ne veux pas que d'autres viennent le critiquer. En tous cas j'ai le répondant nécessaire ».*

Les participants vivent avec d'autres pensionnaires et cette vie en communauté est une réelle aide pour eux. Même si elle n'est pas tous les jours facile et qu'elle demande de l'adaptation, les participants s'identifient les uns aux autres grâce à leur histoire, leur maladie commune. 23P2 « *On a tous la même maladie, avec des hauts et des bas... C'est pour ça qu'on se comprend quoi ».* Par ailleurs, l'identification permet au groupe d'être soudé et de se comprendre 71P8 « *En plus on est tous sur le même pied d'égalité ici*». Ils partagent très facilement leur histoire, en étant en totale confiance et en toute transparence, sans crainte de jugement. La relation créée est très forte : 68P7 « *Mais ça dans le civile j'ai jamais rencontré de situation comme ça, un groupement de personnes de situations... même en famille ».* La relation est paraît donc sans égale et spéciale 70P5 « *on peut vraiment tout mais vraiment tout se dire, chose que la femme, le fils ne savent pas sur nous*».

Liées au sentiment d'injustice, les participants se comparent avec les autres, vus comme la norme : ils se voient comme étant différents des autres, car eux, ils ne peuvent pas s'arrêter de boire. Un clivage existe donc entre *nous* et *eux* : 71P3 « *C'est con parce que j'aimerais boire un verre comme tout le monde, à midi ou en mangeant une bourguignonne. Pis après tu arrêtes. Mais nous on est comme les petits veaux, tu mets la tête dans le bidon, tant qu'il est pas vide.... Tant qu'on a pas vu l'arrière de la bouteille ben on lâche pas* ».

Les résultats de la présente recherche montrent que la relation aux autres pensionnaires a plus de poids que celle avec les soignants 66P7 « *Mais ce que j'ai apprécié c'est la relation avec les pensionnaires et avec les thérapeutes aussi. Mais plus particulièrement avec les pensionnaires parce qu'ici, chacun sait pourquoi il est là...* ». La relation aux professionnels est plus distante, cependant, les pensionnaires leurs accordent confiance. 135P1 « *Je fais confiance aux thérapeutes...* ».

Comportements alcooliques

Dans la consommation, l'alcool est consommé pour calmer les douleurs. En effet, face à des douleurs physiques et psychiques, la majorité des participants consomme pour faire face aux douleurs 93P3 « *Le lendemain t'es content d'aller boire un verre pour arrêter de trembler* ». Les participants ont également recouru à divers consommation quand l'alcool n'est plus assez efficace. Il y a donc polyconsommation. Comme parfois l'alcool ne suffisait pas, il y fallait y ajouter des médicaments, de la drogue pour parvenir à soulager les douleurs. 81P3 « *c'était un Seresta et deux ballons de rouge et ça passait mais fallait continuer au rouge sinon ça revenait* ». Ces comportements sont programmés, structurés et les pensionnaires savaient exactement ce qu'il fallait faire contre les insomnies, douleurs et symptômes physiques 26P7 « *Tandis qu'auparavant... l'alcool c'est aussi un antalgique, ça je l'ai vérifié. Mais ça fait effet... pendant quelques heures. Même pendant une nuit si on consomme avant d'aller dormir. Mais sinon le lendemain les douleurs sont toujours là, ben il y a les médicaments, ou on reboit de l'alcool* ».

Les participants se retrouvent dans un engrenage dans lequel il est difficile d'en sortir. Malgré les conséquences néfastes, la consommation continue 10P3 « *Que ma foi ça peut être trop tard ou ça peut être irréversible. Parce que c'est vrai et ben que dans ces moments là on se rend pas compte, on en a rien à foutre. Après quand on devient un petit peu.... On dit*

putain qu'est ce que j'ai fait....Tu perds ton boulot, tu perds ta femme... tu perds pas mal de choses...pis des fois c'est trop tard pis des fois on se tient après les branches et elles pètent les unes après les autres quoi... ». L'engrenage est tel qu'il devient ingérable : «Parce que l'année passée avant de venir à la Villa Flora j'avais fait cette dépression, ce burnout, cumulés avec les problèmes d'alcool. Donc c'était ingérable.» Il en découle une indifférence de la vie, du temps, de soi 59P3 « Ben oui parce que... dans l'alcool on avait rien à foutre. Oui on avait rien à foutre, on verra bien ce qui viendra. Si c'est pas demain c'est après demain ». La notion du temps n'existe plus et le temps est perdu 90P7 « On s'est ruiné la santé, on s'est ruiné le moral... on a perdu du temps... ».

Dans la consommation, l'individu se retrouve pris dans un cercle vicieux qui aboutit à l'inertie. 42P8 « je suis resté carrément toute la journée à la maison. J'allais dîner je me recouchais, j'allais faire la sieste. Et la sieste durait jusqu'à 4h l'après-midi. Et après tu dors pas bien la nuit et tu bois parce que t'as mal à la tête et pis t'as dormi toute la journée ». Les participants s'isolent et s'enferment dans leur consommation 57P8 «Après vis-à-vis de ma femme et de mes enfants, je suis parti parce que j'étais toujours caché au lit, parce que j'avais toujours mal à la tête [...]Alors comme je vais pas je vois pas les enfants. J'ai un peu peur de les téléphoner. Mais je sais qu'ils vont pas m'en vouloir mais c'est pas facile. J'ai essayé d'appeler mais ils répondent pas. Faudrait que j'appelle à la maison mais j'ose pas. Car si on discute de l'histoire de divorce ça va pas aller...».

La consommation porte atteinte à la vie relationnelle et pousse les personnes à s'isoler et à se distancer de leur famille et entourage. 47P1 «Et puis comme en général je le voyais pas à la maison je vais m'éclipser quoi je vais faire des virées en voiture et autre. J'ai un côté un peu loup solitaire comme ça donc il s'en doutait. Pis là maintenant il sait que je suis à la Villa Flora. J'ai pas eu l'occasion encore d'en parler avec lui parce qu'on s'est peu vu».

La famille prend de la distance, les évite. 46P2 «Tandis que quand j'étais en plein dedans il m'évitait. Maintenant que je le vois le weekend et tout bien il est là quoi. Il participe, il ne va pas se cacher dans sa chambre, et il vient volontiers». Au sein des couples, de nombreuses disputes éclatent, pouvant aller jusqu'à la séparation. 54P7 «Et ma femme elle me supportait plus alors elle a dit c'est soit toi qui part soit c'est moi qui part. Alors je suis parti 3 mois dans une chambre de vieux garçons, dans un des bâtiments de mon père». L'entourage perd confiance, car ils voient ce qu'entraîne la consommation d'alcool 48P5 «Oui mais c'est dur

pour tes proches de faire ça. Pour l'argent, il faut te préparer à ça, tu te rends compte qu'ils vont peut-être pas être d'accord de mettre cet argent à ta disponibilité. Parce que tu recommences à boire... pour la confiance...».

L'analyse des focus groups montrent que, dans la période de consommation, les émotions ressenties ne sont pas perçues. 129P2 *«Parce que je crois que quand t'es dans le produit, t'as aucune émotion. Tu les ressens pas en tous cas. Tout simplement car avant j'avais aucune idée de ce que ça voulait dire. Ça se passe là, ou ça se passe au cœur, je savais pas. Parce qu'il n'y a pas beaucoup d'émotions en fait ».*

En repensant à la période de consommation, les pensionnaires arrivent, à présent, à mettre des mots sur les émotions liées à l'alcool : de la colère, tristesse, solitude. Un participant cite l'euphorie de la consommation, lorsqu'il est en société. Ils ressentaient de la honte vis-à-vis des autres 81P3 *«Et les derniers temps tu sais plus où te mettre. T'as la honte. Et pis quand on te regarde c'est encore pire...»* et parlent de faiblesse personnelle liée au fait de consommer 8P7 *«Maintenant le problème c'est personnel, c'est-à-dire que la faiblesse vient de soi. Moi ça vient de moi, c'est pas quelqu'un d'autre qui me forcerait à boire ou par des allusions».* Mettre des mots sur ce qu'ils ressentaient est difficile car le déni dans lequel ils étaient était très structuré 130P1 *«Quand on est dedans, on se rend pas compte. On voit rien».*

Certains pensionnaires ont fait des dépressions. Face à la souffrance et l'engrenage que peut engendrer la dépendance, deux participants ont tenté de mettre fin à leurs jours à plusieurs reprises. En utilisant l'humour, les participants peuvent dédramatiser la situation et faire face aux émotions difficiles à gérer 29P5 *« Imagine-toi quand on a essayé et on échoue. Même le suicide c'est terrible. Je te garantis. Après tu te dis j'ai tout loupé dans ma vie même un suicide [Rires]. C'est ça que je te disais ».*

De la consommation d'alcool, en découlent de nombreuses difficultés socio-économiques. Les résultats mettent en évidence une situation financière précaire, avec peu voire plus d'argent. C'est à l'aide du réseau, en ayant un tuteur ou une assistante sociale, que certaines personnes peuvent gérer leur argent 61P8 *« Et je voulais aller à la pharmacie mais c'était trop cher et le tuteur a dit arrête, on a plus d'argent ».*

Dans cette recherche, le travail est évoqué comme ayant eu un impact sévère sur le corps « *28 ans de lourds travaux* ». La consommation d'alcool entrave la productivité et l'efficacité au travail. De nombreuses techniques sont utilisées pour masquer les conséquences physiques de la consommation 94P1 « *On se voit dans le miroir c'est vrai que... moi je devais me lever pour aller bosser je faisais tous les efforts pour essayer de cacher – chiclette, goutte dans les yeux* ». Un des participants est à l'assurance maladie le temps du traitement mais subit la pression de son employeur. 135P1 « *donc là je suis en arrêt maladie donc j'ai quand même la pression du travail. Si j'étais pas en arrêt maladie je me dirais la même chose, je prends le temps qu'il faut. Là ça risque de porter préjudice à mon travail. Donc j'essaie quand même de projeter un avenir* ».

Vécu corporel de l'alcoolisme

L'analyse des focus groups révèle que la consommation d'alcool entraîne de nombreux problèmes physiques. Les participants sont conscients que ce sont des conséquences de la consommation d'alcool et acceptent tant bien que mal, comme une punition à assumer 67P3 « *Maintenant ça commence à me donner le tour. Ça c'est... ma foi... on ramasse ce qu'on a récolté. Je trouve ça va... du bon côté. J'ai plus mal aux pieds, j'ai plus mal aux talons parce que j'ai tout eu des opérations artères et tout. Tout ce que j'avais, c'est tout l'alcool de toute façon. Dans les articulations et tout... C'est l'alcool. Je savais, mais je disais pas. Mais non c'est pas l'alcool c'est parce que j'ai un problème avec les chevilles* ».

Durant la consommation, les participants relatent avoir eu de nombreuses sensations physiques : des bouffées de chaleur 110P1 « *t'as les coups de chaud, aussi pendant la nuit* », des nausées 85P3 « *Moi c'était les vomissements le matin alors. Je vomissais pas, c'était juste les remontées* ». De plus, les sensations internes n'étaient pas ressenties 123P1 « *T'as pas faim. Ton corps tu peux le tirer à bout* ». Ces sensations physiques sont liées aux symptômes de manque et aux conséquences de la consommation d'alcool.

Les pensionnaires indiquent avoir eu des pertes d'équilibre, des crampes et de nombreuses douleurs. Ils disent également avoir ressentis des tremblements et fourmillements 73P3 « *J'avais ces problèmes, t'as les rotules qui merdent, t'as les chevilles, des fourmillements et tout et pis mal au pied et le matin je me levais et j'avais mal mais comme si c'était cassé, je pouvais pas poser le pied* ». D'autre part, comme l'alcool anesthésiait les douleurs, ils les ne

percevaient parfois pas 15P5 « *Je sentais pas vraiment ma douleur. C'est arrivé que j'avais vraiment très très mal à quelque part mais je savais pas. Mais après ça s'est aggravé donc déchiré le muscle et tout ça mais je savais pas. C'est le médecin qui voyait après que je m'étais fait vraiment mal* ».

La consommation d'alcool a eu un impact certain sur le vécu corporel et il en résulte des maladies telles que la cirrhose, du diabète, des problèmes dermatologiques. 4P7 « *Seulement le problème que j'ai eu, laisse toujours des traces. Car avant de venir à la Villa Flora et au moment où je suis venu, j'ai eu d'autres problèmes physiques. J'ai eu une décompensation de diabète avec des valeurs extrêmement élevées, et des problèmes dermatologiques aussi* ». Les conséquences de l'alcool peuvent être sévères et la rechute peut être mortelle. Une participante, atteinte d'une cirrhose est en attente de greffe 19P6 « *Parce que euh... ma santé, mon attente de greffe, si je bois un verre je suis morte. Et après ben si j'ai la chance de pouvoir obtenir une greffe, même si c'est pas tout de suite, c'est vis-à-vis du donneur que je pourrais plus... enfin le respect de cette personne* ». L'abstinence devient alors la condition pour pouvoir vivre.

L'analyse des focus groups révèle que durant la consommation, les participants n'avaient pas conscience de leur corps. Ils ne percevaient aucune sensation physique, le sens du toucher étant altéré 69P3 « *à un moment donné je sentais même plus les orteils* ». Le corps est oublié, négligé et les personnes sont indifférentes face à ce corps inutile 89P2 « *C'était plutôt le lendemain quand on était en manque. Quand on boit on voit rien, on s'en fout. On s'en fout complètement. C'est le lendemain, déjà tu sens les tremblements, tu te vois dans le miroir tu te dis putain... et après tu rebois et tu penses plus à ton corps. Moi ça m'a fait flipper ça. Les derniers temps je me regardais je me disais putain le coup de vieux que j'ai chopé. Mon corps je le voyais comme un vieux « schnok » quoi. J'en sais rien* ». Le corps est perçu dans les moments de manque, il fait peur : seul l'alcool anesthésie ce ressenti. L'image de soi se retrouve déformée.

L'indifférence pour son propre corps fait qu'il est poussé à bout, peu importe les conséquences et n'a pas empêché les participants de poursuivre la consommation 96P1 « *On sent bien que le corps il a pris une volée. Vraiment pris une tabassée* ». Même s'ils se sentaient coupables ou mal à l'aise, l'alcool permettait d'estomper ces émotions 103P3 « *Tu t'en veux et le premier truc que tu fais c'est aller boire un verre* ». Consommer de l'alcool

permet donc de se sentir mieux avec un corps devenu étranger, il devient un moyen de poursuivre la consommation dans le déni 105P2 « *Si tu bois dessus c'est facile. Après tu peux te regarder et tu te dis ah ben oui finalement ça va* ». Le corps était oublié 89P2 « *Quand on boit on voit rien, on s'en fout. On s'en fout complètement et après tu rebois et tu penses plus à ton corps* » et amené jusqu'à épuisement 123P1 « *Ton corps tu peux le tirer à bout* ». Finalement, le corps devient un fardeau, il est lourd à porter 32P7 « *j'avais pas l'envie... parce qu'en me levant, j'allais devoir trainer mon corps et chercher à consommer* ».

Reconstruction des relations sociales

L'abstinence a également un impact sur les relations sociales. Les pensionnaires constatent des améliorations quant à leurs relations familiales. Ils se sentent plus proches, plus disponibles 46P2 « *AH ben moi mon fils il est plus proche hein. Maintenant que je le vois le weekend et tout ben il est là quoi. Il participe, il ne va pas se cacher dans sa chambre, il vient volontiers* » et peuvent trouver du soutien de leur part 36P3 « *Il m'a dit ben écoute c'est très bien. Il m'a dit quand je pourrais venir te trouver tu me dis. Pis il est venu une fois à Malévoz, il est venu manger avec moi* ». L'amélioration des relations sociales est vue comme un bénéfice de l'abstinence et peut motiver certaines personnes à atteindre cet objectif 135P1 « *Moi mon avenir c'est de retrouver mon emploi et de pouvoir réintégrer ma famille* ».

Cependant, pour un des participants, les relations ne se sont pas améliorées. Par conséquent, il se montre indifférent quant à sa reconsommation et minimise la situation 7P8 « *Et un peu c'est parce que du côté de mes proches ça va pas mieux qu'avant... que je sois devenu abstinent. Je parle de ma frangine hein. Alors d'un côté c'est un peu je m'en fous. Voilà* ».

La reconstruction des relations sociales passe par l'acceptation 36P3 « *Maintenant on fait avec et pis ben on prend l'échelle et on commence par le dernier échelon. Pas le premier. Pour arriver en haut. Sinon on se casse la gueule hein...* ». Vis-à-vis des participants assument plus facilement le fait d'être en centre de traitement. 73P3 « *Pis quand on parlait de la Villa Flora, ben je dirais que maintenant j'aurais moins honte à causer de ça. Je m'aperçois maintenant que si on me pose la question je dirai ben oui j'ai été faire un traitement pis quoi. Pis je dirais y'en a plus qu'un qui mériterait d'aller* ».

La mise en place d'activité est importante, tant pour reconstruire les relations sociales que pour prévenir la rechute. Les pensionnaires jardinent, bricolent et font de la randonnée 50P7 « *Ouais les activités ça fait beaucoup hein, ça fait beaucoup. D'abord s'occuper soi-même et puis ne pas penser à consommer. Moi ces temps-ci à la maison avec ma femme on fait du jardinage. On modifie des choses et après plusieurs heures de travail au jardin je me sens bien. Et on voit aussi le résultat, une belle allée pour arriver à la maison* ».

Les activités physiques font du bien, sur le corps notamment 21P7 « *Moi quand je suis bien, je me sens bien, je sens bien le corps et j'ai du plaisir. Et particulièrement lorsque je fais des activités physiques. J'ai recommencé un peu moins intense mais quand même des activités qui représentent quelque chose. Et puis je suis très bien, j'aime bien marcher, je suis bien quand j'ai terminé ma randonnée. Mon corps est un ami dans ces cas-là.*»

8.1 Comparaisons entre le début et la fin de traitement

Étant donné qu'il n'existe que peu de différences entre les deux focus groups, soit les personnes en début de traitement et celles en fin de traitement, une seule analyse a été effectuée. En effet, les thèmes émergés par l'analyse thématique de contenu se retrouvent dans les deux groupes. Cependant, les quelques différences suivantes sont observables :

Les pensionnaires qui sont en traitement depuis plus de trois mois vivent plus difficilement l'abstinence que celles qui sont en début de traitement. En effet, deux personnes ont rompu leur abstinence. Deux autres imaginent difficilement l'abstinence si les douleurs continuent 31P5 « *Moi je commence à penser que oui, c'est dur de rester abstinent. Si je règle pas mes problèmes de santé, ces douleurs, je me vois pas rester abstinent* ». Au début de traitement, tous les participants semblent vivre positivement l'abstinence, et être impatients de la suite 62P2 « *Pour moi ça va très bien quoi. Je suis même trop pressé. J'ai déjà envie d'être dehors avec mon boulot et tout quoi* ». Ceci est peut-être dû au fait que les personnes étant en traitement depuis au moins trois mois appréhende leur sortie.

Un thème présent chez les participants en fin de traitement qui ne figure pas chez les personnes en début de traitement concerne le suicide. Deux personnes ont essayé de mettre fin à leurs jours et ce, de différentes manières, mais ont échoué. Ils en rigolent mais cela a été, à un moment donné, une solution pour palier à leurs douleurs 97P8 « *Oui mais des gens comme moi qui le font je comprends. Car pour te dire j'en ai passé des fois à*

souffrir. Mais c'est les moments les plus forts c'est les moments les plus douloureux. Je me dis mais non je pète un câble. Je me vois mal arriver à 60 ans comme ça ».

9. DISCUSSION

Cette partie discute des résultats de la recherche liée à la littérature existante sur le sujet. En reprenant les thèmes élaborés à partir de l'analyse thématique de contenu, une analyse corpero-socio-psychologique a été effectuée (Annexe VI). Cette approche permet de mettre en évidence les différences de vécus durant la consommation et l'abstinence. Elle répondra également aux questions de recherche portant sur le vécu corporel et les représentations du corps, la temporalité, la relation avec les autres et l'abstinence. Dans un deuxième temps, le rôle du psychologue de la santé sera abordé afin d'investiguer sa place dans la prise en charge de personnes dépendantes à l'alcool. Finalement, les forces et limites de cette recherche seront traitées.

9.1 Une analyse corpero-socio-psychologique de la dépendance

9.1.1 Corporéité

Le questionnement principal de la présente recherche est lié au thème de la corporéité et porte sur le vécu corporel et les représentations du corps des personnes dépendantes à l'alcool, durant la consommation ou depuis l'abstinence. La problématique peut être formulée ainsi : Comment une personne souffrant d'un problème avec l'alcool se représente-t-elle son corps et ses diverses manifestations ? Comment ressent-elle son corps et quel sens donne-t-elle à ces ressentis ?

Sensations corporelles et symptômes

L'analyse des focus groups a permis de montrer les différentes sensations et symptômes physiques ressentis durant la consommation et depuis l'abstinence. Sur la base du modèle corpero-socio-psychologique, ces différentes sensations corporelles peuvent être séparées selon les trois types de sensibilités internes de l'individu (Santiago-Delefosse, 2002).

Au niveau de l'interoceptivité, les résultats de l'analyse des focus groups mettent en évidence des changements de leurs sensations physiques internes entre la consommation et l'abstinence. En effet, durant la consommation, les participants relatent avoir eu des bouffées de chaleur, des nausées. De plus, certaines sensations internes telles que la faim

n'étaient pas ressenties. Ces sensations physiques sont liées aux symptômes de manque et aux conséquences de la consommation d'alcool. Depuis l'abstinence, les participants évoquent un bien-être intérieur. L'abstinence permet de prendre conscience des ressentis physiques, tels que la faim. Ils sont à présent capables d'observer, d'identifier et d'interpréter leurs sensations physiques, ce qui a un impact direct sur leur bien-être et vécu corporel.

Il existe également des modifications au niveau de la proprioceptivité. Durant la consommation, les pensionnaires indiquent avoir eu des pertes d'équilibre, des crampes et de nombreuses douleurs. Ils disent également avoir ressentis des tremblements et fourmillements. D'autre part, comme l'alcool anesthésiait leurs douleurs, ils ne les percevaient parfois pas. Certaines personnes devenues abstinentes observent des améliorations quant aux douleurs musculaires, d'autres, après une prise de conscience de la douleur, rencontrent des difficultés au niveau de la mobilité. Sans consommation, les douleurs sont à présent perceptibles, ce qui rend le vécu de l'abstinence plus difficile.

L'analyse des focus groups ne donne que peu d'informations sur l'extéroceptivité. Durant la consommation, les pensionnaires ne percevaient aucune sensation physique, le sens du toucher est altéré. Cependant, les sens prouvent notre existence au monde, comme le soulève Le Breton (2010, p.86) « *En permanence sur tous les lieux du corps, même en dormant, nous sentons le monde environnant, nous en éprouvons la chaleur ou le froid. Le sensible est d'abord la tactilité des choses, le contact avec les autres ou les objets, le sentiment d'avoir les pieds sur terre* ». L'altération des sens entraîne une perte d'autonomie personnelle, ainsi qu'un sentiment de ne plus être. Nous pouvons faire l'hypothèse que depuis l'abstinence, les sens sont à nouveaux éveillés. Le goût, l'ouïe, l'odorat, le toucher et la vision ne sont plus brouillés par l'alcool. En traitement, les pensionnaires reprennent leur autonomie et le sentiment d'être au monde réapparaît petit à petit.

Utiliser des métaphores pour parler de ce qui leur arrive pourrait être associé, selon le modèle corporo-socio-psychologique, à une « activité diffuse de représentation » (Santiago-Delefosse, 2002). Ce travail cognitif peut être approché par les images utilisées par les participants afin de décrire les douleurs vécues comme une oppression. L'expérience corporelle vécue, au niveau des sensations physiques et des douleurs donnent place à des représentations mentales.

Problèmes de santé

Les pensionnaires indiquent avoir de nombreux problèmes de santé, ayant un lien direct avec l'alcoolisme, représentant un réel obstacle face à la réalisation et au rétablissement des personnes. Dès l'abstinence, il arrive que ces problèmes de santé émergent, tels qu'une décompensation de diabète, des problèmes dermatologique. Ces problèmes de santé peuvent être plus difficiles à accepter avec l'abstinence, cependant, les pensionnaires se rendent compte que la consommation aurait pu aggraver leur situation. L'abstinence n'a pas que des avantages. Les conséquences de l'alcool peuvent être importantes et la rechute peut être mortelle. La cirrhose du foie étant la plus connue des maladie liée à l'alcoolisme, le corps ne supporterait plus aucun verre d'alcool.

Vécu du corps

L'analyse des focus groups révèle que durant la consommation, les participants n'avaient pas conscience de leur corps. Le corps est oublié, négligé et les personnes sont indifférentes face à ce corps inutile. Le corps est perçu dans les moments de manque, il fait peur : seul l'alcool anesthésie ce ressenti. L'image de soi se retrouve déformée.

L'indifférence pour son propre corps fait qu'il est poussé à bout, peu importe les conséquences et n'a pas empêché les participants de poursuivre la consommation. Même s'ils se sentaient coupable ou mal à l'aise, l'alcool permettait d'estomper ces émotions. Consommer de l'alcool permettait donc de se sentir mieux avec un corps devenu étranger, il devient un moyen de poursuivre la consommation dans le déni. On retrouve ici un critère net de la dépendance, ce désir puissant et compulsif de consommer de l'alcool, peu importe les conséquences négatives qui en découlent, notamment sur le corps (Wilson & Wilson, 1995). De plus, les pensionnaires sont pris dans un cercle vicieux duquel il est difficile de s'échapper.

Le vécu du corps depuis l'abstinence est différent. En effet, les participants prennent conscience de leurs corps, notamment avec les douleurs très présentes et il peut être difficile de gérer cette situation, sans médicaments ou sans consommation. Durant l'abstinence, les participants reprennent une hygiène de vie, avec comme premier but un rythme de vie régulier : déjeuner, dîner, souper. Un bien-être s'installe et les participants font des efforts pour entretenir leur corps. A ce moment-là, ils prennent conscience de

l'influence qu'ils peuvent avoir sur leur corps car faisant partie d'eux. De plus, le corps et son entretien peut être une aide au rétablissement. Il existe donc une influence réciproque entre le corps et l'esprit. Le changement de coupe de cheveux a une influence directe sur l'image de soi et donc sur le rétablissement de la personne.

En lien avec la littérature, le corps se trouve donc entre l'être et l'avoir, entre un objet matériel modifiable et un sujet faisant partie de nous. « *D'un côté, il est choyé et cajolé. De l'autre, il est traité comme un territoire de modifications, un lieu d'expérimentations poussées, un objet dont on dispose sans limites* » (Marzano, 2005, p.9).

Représentation du corps

La corporéité englobe les sensations physiques mais également les représentations du corps. Les résultats montrent des changements quant à la représentation du corps entre la consommation et l'abstinence. Pendant la consommation, les pensionnaires voient leur corps comme un fardeau. Le corps est lourd à porter, il encombre. Le corps fait peur: l'image de soi et sa propre identité changent. Les personnes ne se reconnaissent plus et le corps ne semble plus leur appartenir. Il existe un véritable décalage entre ce qu'ils pensent être et ce qu'ils sont. Pour Zarka (2005), le corps constitue la base de la naissance de l'identité. Quand la base n'est plus fiable, l'identité corporelle n'est plus ancrée et toute représentation devient difficile. Le corps se détache, est objet de trahison et devient un objet *en trop*.

Depuis l'abstinence, la représentation qu'ils ont de leur corps est très ambivalente. D'une part il est un ami, d'autre part, il est ennemi. Elle est variable en fonction de leurs ressentis physiques et émotionnels. Cette ambivalence peut être interprétée comme étant le résultat du passage de la consommation à l'abstinence mais également liée à leur propre identité. En effet, le retour au corps peut être difficilement gérable, les personnes passent du corps qu'ils *ont* au corps qu'ils *sont* (de Gravelaine & Senk, 1995). Les personnes se retrouvent avec ce *quelque chose* et doivent apprendre à vivre avec un corps qui va bien, qui va mal, un corps qui est senti, présent et non plus nié. Les pensionnaires, en reprenant conscience de ce corps, changent peut-être leurs représentations. Ils expliquent vouloir faire la paix avec leur corps. Il est nécessaire de renouer avec son corps.

On pourrait donc faire l'hypothèse que les pensionnaires se sentent étrangers à leur propre corps, le considérant comme extérieur à eux. Notamment du fait qu'ils parlent de lui à la

troisième personne. Il est donc aimé si tout se passe bien et détesté si ça se passe mal. Le corps est vu comme une aide ou un fardeau et prends différentes formes : compagnon de voyage, ami. Il est toujours avec eux et ils ne peuvent s'en séparer. Le corps est également représenté comme bouclier, défendant l'individu. Dans ce cadre-là, le corps pourrait être considéré comme un objet plutôt qu'un sujet. Un objet que la personne peut détenir et maîtriser. Un combat contre soi-même finalement, qui met en évidence la dissociation entre le corps et l'esprit : le corps s'est défendu contre la personne qui le détruisait avec l'alcool.

L'alcoolisme et le passage de la consommation à l'abstinence ont un impact sur les trois types de sensibilités internes et affectent le vécu corporel. Face à ces changements au niveau corporel, les individus vont être amenés à les interpréter et à les expliquer : il en résulte diverses représentations qui vont influencer le comportement que l'individu va adopter mais également sa propre identité. Le corps est un attribut de la personne, un caractère construit socialement et culturellement. Il est toujours saisi de sens, notamment dans le cas des douleurs ou de maladie (Le Breton, 1992). Selon ces résultats, le corps pourrait alors être considéré comme un outil du rétablissement.

9.1.2 Sociologique

Le questionnement lié au sociologique porte en partie sur la relation aux autres pensionnaires, à la famille, aux professionnels et est formulée ainsi : Comment les vécus des relations aux autres sont affectées de la consommation au traitement ? De plus, des catégories se rapportant aux activités, à la situation financière ou au travail ont émergé et seront prises en considérations.

Relations aux autres

L'alcoolisme a un impact sur la dimension sociale de l'individu à plusieurs niveaux. Premièrement, l'analyse montre à quel point la relation aux autres pensionnaires est forte et bénéfique. Ils y trouvent du soutien, de la confiance, de l'amitié, de la disponibilité. Vivre en communauté, avec des personnes qui partagent et comprennent leur histoire, leur maladie rend la relation spéciale et sans égale. Comme le souligne Mikolajczak (2013), les personnes dépendantes se retrouvent souvent isolées et être en traitement résidentiel est un premier pas permettant de réapprendre à vivre avec des personnes, à nouer des liens devenus inexistants.

Les résultats de la présente recherche montrent que la relation aux autres pensionnaires a beaucoup plus de poids que la relation aux professionnels, avec lesquels les pensionnaires, même s'ils leur font confiance, tiennent une certaine distance. La relation est donc importante à travailler (Gravelaine & Senk, 1995) mais semble alors plus bénéfique par le groupe qu'avec un thérapeute. Le processus d'identification paraît être un concept essentiel pour le traitement de la personne dépendante à l'alcool, car elle permet de se reconnaître dans une autre personne et de se réconcilier avec soi-même. Comme le soulignent les Alcooliques Anonymes, « *la valeur thérapeutique de l'aide apportée par un dépendant à un autre est sans égale* » (Gravelaine & Senk, 1995, p.52). L'identification est d'autant plus forte grâce aux caractéristiques communes soit la maladie et le désir de s'en sortir.

Par ailleurs, les pensionnaires évoquent souvent leurs douleurs, en discutant avec d'autres pensionnaires ou avec les professionnels. Sur la base de l'approche corporo-socio-psychologique, en dépit de l'envie de s'isoler, les plaintes adressées pourraient être interprétées comme étant un moyen de maintenir un lien social. Les mimiques, crispations ou autres gestuelles permettraient d'attirer l'attention de l'entourage. Comme y ont recourt les nouveau-nés, la gestuelle permet de remplacer les mots, de transmettre un message (Santiago-Delefosse, 2002).

Concernant les relations familiales, les résultats mettent en évidence une nette différence de vécus entre la période de consommation et l'abstinence. En effet, durant la consommation, le vécu des relations est difficile voire inexistant. Les participants s'isolent, sont absents et les membres de la famille sont distants, les évitent également. Le nombre de disputes augmente et peut aller jusqu'à la séparation. C'est le cas de la majorité des personnes en traitement à la Villa Flora. Nevid et al. (2009) citent comme conséquences de l'alcoolisme de la violence familiale et un risque élevé de divorce. Sur la base de l'approche corporo-socio-psychologique, les comportements alcooliques peuvent être liés à la fonction *tonico-posturale*, dans le sens où les mimiques, la gestuelle, les positions du corps sont interprétées par les autres et ces derniers vont adapter leurs comportements vis-à-vis de la personne alcoolique : évitement, distance dans la consommation ou au contraire présence, proximité dans l'abstinence.

Depuis l'abstinence, les résultats montrent une amélioration au niveau des relations sociales. Les participants affirment être plus présents, plus disponibles et sentir la proximité

avec leurs proches. Ils partagent davantage de moments ensemble, notamment dans leur couple. L'amélioration des relations sociales est vue comme un bénéfice de l'abstinence et peut motiver certaines personnes à atteindre cet objectif, de retrouver leur famille, leur emploi et leur vie sociale. Cependant, pour un des participants, les relations ne se sont pas améliorées. Par conséquent, il se montre indifférent quant à sa reconsommation et minimise la gravité de la situation.

Finalement, un des objectifs du rétablissement est de pouvoir se créer un réseau et/ou renforcer les réseaux de socialisation, afin de pouvoir demander de l'aide, y trouver un soutien moral, des informations ou des ressources (Uehlinger, 1996). Les résultats mettent en évidence l'aide du traitement résidentiel ainsi qu'une aide extérieure. En effet, durant le traitement, la personne est cadrée et protégée et l'abstinence est rendue plus facile à vivre. De plus, le traitement thérapeutique permet de prévenir la rechute et devient une aide précieuse. L'aide extérieure, quant à elle, comprend toutes les personnes vers qui le pensionnaire peut se tourner : curateur, intervenant LVT, médecin, psychiatre, tuteur, parrain des Alcooliques Anonymes. Un réseau qu'il est nécessaire de mettre en place afin de poursuivre son abstinence hors traitement résidentiel.

Par ailleurs, l'individu qui passe d'un monde à l'autre voit de nombreux changements s'opérer (Santiago-Delefosse, 2002). Le support social change et les résultats mettent en lumière ces modifications : le nouvel entourage sont les autres pensionnaires, le réseau et les professionnels de la Villa Flora. Les relations avec l'entourage changent et s'ajustent.

Activités

Durant la consommation, les participants n'ont aucune activité et passent beaucoup de temps à dormir, à consommer et à rechercher le produit. L'individu se retrouve pris dans un cercle vicieux qui aboutit à l'inertie : il n'a plus d'envies, et la seule activité qu'il est capable de faire est rechercher à consommer. Lorsqu'une personne devient abstinent, il est possible qu'elle ressente un vide. Son quotidien se résumait à se nourrir, dormir, travailler pour certains et boire (Uehlinger, 1996). Il est donc nécessaire qu'elle retrouve des activités gratifiantes, pouvant lui apporter du plaisir et de la satisfaction. En effet, les activités et loisirs, grâce aux sentiments positifs qui en découlent, peuvent être une manière de ne pas être envahi de sentiments négatifs tels que la solitude, la déprime, l'ennui. Mettre en place

des activités plaisantes permet donc de prévenir la rechute. Plus la personne mettra en place des activités agréables, moins elle aura d'envie de consommer. Parmi les différentes activités citées, se trouvent le bricolage, le jardinage et les activités physiques telles que la marche ou la randonnée. Les activités se retrouvent donc directement liées au vécu corporel, au bien-être psychique et à l'amélioration des relations sociales.

Niveau socio-économique

De la consommation d'alcool, en découlent de nombreuses difficultés socio-économiques. Les résultats mettent en évidence une situation financière précaire, avec peu voire plus d'argent. C'est à l'aide du réseau, en ayant un tuteur que certaines personnes peuvent gérer leur argent. Dans cette recherche, le travail est évoqué comme ayant eu un impact sévère sur le corps.

Il est à noter que la situation socio-économique diffère selon la situation des personnes et donc du temps de leur traitement. En effet, un traitement à court terme (de 5 à 8 semaines) correspond aux personnes qui sont encore insérées socialement et professionnellement. En général, ce traitement est préventif et les personnes ont eu que peu de conséquences négatives « pour l'instant ». Les traitements à long terme (de 1 à 7 mois) visent une resocialisation et/ou une réinsertion. En général, ces personnes n'ont plus d'emploi, et parfois même, plus de logement. Ces conséquences se retrouvent fréquemment dans l'alcoolisme (Nevid & al., 2009). Le réseau devient essentiel pour ces personnes et elles peuvent être aidées par un tuteur, un curateur ou autre.

La dépendance à l'alcool a donc un impact sur les relations sociales, les activités, le travail et la situation financière. Ces conséquences affectent la personne tant au niveau physique qu'au niveau psychique. La dimension sociologique de l'alcoolisme est donc liée au vécu corporel et au vécu émotionnel de l'individu.

9.1.3 Psychologique

Au niveau psychologique, le questionnement se rapporte aux émotions ressenties, à la temporalité ainsi qu'aux comportements adoptés. Comment ces vécus sont-ils affectés ou non par la temporalité ? Quels sont les comportements adoptés vis-à-vis de la consommation et de l'abstinence ? Comment sont ressenties les émotions chez une personne dépendante à l'alcool ?

Comportements adoptés

L'analyse thématique de contenu a fait émerger plusieurs comportements adoptés. Il est nécessaire de distinguer les comportements alcooliques, durant la consommation et les comportements préventifs, durant l'abstinence.

Dans la consommation, deux comportements sont à mettre en évidence. Le premier concerne la consommation d'alcool visant à calmer les douleurs. En effet, face à des douleurs physiques et psychiques, la majorité des participants consomme de l'alcool pour faire face aux douleurs. Le deuxième comportement est en lien avec la polyconsommation. Comme parfois l'alcool ne suffisait pas, les participants consommaient des médicaments, de la drogue pour parvenir à soulager les douleurs. Ces comportements sont programmés, structurés et les pensionnaires savaient exactement ce qu'il fallait faire contre les insomnies, douleurs et symptômes physiques. Pour faire face à cet engrenage, les personnes dépendantes font un déni de ce qui leur arrive. Ce mécanisme de défense peut être associé à une stratégie de *coping*, la minimisation (Santiago-Delefosse, 2015). De par cette stratégie comportementale, les personnes minimisent leurs comportements « *ce n'est pas si grave...* ».

Le passage de la consommation à l'abstinence se fait par des changements de comportements. Il s'agit donc de trouver des comportements alternatifs pour éviter l'action automatique qu'était la consommation. Les participants citent quelques comportements préventifs adoptés, tels que la vigilance, les efforts, l'acceptation. Contre la douleur, une participante cite la méthode d'acupuncture NADA pour se soulager et remplacer les médicaments. Ils indiquent également l'aide extérieure comme les groupes de parole des Alcooliques Anonymes. Ils affirment avoir le désir de changer, d'assumer leur maladie et de s'affirmer.

Tous les comportements cités sont travaillés en thérapie et se retrouvent dans la prévention de la rechute et dans les principes des Alcooliques Anonymes. En effet, selon les AA, le désir de changer est le premier pas vers le rétablissement (Kessel, 1960). De plus, faire le choix de l'abstinence, c'est choisir un outil de rétablissement et de lutter contre le premier verre qui en amène tout une série d'autres verres. L'effort et la vigilance sont nécessaires pour avancer sur le chemin de l'abstinence. D'autre part, travailler l'affirmation de soi est

nécessaire pour rester abstinente (Mikolajczak, 2013). À la Villa Flora, des jeux de rôles concernant l'affirmation de soi sont mis en place lors de thérapies de groupe. Il est important, pour la prévention de la rechute par exemple, de montrer à la personne la pression sociale existante autour d'elle. Il y aura toujours une connaissance, un collègue qui dira « *allez, je t'offre un verre* ». Savoir dire non, s'affirmer, c'est éviter le *premier verre*. Être capable de dire non requiert une décision sincère d'arrêter de boire. La décision d'arrêter de boire devient alors un acte (Uehlinger, 1996). L'affirmation de soi représente donc un outil précieux quant au traitement des dépendances.

Finalement, les comportements préventifs peuvent être considérés comme des stratégies de *coping* face à des situations à risques. Ils peuvent être vus comme un moyen d'augmenter le contrôle perçu quant à l'alcoolisme, montrant à l'individu qu'il peut prendre le contrôle sur ses comportements et ainsi prévenir la rechute. Ces comportements sont en lien avec l'émergence de la responsabilisation dans la société actuelle (Rossi, 2015). En effet, les pensionnaires sont à présent acteur face à leur maladie et responsable de leur rétablissement.

Temporalité

L'analyse des focus groups a montré que le temps dans la consommation n'existait plus. En effet, la notion du temps n'existe plus et le temps est perdu. Le temps, dans l'alcoolisme, tourne autour de la consommation et de la recherche de produit. L'obsession de ne pas manquer de produit efface la notion du temps (de Gravelaine & Senk, 1995).

C'est pourquoi les Alcooliques Anonymes parlent de 24 heures à la fois. C'est un principe permettant de se fixer des objectifs réalisables et accessibles chaque jour, durant 24 heures, le but étant de vivre ici et maintenant. L'abstinence sur le long terme fait peur. Pour pallier à cette angoisse, la personne va se mettre comme objectif d'être abstinente un jour à la fois. Les résultats de la recherche montrent que les personnes utilisent ce principe pour avancer dans le rétablissement et ils trouvent ce dernier rassurant. Malgré certaines attentes sur le long terme, les participants ne se projettent pas dans l'avenir car il est incertain et lointain. Se projeter semble donc être un risque de rechute.

Finalement, pour les participants, le passé se rapporte à la consommation, le présent au traitement et l'avenir à la fin du traitement. Ceci est très marqué lors des thérapies de

groupes en utilisant le photo langage. En effet, sur une centaine de photos de toutes sortes, les pensionnaires doivent choisir trois images, représentant leur consommation, leur vécu de traitement et l'avenir. La plupart du temps, ils choisissent une image liée à l'enfermement pour la consommation, une liée à la construction pour le traitement et une image très positive pour leur avenir. De par cet exercice, ils mettent de l'ordre dans leur vie, dans leur expérience, dans leur soi. « *Introduire le temps, c'est mettre de l'ordre* » (de Gravelaine & Senk, 1995, p.77).

Émotions

Le vécu émotionnel diffère de la consommation à l'abstinence. Les résultats montrent que, dans la période de consommation, les émotions ressenties ne sont pas perçues. Les participants, à présent, arrivent à mettre des mots sur les émotions liées à l'alcool : de la colère, tristesse, faiblesse, solitude, honte et certains ont fait des dépressions. Un participant cite l'euphorie de la consommation, lorsqu'il est en société. Face à la souffrance et l'engrenage que peut engendrer la dépendance, deux participants ont tenté de mettre fin à leurs jours à plusieurs reprises. En utilisant l'humour, les participants peuvent dédramatiser la situation et faire face aux émotions difficiles à gérer.

Durant la consommation, les émotions sont très fortes et diffèrent des émotions ressenties dans le traitement. La première différence vient du fait que depuis l'abstinence, les personnes ressentent à nouveau des émotions anesthésiées auparavant et apprennent à les gérer grâce à la thérapie. Les participants citent les émotions suivantes : injustice, ruminations, dégoût (du passé), satisfaction, remords, lucidité, motivation.

Le vécu émotionnel durant l'abstinence est plutôt négatif, ce qui ne signifie pas que l'abstinence ne comporte pas de bienfaits, mais ces émotions sont liées à la prise de conscience des conséquences négatives de la consommation. Les pensionnaires se trouvaient loin de la réalité et n'avait pas conscience de l'impact de l'alcoolisme. Revenus à la réalité, qui peut être très douloureuse, ils ne peuvent plus se cacher avec l'alcool. D'autre part, les émotions comme les remords ou les ruminations appuient le fait que durant la consommation, les personnes dépendantes à l'alcool, en s'isolant, ont une vie très égocentrique (Wilson & Wilson, 1995). En plein déni, elles ne se rendent pas forcément compte du mal qui est fait à la famille et pensent être les seules touchées.

Etant donné que les émotions sont évitées et anesthésiées durant la consommation, il est nécessaire de pouvoir apprendre à observer, identifier et communiquer les émotions. Gérer ses émotions permet de pouvoir faire face à des situations à risques et de mettre en place des stratégies pour éviter la rechute (Mikolajczak, 2013). Par ailleurs, même si la littérature évoque des émotions et parle de compétences émotionnelles de l'alcoolisme, les émotions ressenties ne sont pas décrites. Pourtant, elles se révèlent multiples. En effet, le déni, l'anxiété, la dépression sont citées, mais en tant que « *maladie des émotions* » nous ne connaissons pas la nature des émotions ressenties.

Présentation de soi

L'analyse des focus groups permet de montrer que les pensionnaires se voient comme ayant une maladie. De ce fait, ils ne semblent pas *être* malades mais *avoir* une maladie. On retrouve une notion de fatalisme ou d'injustice liée à cette prédisposition qui peut avoir un effet déresponsabilisant. Liées au sentiment d'injustice, les participants se comparent avec les autres, vus comme la norme. Ils se voient comme étant différents des autres, car eux, ils ne peuvent pas s'arrêter. Par ailleurs, l'identification permet au groupe d'être soudé et de se comprendre. Un clivage existe donc entre *nous* et *eux*.

Paradoxalement à ce côté fataliste et déresponsabilisant qui peut également être reproché aux principes des Alcooliques Anonymes (Bourdon, 2007), les pensionnaires se voient comme acteurs de leur dépendance et ils sont donc responsables de leur maladie. Une pensionnaire relate une rupture d'abstinence en expliquant que celle-ci vient d'une faiblesse personnelle, la décision de consommer ou non lui appartenant. La responsabilité individuelle va dans le sens de la société actuelle, qui responsabilise les patients et les rendent actifs dans leur rétablissement (Rossi, 2015). Les individus peuvent alors prendre part activement au rétablissement, en travaillant notamment sur l'affirmation de soi. De plus, comme la plupart ont pris la décision de commencer un traitement, et ce, volontairement, ils se sentent responsables de leur rétablissement. Grâce au choix d'être abstinent, ils peuvent prendre à nouveau un contrôle qui leur échappait auparavant.

Vécu de la dépendance

La personne vit tant bien que mal le passage entre la consommation et l'abstinence. De nombreux ajustements sont à faire et ils nécessitent une reconstruction de son monde, à

différents niveaux. Un des participants semble être au cœur de ce processus et son discours le prouve. Pour lui, à l'heure où les focus groups ont été réalisés, son adhésion au traitement et au programme a été vécue avec difficultés. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il se trouve encore dans la phase de contemplation. Il envisage de changer de comportement car il est entré en centre de traitement mais il est encore ambivalent quant à l'abstinence. Il hésite à renoncer à la consommation. Ceci est prouvé par l'injustice et/ou le regret qu'il y trouve en parlant des autres. C'est pour cette raison qu'il utilise l'humour pour parler de sa consommation. La dépendance est peut-être trop difficile à accepter pour l'instant. De plus, il se réfère à des anecdotes drôles liées à sa consommation, alors que les autres relatent un engrenage suivi de conséquences négatives. Minimiser ou utiliser l'humour représenteraient des stratégies afin de pouvoir faire face et accepter sa situation actuelle. Ce participant semble également accorder beaucoup d'importance à ce que pensent les autres et lui-même avoue avoir eu des préjugés quant aux personnes résidant à la Villa Flora. Il dit également avoir moins honte d'être en traitement actuellement.

Théories subjectives

S'arrêter sur les théories subjectives des individus permet de comprendre le sens qu'ils donnent à leur maladie. En effet, les théories subjectives facilitent l'intégration du monde nouveau, après un changement parfois brutal (Santiago-Delefosse, 2015). L'analyse des focus groups révèle que la consommation d'alcool d'un participant a entraîné de nombreux problèmes physiques. Il en parle souvent durant la discussion «*Tout ce que j'avais, c'est tout l'alcool de toute façon*». Étant donné que cette personne se trouve ambivalente face à l'abstinence, donner du sens à ce qui lui arrive permet d'apprivoiser une réalité qui peut être effrayante (Santiago-Delefosse, 2015). De plus, ses problèmes de santé peuvent être considérés comme une punition «*on ramasse ce qu'on a récolté*». L'alcool est la cause des symptômes physiques ressentis durant la consommation : fourmillements, mal au pied, rotules, chevilles et courbatures. Dans un sens, cela permettrait également d'être acteur de sa maladie en tentant de la contrôler. En se rapportant au modèle corporo-socio-psychologique, il pourrait s'agir du raisonnement analogique, dans le sens où la personne sait que les problèmes de santé résultent de la consommation d'alcool, elle rentre alors dans la logique suivante : *si je ne consomme plus, je n'aurais plus de problèmes de santé*.

Par ailleurs, selon un autre pensionnaire, les maux de tête ont causé différentes conséquences, aux niveaux professionnel, familial et personnel. L'abstinence était très dure à supporter avec le mal de tête et la rechute en est la conséquence. Dans ce cas-là, face à la rechute, donner du sens à ce qui lui arrive permet de faire face à la réalité, difficile à vivre pour lui.

Spiritualité

Finalement, en parlant de son parcours de vie, une personne s'étonne d'être encore vivante et se réfère à une puissance supérieure. Il y a quelque chose d'inexplicable, de plus fort pour expliquer un fait. En référence à la psychologie sociale, la participante utilise une attribution externe pour expliquer le fait qu'elle soit encore en vie (Cerclé & Somat, 2005). Elle se rend compte de la destruction qu'a provoquée son comportement alcoolique et s'étonne d'être vivante. La spiritualité est un des concepts clés des Alcooliques Anonyme s'agissant de croire à une Puissance Supérieure à l'homme et seule capable d'assurer le sauvetage définitif de l'alcoolique, car l'aide humaine ne suffit pas (Kessel, 1960).

Pour répondre aux questions de recherches proposées ci-dessus, le vécu de la consommation diffère de celui de l'abstinence. Au niveau de la corporéité, la personne subit une modification du vécu corporel entre la consommation et l'abstinence. En effet, les sensations physiques sont à nouveau ressenties pendant l'abstinence, et celles-ci sont directement liées au vécu émotionnel des personnes. Les douleurs présentes durant la consommation sont diminuées depuis l'abstinence. Les pensionnaires associent donc ces douleurs comme étant la cause directe de l'alcoolisme. Il en résulte de nombreux problèmes de santé. Alors que l'alcool était consommé comme antidouleur, la gestion des douleurs est plus difficile pendant l'abstinence. Finalement, tandis que le corps était négligé, oublié et représenté comme un fardeau durant la consommation, l'abstinence permet de reprendre contact avec le corps et ainsi de renouer des liens. Le corps est considéré comme extérieur à soi et la relation avec ce dernier est ambivalente.

Ces vécus sont affectés par plusieurs facteurs. Au niveau sociologique, la relation aux autres est différente entre la consommation et l'abstinence. En effet, l'abstinence a un impact positif sur la relation à l'entourage. Un des points clés est l'importance de la relation avec les autres pensionnaires, bien plus forte que celle avec les thérapeutes. Les personnes

alcooliques se construisent un support social, avec le réseau, leur permettant d'avancer sur le chemin de l'abstinence. La temporalité affecte également le vécu de ces personnes. Durant la consommation, le temps était arrêté. Une journée de 24 heures tournait, pour la majorité des personnes, autour de la recherche et de la consommation d'alcool. Dès l'abstinence, ce temps est à disposition et les personnes peuvent mettre en place diverses activités : bricolage, jardinage, marche etc. Unanimement, ils suivent un des principes des AA *un jour à la fois*, en évitant de se projeter dans l'avenir. Le niveau socio-économique est également affecté : les pensionnaires, pour la plupart, n'ont plus de travail et le manque d'argent se fait sentir.

Au cours du traitement, les personnes changent de comportement pour prévenir la rechute. Elles travaillent sur de nouveaux comportements à adopter, et ce, à différents niveaux : l'acupuncture, l'affirmation de soi, la vigilance. Un travail sur soi est donc nécessaire, notamment au niveau émotionnel. Les émotions étaient anesthésiées durant la consommation et le travail se base sur l'observation et la gestion de celles-ci. De nombreuses émotions ont été identifiées et diffèrent entre la consommation et l'abstinence. Elles sont très liées à la prise de conscience de la réalité et des conséquences des comportements alcooliques.

Les résultats des focus groups ont permis de mettre en évidence les liens complexes entre le corps et l'esprit dans le cas de la dépendance à l'alcool. C'est ce qui est repris chez le philosophe Gilles Deleuze, dans *l'Abécédaire de Gilles Deleuze* (1988), un téléfilm regroupant huit heures d'entretien sur différents thèmes. La lettre B comme « *Boisson* » est un thème très personnel se rapportant directement à son alcoolisme. Il appréhende, entre autres, la question du recommencement, de la répétition, en se demandant ce qui mettrait fin à une dépendance et quelles sont les limites d'un alcoolique. À la question « *Comment on cesse de boire ?* », il répond :

*« C'est trop dangereux. Problèmes de drogues et d'alcool ne sont pas forcément séparés. Il y a un moment, ça devient trop dangereux. Parce que là aussi c'est une crête, c'est un mince défilé. Ça va très bien de boire, se droguer on peut toujours faire tout ce qu'on veut, si ça ne vous empêche pas de travailler, si c'est un excitant. **C'est normal d'offrir quelque chose de son corps en sacrifice.** D'un côté c'est très sacrificiel ces attitudes de boissons, de drogue. On offre son corps en sacrifice, pourquoi ? **Sans doute parce qu'il y a quelque chose de trop fort,***

*qu'on ne pourrait pas supporter sans alcool. Ce n'est pas la question de supporter l'alcool. C'est peut-être ce qu'on croit voir, ce qu'on croit éprouver, ce qu'on croit penser ce qui fait que, on éprouve le besoin de boire pour pouvoir supporter. Pour pouvoir le maîtriser on a besoin d'une aide, d'alcool, drogue etc. la frontière est très simple. **Voilà que boire et tout ça est censé presque rendre possible quelque chose de trop fort, même si on doit le payer après, on sait bien.** [...] Et en même temps on s'aperçoit de plus en plus que l'on croyait l'alcool ou la drogue nécessaire n'est absolument pas nécessaire c'est-à-dire peut être qu'il faut être passé par là pour s'apercevoir que tout ce que l'on a cru faire grâce à l'alcool on pouvait le faire sans [...]».*

9.3 Rôle du psychologue de la santé

Le psychologue de la santé a une réelle place dans la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool. En effet, le psychologue de la santé prend en considération les changements entre le monde de la santé et le monde de la maladie. Il s'intéresse aux changements au niveau relationnel mais également émotionnel et corporel. Il pourra prendre en compte ce qui se passe lorsque la vie quotidienne est ébranlée par la maladie. En considérant l'être humain dans son contexte, situé historiquement, le psychologue va aider l'individu tant au niveau corporel, social que psychologique.

Au niveau corporel, et selon les résultats de la recherche, le psychologue pourra travailler sur la douleur ressentie et interpréter les plaintes des individus, notamment liées aux représentations du corps. De plus, il pourra travailler sur le vécu du corps et permettre aux personnes de réapprendre à vivre avec leurs corps ainsi que de réintégrer une conception positive de leurs corps.

Au niveau social, le psychologue de la santé accompagne la personne dans les modifications de support vécu. Le travail peut consister à reprendre contacte avec l'entourage, ainsi qu'à développer un réseau social. De plus, grâce à l'aide du réseau, il peut mettre en place une aide extérieure bénéfique pour le rétablissement sur le long terme.

Au niveau psychologique, le rôle du psychologue de la santé est d'une part d'investiguer les processus cognitifs et les émotions liées aux comportements de consommation. En mettant en évidence les croyances et théories subjectives de la maladie présentes, il pourra travailler sur l'affirmation de soi, afin d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle. D'autre part, le

psychologue de la santé peut travailler sur les comportements adoptés lors de la consommation et mettre en œuvre des stratégies de *coping* efficaces pour prévenir la rechute. Mettre en place des comportements préventifs permet également d'augmenter le sentiment de contrôle interne. Son rôle est de responsabiliser l'individu, le rendre actif dans sa maladie.

Finalement, le psychologue de la santé a un rôle à jouer au sein d'une équipe pluridisciplinaire. En effet, il peut être d'une aide précieuse auprès des soignants, notamment en améliorant la relation soignants-soignés ainsi que sur l'adhésion au traitement.

9.2 Forces et limites

Le modèle corporo-socio-psychologique permet de prendre en considération la manière dont la dépendance affecte les trois dimensions que sont la corporéité, le sociologique et le psychologique. De plus, ce modèle étant en spirale et donc dynamique, les dimensions sont liées entre elles et indissociables, ce qui a été observé grâce à l'analyse des focus groups. Le modèle corporo-socio-psychologique apporte une nouvelle vision au modèle biopsychosocial car il permet de comprendre ce qui se passe réellement du point de vue psychologique.

Avec sa vision intégrative, le modèle corporo-socio-psychologique est pertinent pour l'alcoolisme. En effet, en prenant en considération la corporéité, il peut tout à fait être intégré dans le cadre de la Villa Flora et avoir une fonction complémentaire aux autres modèles utilisés. L'analyse corporo-socio-psychologique a permis de faire émerger et mettre en lumière différents thèmes essentiels, tels que la corporéité, qui représente le thème principal de cette recherche. Cette approche a donc permis de donner davantage de valeur au thème de la corporéité ainsi que celui de la temporalité. Le modèle permet, en outre, de considérer les modifications et les ajustements des vécus de la santé et de la maladie, notamment du passage entre la consommation et l'abstinence. Finalement, il prend en considération le vécu subjectif ainsi qu'une explication phénoménologique de la maladie. Il permet donc une modélisation pertinente entre corporéité, affectivité/cognition et socialisation et laisse la place à la diversité des réactions possibles tout en restant un modèle suffisamment général.

Une des forces de cette recherche relève de ma fonction de stagiaire au sein de l'institution dans laquelle les focus groups ont été réalisés. Premièrement, une alliance était déjà créée entre les pensionnaires et moi-même. Certaines personnes rencontrent de la difficulté à parler de leurs ressentis et vécus. Ils sont souvent sollicités à en parler durant les groupes thérapeutiques. Durant mon stage, j'ai pu animer des groupes thérapeutiques et assurer la présence éducative durant les journées. Une relation de confiance a été créée et les pensionnaires ont été ravis de pouvoir participer à cette recherche. De plus, mon intérêt certain pour la problématique des dépendances et mes connaissances pratiques sur la thérapie et les approches utilisées m'ont permis d'aller plus loin dans ma réflexion grâce aux compétences acquises durant le stage.

En outre, il existe des limites quant à mon statut de stagiaire au sein de la Villa Flora. D'une part, étant donné que j'animais des groupes thérapeutiques, les pensionnaires sont restés dans ce même contexte. Ils avaient alors tendance à me regarder en attendant un retour de ma part ou une nouvelle question. Habités à partager leur histoire dans les groupes ou entre eux, certains détails ont été considérés comme acquis et n'ont pas été davantage développés (problèmes de santé ou histoire de leur alcoolisme). Des entretiens semi-directifs auraient permis de dépasser cela. En effet, même si les focus groups comportent de nombreux avantages, à travers les entretiens, les pensionnaires auraient pu détailler davantage leurs opinions, et ce, plus librement. D'autre part, les thèmes auraient pu être développés plus en profondeur par chacun.

Une autre limite de ce travail concerne les concepts et définitions. J'ai choisi de définir l'alcoolisme comme étant une maladie. Cependant, la définition de l'alcoolisme est au cœur des débats et celle-ci pourrait être différente selon les points de vue. J'ai notamment considéré les différentes approches utilisées à la Villa Flora : le modèle biopsychosocial pour comprendre la maladie et le modèle Minnesota des Alcooliques Anonymes. Je suis consciente que ces modèles sont largement critiqués, notamment du fait que cette vision peut enfermer les personnes dans une maladie, dans une fatalité où la personne n'est plus actrice mais subit. C'est ce que j'entends parfois lors des groupes thérapeutiques « *pourquoi j'ai cette maladie* », « *j'arriverai jamais à arrêter car j'ai cette maladie* ». De plus, le modèle des AA et la Villa Flora préconisent l'abstinence comme outil de rétablissement. La consommation contrôlée est de plus en plus discutée et peut représenter une alternative

aux personnes dépendantes. En effet, consommer de manière contrôlée pourrait être vécu comme un soulagement, dans le sens où il n'y a plus cette recherche compulsive de consommer, la personne peut s'autoriser à consommer de temps à autres, en contrôlant la quantité et en ayant un suivi médical. Je reste cependant persuadée que l'abstinence reste le meilleur outil de rétablissement.

Par ailleurs, une évolution des personnes résidant à la Villa Flora est constatée. En effet, de plus en plus de personnes n'ont plus qu'un seul produit, mais consomment plusieurs produits de choix : en plus de l'alcool, une personne consommera des médicaments ou de la drogue. On parle alors d'un produit de choix et les autres sont au second plan. Il a été difficile de trouver des personnes ayant une dépendance à un seul produit, l'alcool. Aussi, les personnes ont de plus en plus de comorbidités psychologiques. Avec des problèmes d'alcool, les personnes souffrent de dépression, schizophrénie, troubles borderline, ce qui peut mettre à mal l'approche de la dépendance par le modèle corporo-socio-psychologique, ayant comme limite de ne pas s'appliquer aux maladies mentales.

En ce qui concerne l'analyse thématique, il a été difficile de faire émerger des thèmes et des catégories. En effet, deux thèmes étaient récurrents : la consommation et l'abstinence. Il était important d'éviter de tomber dans une vision binaire et ainsi de négliger d'autres thèmes pertinents. Étant donné que les choix de thèmes dépendent de la subjectivité du chercheur, l'accord interjuge effectué avec la co-directrice de la recherche a été nécessaire et utile pour pouvoir prendre une distance suffisante avec les grilles d'analyses et ainsi pour pouvoir les retravailler.

L'analyse des focus groups sur la base de l'approche corporo-socio-psychologique a, dans un premier temps, été plus accessible, se basant sur trois thèmes existants : la corporéité, le social, le psychologique. Il a été plus difficile de placer les catégories et sous catégories dans chaque thème car ces dernières pouvaient autant appartenir à l'une qu'à l'autre. Par exemple, le fait de boire de l'alcool pour oublier ses douleurs pouvait autant être une catégorie du vécu corporel qu'appartenir aux théories subjectives. Plusieurs verbatim se recoupaient et il était nécessaire de prendre en considération le contexte de l'énoncé. Bien que les dimensions soient liées et indissociables, le risque de délimiter et de prendre chaque dimension séparée existe.

Finalement, les résultats ont été obtenus à partir de l'étude de huit personnes résidant dans un centre de traitement des addictions à Sierre. Il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution car cette recherche concerne un contexte précis, à un moment donné, d'un groupe de personnes dépendantes à l'alcool et les résultats ne peuvent donc pas être généralisables à toutes personnes dépendantes de la Villa Flora, ni dans un autre centre de traitement des addictions.

10. CONCLUSION

La consommation d'alcool fait partie de notre culture et se situe entre source de plaisir et problématique socio-économique. Au sein de la Villa Flora, plusieurs approches sont utilisées afin de traiter la dépendance. Cette présente recherche avait pour but d'explorer la place de la corporéité des personnes dépendantes à l'alcool grâce à un modèle complémentaire aux approches utilisées à la Villa Flora et alternatif au modèle biopsychosocial, le modèle corporo-socio-psychologique.

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence les répercussions de l'alcoolisme à trois niveaux ; corporel, social et psychologique. De nombreuses modifications du vécu existent entre la consommation et l'abstinence. L'individu n'est pas passif dans son rétablissement, mais donne du sens à ce qui lui arrive. Il est responsable de sa maladie et tente tant bien que mal de la maîtriser.

Au niveau du vécu corporel, les résultats mettent en évidence une représentation très dualiste du corps et de l'esprit. La place du corps semble secondaire et ambivalente. Cependant, l'analyse des focus groups par l'approche corporo-socio-psychologique montre que la dépendance résulte de liens indissociables et complexes entre le corps et l'esprit. Dès l'abstinence, la reprise de conscience du corps est difficile ; ce dernier étant vu comme extérieur à soi. La représentation est ambivalente, d'une part il est ami, d'autre part ennemi et c'est un réel travail de redécouverte qui s'impose.

Au niveau sociologique, il en ressort une relation privilégiée entre les pensionnaires. Le fait de vivre en communauté permet de nouer de nouvelles relations qui étaient inexistantes durant la consommation. D'autre part, l'engrenage de l'alcoolisme amène des difficultés au niveau socio-économique : la perte d'un travail ainsi que des difficultés financières.

Le vécu émotionnel semble plus difficile à vivre durant l'abstinence que durant la consommation. En effet, les émotions ne sont plus inhibées par l'alcool, elles sont à nouveau présentes et la gestion de ces dernières est un véritable défi pour les pensionnaires. Les émotions telles que la culpabilité, le remords, le dégoût sont liées à la prise de conscience des conséquences négatives de l'alcoolisme et de l'engrenage dans lequel les participants se trouvaient. Retrouver une hygiène de vie, prendre conscience du temps à disposition permet de remettre de l'ordre, de retrouver un rythme de vie et représente un outil de rétablissement pour les participants.

L'abstinence comporte donc de nombreux bénéfices, tant au niveau du développement de nouvelles activités, à l'amélioration du support social qu'aux vécus corporel et émotionnel. Cependant, malgré les bénéfices approuvés par la majorité, quelques participants ont rechuté, notamment pour un des participants pour qui la douleur éprouvée était insupportable sans alcool. Par ailleurs, les principes des Alcooliques Anonymes apportent une aide précieuse, particulièrement en ce qui concerne la temporalité : vivre au jour le jour permet de faire ce qui est possible durant 24 heures, sans craindre un futur incertain. La seule différence notable entre les deux focus groups effectués, soit les personnes en début et celles en fin de traitement concerne le thème abordé du suicide. Les pensionnaires relatent leurs tentatives et les moyens de mettre fin à leurs jours au second degré, qui met en évidence la souffrance de leur vécu, pendant la consommation mais également durant l'abstinence.

Le vécu de l'abstinence a donc un impact sur le vécu corporel, les relations avec les autres et sur le vécu émotionnel et psychologique. Il paraît donc nécessaire de pouvoir intégrer la corporéité dans la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool. En complément du travail sur les émotions, il est nécessaire de pouvoir travailler sur le vécu corporel, les douleurs ainsi que le sens donné à ce qui leur arrive. En prenant en compte les résultats présentés, travailler sur la douleur permettrait donc d'éviter la rechute. Dans cette optique, la psychologie de la santé permet d'apporter un regard complémentaire aux différentes approches utilisées dans le traitement des personnes dépendantes.

Ainsi, la psychologie de la santé permet de mettre en évidence le vécu corporel de la personne dépendante. Le corps est bien présent et c'est grâce à lui que la relation au monde est possible, mais il semble inconsciemment absent et étranger. Pour de futures recherches,

ne serait-il pas pertinent d'intégrer le corps dans la thérapie, à travers des exercices psychocorporels ainsi que par une exploration du vécu subjectif durant le processus thérapeutique, en prenant en compte la temporalité et les relations aux autres ? Un challenge possible et nécessaire, car finalement, comme le souligne Le Breton (1992, p.28), « *Le corps semble aller de soi, mais rien finalement n'est plus insaisissable* ».

11. BIBLIOGRAPHIE

Addiction Suisse (2014). *Alcool : un bien culturel, un bien de consommation et une substance psychoactive*. Repéré http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Focus_Alcool.pdf

Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (2003). *Alcoholics Anonymous* (4e éd.) New York : AAWS, Inc.

Bien, T.H., Miller W.R., & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336

Bourdon, M.-C. (2007). L'alcoolisme n'est pas une maladie. *Journal L'UQAM*, 33 (17).

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101

Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles* (2^e éd.). Paris: Dunod.

Cerclé, A. & Somat, A. (2005). *Psychologie sociale. Cours et exercices*. Paris : Dunod.

Cungi, C. & Nicole, S. (2014). *Faire face aux dépendances : Alcool, tabac, drogues, jeux, interne*. Paris : RETZ

de Gravelaine, F., & Senk, P. (1995). *Se libérer de ses dépendances*. Paris: Robert Laffont

Derely, M. & Dermine, C. (2001). Cure de désintoxication. Programme thérapeutique à partir d'un cadre hospitalier psychiatrique. *Le Carnet PSY*, 1 (61), 28-31.

Descombey, J-P. (2009). Le corps de l'alcoolique, tâche aveugle pour lui et ses interlocuteurs médicaux. *L'information psychiatrique*, 1 (85), 51-55.

Fainzang, S. (1995). L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang. *L'homme*, 135 (3), 109-125.

Fischer, G-N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Fischer, G-N., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris: Dunod.

Fischer, G-N., & Tarquinio, C. (2014). *Psychologie de la santé. Applications et interventions*. Paris: Dunod.

Flick, U. (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales*. Paris : Harmattan.

Gelin, Z. (2013). Introduction à l'Interpretative Phenomenological Analysis. Présentation PowerPoint. Repéré à

https://moodle.umons.ac.be/pluginfile.php/57109/mod_resource/content/1/Introduction%20%C3%A0%20IIPA.pdf

Gloor, V., Walhen, R., Clausen, F., Favre, F., Chiolero, A. (2014). *Perception de la santé et comportements de santé en Valais. Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2012*. Sion : Observatoire de la santé (OVS)

Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. (2015). *Monitoring suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2014*. Lausanne : Addictions Suisse.

Gomez, H. (1999). *La personne alcoolique*. Paris : Dunod.

Gorwood, P. (2000). Génétique de l'alcoolisme, de la toxicomanie, de la dépendance ou des addictions ? *Le Courrier des addictions*, 1 (2).

Gorwood, P., Le Strat, Y. & Ramzo, N. (2008). Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. *Psychotropes*, 3 (14), 29-39

Heary C., & Hennessy E. (2002). The Use of Focus Group Interviews in Pediatric Health Care Research. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(1), 47-57.

Kessel, J. (1960). *Avec les Alcooliques Anonymes*. Paris : Gallimard.

Le Breton, D. (1992). *Sociologie du corps. « Que sais-je »*. Paris : Presses Universitaires de France.

Le Breton, D. (2009). Adieu au corps, multiplication des corps, biffures du corps, in Doucet et al., pratiques et usages du corps dans notre modernité. *L'ailleurs du corps*, 181-185.

- Le Breton, D. (2010). Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et processus initiatique. *Revue française de psychosomatique*, 2 (38), 85-95
- Lécaillier, D. & Michaud, P. (2004). L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26 (2), 129-134
- Marmet S., Rehm J., Gmel G., Frick H. & Gmel, G. (2014). Alcohol-attributable mortality in Switzerland in 2011 – age-specific causes of death and impact of heavy versus non-heavy drinking. *Swiss Medical Weekly*; 144.
- Marzano, M. (2005). Du corps, qu'en est-il? *Cités*, 1 (21), 9-15
- Meyor, C. (2007). Le sens et la valeur de la démarche phénoménologique. *Recherches qualitatives, hors série 4*, 103-118.
- McMurrin, M. (1994), *The Psychology of Addiction*. Bristol : Taylor & Francis Inc.
- Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Nevid, J., Rathus, S. & Greene, B. (2009). *Psychopathologie* (7e éd.). Paris : Education Pearson.
- Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé*, (2e éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Olds, J. & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419-427.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1994). *Classification internationale des maladies chapitre V (F) : Troubles et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche* (10^e éd. rév. ; traduit par C.B. Pull). Paris : Masson.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2015). *Consommation d'alcool. Aide-mémoire N°349*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/>
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2006). *Thérapies Cognitives et Comportementales et Addictions, Médecine – Sciences*. Paris : Flammarion.

Régie fédérale des alcools (RFA) (2014). L'alcool en chiffres 2014. Repéré à <https://www.eav.admin.ch/eav/fr/home/dokumentation/publikationen/zahlen-und-fakten.html>

Palmer, M., Larkin, M., de Visser, R. & Fadden, G. (2010). Developing an Interpretative Phenomenological Approach to Focus Group Data, *Qualitative Research in Psychology*, 7 (2), 99-121.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles : Mardaga.

Uehlinger, C. (1996). *Abstinence. Manuel du praticien pour l'aide à la prévention des rechutes alcooliques*. Genève : Médecine et Hygiène.

Wilson, J.R., & Wilson, J.A. (1995). *Comprendre les dépendances. Dictionnaire des termes et concepts utilisés dans les programmes douze étapes*. Montréal : Sciences et Culture.

Zarka, Y.C. (2005). Culte de l'individu et perte de l'identité. *Cités*, 1 (21), 3-6

Villa Flora (2011). *Tableau synoptique des dépendances*. Document inédit, Sierre, Suisse.

Villa Flora (2011). *Les prestations de la Villa Flora*. Document inédit, Sierre, Suisse.

Vidéos en ligne

Boutang, P.-A. & Parmart, M. (1988). *L'Abécédaire de Gilles Deleuze. B comme Boisson*. [Vidéo en ligne]. Repéré à

https://www.youtube.com/watch?v=eILXcyBbQYI&list=PL3KuoFAFw68mZ9Qb_LtzjStwLxaIEC7DJ.

Cours

Rossi, I. (2015). Corps, normes et médecines. Université de Lausanne

Santiago-Delefosse, M. (2015). *Psychologie de la santé : théories et modèles*. Université de Lausanne

ANNEXES

I. Les 12 étapes des AA

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool - que nous avons perdu la maîtrise de notre vie.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevons.
4. Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts.
7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.
8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.
9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevons, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

II. Canevas des focus groups

Thèmes	Questions	Relances
1. Abstinence	Comment vivez-vous l'abstinence?	Quels liens voyez-vous entre l'abstinence et votre corps? Et votre esprit?
		Dans quelle mesure l'abstinence est liée à vos relations?
		Comment parler d'abstinence aux autres?
2. Corporéité	Comment vivez-vous votre corps ? Que ressentez-vous ?	Avec alcool?
		Sans alcool?
		Dans quelle mesure est-il important?
		Dans quelle mesure est-il confortable ou insupportable?
3. Relations aux autres	Comment se passent vos relations avec les autres?	Avec les autres pensionnaires?
		Avec le corps médical?
		Avec votre entourage?
		Solitude ?
4. Temporalité	Comment vivez-vous ce moment à la Villa Flora, par rapport à avant et à après et futur plus lointain ?	Comment vivre ici et maintenant?
		Comment voyez-vous votre rétablissement? A court terme? A long terme?
		Comment appréhendez-vous l'avenir?

III. Décision positive de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD)



COMMISSION CANTONALE
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
SUR L'ÊTRE HUMAIN

CER-VD

Av. de Chailly 23
1012 Lausanne

Madame
Tiffanie Richard
Avenue des Platanes 11D
3960 Sierre

Lausanne, le 18 mai 2016
Réf. AP/cc

Décision de la Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD)

No de protocole	2016-00433
Titre	Corporéité et dépendance à l'alcool Travail de master de Mme Tiffanie Richard
Investigateur principal	Tiffanie Richard
Date de soumission	18.03.2016 et 28.04.2016

I. Procédure

La CER-VD a statué en :

Procédure ordinaire	<input type="checkbox"/>	
Procédure simplifiée	<input checked="" type="checkbox"/>	12.04.2016
Décision présidentielle	<input checked="" type="checkbox"/>	18.05.2016

II. Décision

La décision concerne: VS **Institution: Villa Flora**

Autorisation accordée

Signification: L'étude peut commencer selon le plan de recherche accepté. Elle doit être menée dans le cadre des dispositions légales en vigueur.

Les études cliniques de catégorie B et C sont soumises aux conditions additionnelles:

1. les éventuelles remarques émises par les autorités fédérales (Swissmedic/OFSP/OFEV) ne suscitent pas de modifications des documents approuvés par la CER-VD;
2. l'autorisation des autorités fédérales (Swissmedic/OFSP/OFEV) est obtenue.

III. Classification

Projet de recherche au sens de l'ORH:

recherche sur des personnes

Catégorie A B

réutilisation du matériel biologique ou des données personnelles liées à la santé

personnes décédées

embryons et des fœtus

avec rayonnements ionisants

IV. Justifications de la décision/Remarques

Pas de remarque

V. Taxes et émoluments

Déjà facturé

VI. Voies de recours

La présente décision peut faire l'objet d'un recours au Tribunal cantonal, Cour de droit administratif et public. L'acte de recours doit être déposé auprès du Tribunal cantonal dans les **30 jours** suivant la communication de la décision attaquée ; il doit être signé et indiquer les conclusions et motifs du recours. La décision attaquée est jointe au recours. Le cas échéant, ce dernier est accompagné de la procuration du mandataire.

VII. Communication au requérant, et en plus à:

Promoteur Swissmedic OFSP

Autres

VIII. Composition de la Commission lors de la prise de décision

Décision Présidentielle: Prof. André Pannatier, Vice-président



Prof. André Pannatier
Vice-président

La décision de la CER-VD se base sur les documents soumis via le portail électronique. Selon vos indications il s'agit de:

3. Participant information sheet and informed consent (ICF)

[richard-formulaire-consentement-28.04.2016.pdf](#) 28/04/2016 2

4. Study plan (protocol), signed and dated

[richardtiffanie-hro-project-id-28.04.2016.pdf](#) 28/04/2016 2

[Tiffanie Richard Documents révisés par points 28.04.2016.pdf](#) 28/04/2016 1

6. Investigator's CV, dated

[Tiffanie Richard CV daté 24.04.2016.pdf](#) 24/04/2016

La CER-VD s'alligne sur les principes ICH GCP

Obligations du requérant (promoteur ou investigateur):

1. En cas de révision :

- Les documents révisés sont mis à disposition des autorités compétentes pour approbation.
- Les documents révisés doivent être soumis une fois en mode « suivi des modifications » et une fois en mode « modifications acceptées » (« track changes » et « clean »).
- Les informations sur le projet de recherche ainsi que les nouveaux documents sont à soumettre via le compte de soumission électronique du projet de recherche (BASEC). Veuillez vous référer à l'article « How to submit amendments, new documents or update fields of a submission? » disponible dans la page de support dans l'interface de soumission.

2. Les événements indésirables graves, la fin ou l'arrêt prématuré d'un essai clinique et les modifications essentielles sont annoncés via le compte de soumission électronique du projet de recherche selon les dispositions légales en vigueur.

3. Pour les essais cliniques, le rapport final est soumis à la CER-VD via le compte de soumission électronique du projet de recherche dans un délai d'un an au plus tard.

4. Les essais cliniques sont enregistrés dans un registre primaire de l'OMS (puis dans la banque de données complémentaire de la Confédération (Swiss National Clinical Trials Portal [SNCTP])).

IV. Fiche d'information



ADDICTION | VALAIS
SUCHT | WALLIS

Corporéité et dépendance à l'alcool.

La place de la corporéité chez les personnes dépendantes à l'alcool.

Ce projet est organisé par Tiffanie Richard

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon stage de master en psychologie, je vous propose de participer à mon projet de recherche, en vue de l'écriture de mémoire final de master. Cette feuille d'information décrit le projet de recherche de manière détaillée.

Information détaillée

1. Objectifs du projet de recherche

L'objectif principal est de comprendre la manière dont les personnes en traitement de dépendance à l'alcool vivent leur corps depuis l'abstinence. La corporéité représente la manière dont la personne est ancrée au monde, de par ses émotions, sensations physiques et de par son lien avec soi et avec autrui (Santiago-Delefosse, 2002). Dans une situation d'alcoolisme, le corps est oublié, laissé de côté et vécu comme étant extérieur à soi (Descombey, 2009). Dans le cadre d'un traitement de dépendance à l'alcool, les représentations du corps changent. Un des objectifs principaux de cette étude est d'explorer les changements dans le vécu de la corporéité. Dans un deuxième temps, les relations avec les autres ainsi que le vécu du temps seront explorés.

2. Sélection des personnes pouvant participer au projet

Vous pouvez participer à ce projet car vous êtes en traitement à la Villa Flora depuis au moins une semaine. Vous êtes un homme ou une femme majeur-e et acceptez de donner votre consentement pour participer à cette recherche.

3. Informations générales sur le projet

Selon la littérature, une personne en traitement et visant l'abstinence, sans consommation, ressent des sensations physiques et des émotions inhibées durant la consommation (Mikolajczak, 2013). En complément des approches thérapeutiques utilisées à la Villa Flora, l'étude vise donc à explorer la place du vécu corporel chez les personnes qui ne consomment plus, en traitement dans un centre spécialisé.

Plus précisément, je souhaite explorer la manière dont les personnes vivent leur corps, leurs sensations physiques et leurs émotions. De plus, cette recherche permet de prendre en considération la manière dont les personnes vivent l'abstinence durant le traitement. En lien avec ce vécu corporel en évolution, vous développerez l'évolution de vos relations avec les autres ainsi que les dimensions temporelles de votre vécu, avant, pendant et après le traitement.

Sur cette base théorique, mes questions de recherche sont les suivantes :

- ✓ Comment une personne souffrant d'un problème avec l'alcool se représente-t-elle son corps et ses diverses manifestations?
- ✓ Comment ressent-elle son corps et quel sens donne-t-elle à ses ressentis?



- ✓ Comment ces vécus sont affectés ou non par la temporalité et les modifications au cours du traitement?

4. Déroulement pour les participants

Cette recherche va comporter deux focus groups d'environ 45 minutes, constitués de 4-5 participants pour chaque focus group. Vous allez participer à un des deux focus groups selon votre sexe. Le focus group est une discussion structurée autour des thèmes spécifiques suivants : la corporéité, l'abstinence, les relations avec les autres et la temporalité.

Les participants sont des personnes dépendantes à l'alcool en traitement résidentiel à la Villa Flora. Les participants peuvent prendre la parole sans craindre de jugement, ni de divulgation à l'institution, car ce qui se dit reste dans le groupe de pensionnaires. Au début de la discussion, la responsable de projet (moi-même) débutera l'enregistrement des discours à l'aide d'un dictaphone.

5. Bénéfices pour les participants

Il n'y a pas de bénéfices directs liés à cette recherche. De manière indirecte, cette étude pourrait être bénéfique à de futurs résidents, dans le sens où s'intéresser à la corporéité pourrait constituer un outil complémentaire dans leur prise en charge.

6. Droits des participants

Vous ne devez prendre part à ce projet que selon votre propre volonté. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement du focus group, vous n'aurez pas à vous justifier. Les discours que vous aurez exprimés seront effacés de la transcription effectuée par moi-même. Cela ne changera rien à votre prise en charge habituelle.

7. Obligations des participants

Il n'y a aucune obligation relative aux participants.

8. Risques

Le projet ne présente aucun risque pour la santé des participants.

Confidentialité des données

La discussion est enregistrée à l'aide d'un dictaphone et les données sont confidentielles. À la suite de la récolte de ces données brutes, une transcription sera effectuée par la responsable de projet (moi-même). A la fin de la transcription, l'enregistrement sera détruit. Les données seront alors analysées grâce à une méthode d'analyse thématique de contenu (Braun & Clarke, 2006).

La méthode qualitative d'analyse thématique de contenu est une approche inductive des discours qui va permettre une déconstruction et reconstruction du discours sous forme de séquençage et codage en catégorisations et thèmes. Les données brutes sont enregistrées sur un CD-ROM qui sera détruit par la responsable de projet (moi-même) après la défense du mémoire de master. La



défense aura lieu en septembre 2016. Seules Madame Santiago-Delefosse et moi-même auront accès à ces données

La confidentialité sera garantie lors d'éventuelles présentations du travail dans le monde scientifique. Aucune transmission à des personnes tierces des données brutes ne sera effectuée. Les données codées ne seront consultées que par ma directrice de mémoire de master (Prof. Marie Santiago Delefosse). Les données récoltées ne seront pas communiquées à l'institution. De plus, les participants donneront leur accord pour que le contenu du focus group ne soit pas divulgué à l'extérieur du groupe.

Si un participant retire son consentement, ses discours spécifiques dans le cadre du focus group seront retirés de la transcription. Comme la transcription des focus groups est effectuée par la project leader, cette suppression sera réalisée de manière systématique.

9. Rémunération des participants

L'étude ne bénéficie d'aucune source de financement. Si vous participez à ce projet, vous ne recevrez pour cela aucune rémunération. Ni vous, ni votre **caisse** maladie n'aurez à supporter quelque frais que ce soit découlant de votre participation.

10. Interlocuteur(s)

En cas de doute, de craintes ou d'urgences pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'un des interlocuteurs suivants :

Responsable du projet : Tiffanie Richard

Psychologue responsable de la Villa Flora : Anne-Pascale Métrailler

11. Références les plus pertinentes

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.

Descombey, J-P. (2009). Le corps de l'alcoolique, tâche aveugle pour lui et ses interlocuteurs médicaux. *L'information psychiatrique*, 1 (85), 51-55.

Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris: Dunod.

Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé: Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles: Mardaga.

V. Grille d'analyse selon le modèle corporo-socio-psychologique

Thèmes	Catégories	Sous-catégories
Corporéité	Sensations corporelles / physiques - symptômes	Fatigue Perte d'équilibre Fourmillements Respiration Tremblements Odeurs Transpirations / Coups de chaud Nervosité Insomnie Vomissements
	Douleurs	Crampes Maux de ventre Maux de tête Douleurs aux jambes Inconscience de la douleur Prise de conscience de la douleur Gestion de la douleur
	Représentations du corps	Obstacle Fardeau Ami Ennemi Aide Amour Recul Repos Paix avec son corps Combat contre son corps Vieux Schnok Ambivalence
	Vécu du corps	Réapprivoiser Entretien du corps Hygiène de vie Impuissance Souffrance Indifférence Négligence Oubli du corps Coup de vieux Inertie Épuisement
	Problèmes de santé	Arthrose Diabète Problème dermatologique Greffe d'organe

Psychologique	Comportements	Isolement Suicide Consommation Polyconsommation Alcool comme antidouleur Alcool pour oublier
	Comportements préventifs	Aide extérieure (AA, VF) NADA / acupuncture Abstinence Affirmation de soi Désir de changer Vigilance Efforts Acceptation Assumer
	Temporalité	Objectifs Attentes Ici et maintenant Aide Incertitude face à l'avenir Perte de la notion du temps Perte de temps Appréhension
	Emotions	Tristesse Déception Irritabilité Colère Solitude Injustice Ruminations Dépression Dégoût Euphorie Satisfaction Fatigue mentale Remords Culpabilité Honte Lucidité Meilleur raisonnement Motivation Présence /absence d'émotions Difficulté à gérer les émotions
	Présentation de soi	Malade Responsable, acteur de son rétablissement

	Théories subjectives	Alcool cause des problèmes de santé Maux de tête cause de l'alcoolisme et des conséquences négatives
Sociologique	Relation aux pensionnaires	Soutien Influence Aide Vécu positif Adaptation Franchise Identification Transparence Non jugement Conflits Confiance Amitié Spontanéité Facilité de partage Aide Dimension familiale Disponibilité Découvertes
	Relation aux professionnels	Observation Distance Confiance
	Relations à la famille	Proximité Présence Pardon Évitement Solitude Dispute Indifférence Absence Distance Appréhension Séparation Motivation Améliorations Partage
	Activités	Activités physiques Marche Jardin Bricolage
	Situation financière	Manque d'argent Problèmes d'argent

	Travail	Impact du travail Pression Dépression
	Traitement résidentiel	Cadre Protection Aide extérieure