



HAL
open science

Addiction, spiritualité et rétablissement : le développement spirituel comme processus de rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool ? : Étude de la résilience, la qualité de vie et la spiritualité d'un échantillon de membres des alcooliques anonymes

Claire Hiernaux

► **To cite this version:**

Claire Hiernaux. Addiction, spiritualité et rétablissement : le développement spirituel comme processus de rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool ? : Étude de la résilience, la qualité de vie et la spiritualité d'un échantillon de membres des alcooliques anonymes. Religions. Université Paris Cité, 2019. Français. NNT : 2019UNIP5021 . tel-03903786

HAL Id: tel-03903786

<https://theses.hal.science/tel-03903786v1>

Submitted on 16 Dec 2022

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

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



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES



Université de Paris



LABORATOIRE
PSYCHOPATHOLOGIE
ET PROCESSUS DE SANTÉ

Addiction, Spiritualité et Rétablissement

Le développement spirituel comme processus de rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool ? Etude de la résilience, la qualité de vie et la spiritualité d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes.

Addiction, Spirituality and Recovery

Spiritual development as a recovery process from an alcohol use disorder.

A study of the resilience, quality of life and spirituality of a sample of Alcoholics Anonymous members.

Thèse de doctorat en Psychologie de Claire Hiernaux

Sous la direction de la Professeure Isabelle Varescon

Présentée et soutenue publiquement le 19 novembre 2019

Membres du jury

Serban Ionescu, Professeur émérite, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis,

Université de Québec à Trois-Rivières (examineur)

Amélie Rousseau, Professeure, Université de Lille 3 (rapporteuse)

Didier Acier, Professeur, Université de Nantes (rapporteur)

Olivier Cottencin, Professeur, Université de Lille 3 (examineur)

Directrice de thèse : Isabelle Varescon, Professeure, Université Paris Descartes – Université de Paris

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (EA 4057)

Ecole Doctorale « Cognition, Comportements et Conduites Humaines » (ED 261)

Institut de Psychologie Henri Piéron

Université de Paris



SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX	18
LISTE DES FIGURES	20
REMERCIEMENTS	21
<u>INTRODUCTION</u>	<u>25</u>
<u>PARTIE I : REVUE DE LITTÉRATURE</u>	<u>29</u>
I - LE TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL : DESCRIPTION D'UNE ADDICTION	30
1. ADDICTION ET TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL : DEFINITIONS ET CRITERES DIAGNOSTIQUES ET DE REMISSION	30
2. L'ALCOOL : LE MOT, LA MOLECULE, SES EFFETS, UN BREF HISTORIQUE	36
2.1. L'origine du mot « alcool »	36
2.2. La molécule	36
2.3. L'alcool dans l'organisme	36
2.4. Historique	37
2.5. L'alcool, un bénéfice ou un coût pour la France ?	39
3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL	39
4. DEVELOPPEMENT ET EVOLUTION DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL	40
5. MORBIDITE ET MORTALITE CONSECUTIVES AU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL	41
6. RETENTISSEMENT FONCTIONNEL DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL	43
7. CONSEQUENCES NEUROLOGIQUES DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL	44
8. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	45
SYNTHESE DU PREMIER CHAPITRE	49

II - LES ALCOOLIQUES ANONYMES	50
1. DEFINITION D'UN GROUPE D'ENTRAIDE	50
2. LES DIFFERENTS GROUPES D'ENTRAIDE DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL EN FRANCE	50
3. ORIGINE ET DEVELOPPEMENT DES ALCOOLIQUES ANONYMES	51
4. TYPOLOGIE DES CONSOMMATEURS D'ALCOOL SELON LES AA	53
5. CONCEPTION, ETIOLOGIE ET REMEDE DE L'ALCOOLISME SELON LES AA	54
6. SPIRITUALITE DES AA	58
6.1. Une conception vaste et ouverte	58
6.2. Un programme religieux, spirituel, humaniste ?	59
6.3. Démarche spirituelle préconisée par les AA : un programme spirituel en 12 étapes	60
6.4. Les apports du programme spirituel en 12 étapes	63
6.5. Motivations à adhérer au programme spirituel en 12 étapes	65
7. QUE RECOUVRE LA PARTICIPATION AUX ALCOOLIQUES ANONYMES ?	66
8. EFFICACITE DE LA PARTICIPATION AUX AA	67
8.1. Efficacité des 12 étapes comparée à celles de l'entretien motivationnel et des thérapies comportementales et cognitives	67
8.2. Profils d'assistance aux réunions et actions inhérentes à la participation aux AA les plus efficaces	70
9. LES MECANISMES D'EFFICACITE DES ALCOOLIQUES ANONYMES AUTRES QUE LA SPIRITUALITE/RELIGION	71
9.1. Médiation du changement dans les réseaux sociaux pro-abstinence et pro-consommation	72
9.2. Médiation de l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence	73
9.3. Autres mécanismes d'efficacité mis en évidence	73
SYNTHESE DU CHAPITRE « LES ALCOOLIQUES ANONYMES »	74
III - LA SPIRITUALITE DANS LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE	76
1. UN OBJET DE RECHERCHE EN EXPANSION	76
2. DEFINITION DE LA SPIRITUALITE	77
2.1. Analyse des principales définitions de la spiritualité	77
2.2. Un concept d'abord indifférencié de la religion	81
2.3. Emergence de la spiritualité comme concept propre	81
2.4. Paradigmes de la religion et la spiritualité	83
2.4.1. Orientation extrinsèque et orientation intrinsèque	83
2.4.2. « Religion as means », « religion as ends » et « religion as quest »	83
2.4.3. La recherche de sens : du « means OR ends » au « means AND ends »	84
2.5. Articulation possible de la spiritualité relativement à la religion	85

2.6.	Conceptualisations dominantes de la spiritualité	85
2.6.1.	Première approche dominante, la spiritualité comme recherche du sacré (Pargament, 1992, 1999)	85
2.6.2.	2 ^{ème} approche dominante : le développement spirituel comme une capacité intrinsèque à la transcendance de soi	90
2.6.3.	3 ^{ème} approche dominante : une religion de multiples spiritualités	90
2.6.4.	La conceptualisation de Pargament (1999) et Hill et al. (2000) appliquée à la spiritualité des AA	91
3.	DIMENSIONS DE LA SPIRITUALITE	92
3.1.	La spiritualité, un concept multidimensionnel	92
3.2.	De la création de mesures spécifiques	92
4.	SPIRITUALITE ET SANTE PHYSIQUE ET MENTALE	94
4.1.	Naissance de la recherche sur une éventuelle relation entre santé et spiritualité	95
4.2.	Mesures et principaux résultats	95
5.	SPIRITUALITE/RELIGION ET TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	99
5.1.	Spiritualité/religion et rémission d'un trouble de l'usage d'une substance psychoactive	99
5.2.	Spiritualité/Religion et participation aux AA	99
5.3.	Spiritualité/Religions avant l'adhésion AA/traitement et résultats	101
5.4.	Spiritualité/religion et abstinence	101
5.4.1.	Dimensions de la Spiritualité/religion associées à l'abstinence	101
5.4.2.	Médiation de la spiritualité/religion dans l'effet de la participation AA sur la rémission du trouble de l'usage d'alcool	102
5.5.	Facteurs explicatifs de la relation Spiritualité/religion et santé	107
5.5.1.	La spiritualité/religion induit une meilleure observance des comportements de santé	107
5.5.2.	La spiritualité/religion procure un soutien social	109
5.5.3.	Le coping S/R positif	110
5.6.	Autorégulation émotionnelle et contrôle de soi	114
5.7.	Identité sociale, concept de soi et estime de soi	115
5.8.	Sentiment de cohérence	117
5.9.	Affect positifs, optimisme, pardon, espoir, confiance, gratitude	118
5.10.	Mécanismes physiologiques	118
5.11.	Mécanismes propres à la S/R des AA	119
5.12.	La religion/spiritualité peut aussi nuire à la santé mentale	119
6.	MODERATEURS ET VARIABLES CONFONDANTES DE LA RELATION ENTRE S/R ET LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE	120
	SYNTHESE DU CHAPITRE « LA SPIRITUALITE DANS LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE »	122

IV - CONCEPTUALISATION DU RETABLISSEMENT D'UN TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL	124
1. LE RETABLISSEMENT : UN CONCEPT FLOU	124
2. CAPITAL RETABLISSEMENT	126
3. DES ETUDES SUR LA PERCEPTION DU RETABLISSEMENT PAR LES INTERESSES	127
4. MESURES DU RETABLISSEMENT	130
5. LE RETABLISSEMENT, UN PROCESSUS DE RESILIENCE ?	131
<i>SYNTHESE DE NOTRE ANALYSE DU CONCEPT DE RETABLISSEMENT</i>	133
V - ADDICTION, SPIRITUALITE ET RETABLISSEMENT : HYPOTHESES EXPLICATIVES DE LEURS POSSIBLES INTERRELATIONS AU SEIN D'UN GROUPE D'ENTRAIDE EN 12 ETAPES, LES ALCOOLIQUES ANONYMES	134
1. FACTEURS FAVORISANT ADHESION AUX AA	134
2. APPRENTISSAGE ET APPLICATION DU PROGRAMME SPIRITUEL EN 12 ETAPES : LES FACTEURS INCITATIFS	135

PARTIE II : MÉTHODOLOGIE **141**

I - OBJECTIFS, PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES	142
1. OBJECTIFS	142
2. HYPOTHESES	143
2.1. Hypothèse théorique principale	143
2.2. Hypothèses opérationnelles	143
II - POPULATION DE L'ETUDE	149
1. CRITERES D'INCLUSION	149
2. PROCEDURE DE RECRUTEMENT	150
2.1. Brève description de l'organisation des Alcooliques anonymes	150
2.2. Procédure de recrutement	150
2.3. Recrutement en ligne	152
III - ÉTHIQUE ET DEONTOLOGIE	152
1. LETTRE D'INFORMATION & CONSENTEMENT : UN AMENAGEMENT POUR LE RECRUTEMENT EN LIGNE	152
2. RESPECT DE L'ANONYMAT DES AA, PROTECTION ET JUSTIFICATION DU RECUEIL DE DONNEES PERSONNELLES	152
3. AVIS FAVORABLES DE COMITES	153
IV - OUTILS	154
1. QUESTIONNAIRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, DE PARCOURS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ADDICTIVES ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES, TRAITEMENT ET GROUPES D'ENTRAIDE (CREES POUR L'ETUDE)	154
1.1. Questionnaire socio-démographique	154
1.2. Questionnaire sur la santé, les soins et participations aux autres groupes d'entraide.	154
1.3. Questionnaire sur le parcours de consommation de substances psychoactives et addictions comportementales	154
1.3.1. Parcours de consommation d'alcool	154
1.3.2. Autres consommations de substances psychoactives	155
1.3.3. Addiction comportementale	155
1.4. Le test d'identification de troubles d'usage d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT, Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001)	155

2. EVALUATION DE LA SPIRITUALITE	156
2.1. L'échelle sur les pratiques et antécédents religieux (Religious Background and Behavior, RBB) de Connors et al (1996)	156
2.2. L'échelle de bien-être spirituel de Paloutzian et Ellison (Spiritual Well-Being Scale, SWBS, 1982)	158
3. EVALUATION DE LA PARTICIPATION AUX AA	159
3.1. Le Questionnaire de rétablissement (Recovery Interview, RI) de Morgenstern, Kahler, Frey, & Labouvie (1996)	159
3.2. Items supplémentaires	162
4. EVALUATION DU RETABLISSEMENT	162
4.1. L'échelle de résilience Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) de Connor et Davidson (2003)	162
4.2. L'échelle de la Qualité de Vie de l'OMS (World Health Organisation Quality of Life, WHOQOL-26) de Leplège et al. (2000)	163
V - METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	164
1. TRANSFORMATION DE CERTAINES DONNEES	164
1.1. Variables socio-démographiques.	164
1.2. Variables en lien avec les addictions et la participation aux AA	164
1.2.1. Quantité d'alcool quotidienne consommée pendant la période d'alcoolisation massive	164
1.2.2. Consommation d'autres substances psychotropes	165
1.2.3. Pathologies et traitements médicamenteux	165
1.2.4. Addictions comportementales	165
1.2.5. Nombre hebdomadaire de réunions	166
1.3. Scores à la SWBS (Spiritual Well-Being) et à la WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life)	166
2. ANALYSES STATISTIQUES	167
2.1. Logiciel utilisé	167
2.2. Analyses statistiques	167
2.2.1. Analyse descriptive des distributions	167
2.2.2. Analyse de la structure des outils	167
2.2.3. Comparaisons de moyennes et des proportions	167
2.2.4. Régressions linéaires multiples	167
2.2.5. Médiations causales	168
<i>Une précision sur le protocole</i>	168
SYNTHESE DE LA PROCEDURE	169

I - ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION	172
1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	172
2. ANCIENNETE AUX AA, ASSISTANCES AUX REUNIONS AA ET AUTRES GROUPES D'ENTRAIDE FREQUENTES	174
3. LIEUX DE RECRUTEMENT	175
4. PARCOURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL	175
5. AUTRES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES	176
6. TRAITEMENTS ET SUIVIS PSYCHIATRIQUES ET/OU PSYCHOLOGIQUES	178
SYNTHESE DU CHAPITRE « ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION »	179
II - SCORES ET ANALYSE DE LA STRUCTURE DES OUTILS	180
1. MESURE DE LA SPIRITUALITE	180
1.1. L'échelle sur les pratiques et antécédents religieux RBB (Religious Background and Behavior) de Connors et. Al (1996)	180
1.1.1. Présentation de la RBB	181
1.1.2. Distribution des scores RBB (présent, passé, durée de vie) et aux items	181
<i>Scores actuels</i>	181
<i>Scores avant l'arrivée aux AA</i>	183
<i>Scores sur la durée de vie</i>	184
Synthèse : notation et distribution et évolution des scores des items et de RBB	185
1.1.3. Structure de la RBB	185
<i>Analyse des corrélations</i>	186
<i>Structure de la RBB sur 13 items (période actuelle et durée de vie)</i>	187
<i>Synthèse de la structure de la RBB-13 sur l'échantillon de membres des AA et celui de Connors et al. (1996)</i>	192
<i>Structure de la RBB sur chaque sous-échelle : période actuelle et durée de vie</i>	192
Synthèse de la structure de RBB	196
1.2. L'échelle de bien-être spirituel de Paloutzian et Ellison (SWBS, Spiritual Well-Being Scale,1982)	197
1.2.1. Présentation	197
1.2.2. Distribution des scores SWBS, RWB et EWB et scores aux items	198
1.2.3. Analyse des corrélations	199
1.2.4. Consistance interne de la SWBS	200
1.3. Structure factorielle de la SWBS	201
1.3.1. Nombre d'axes factoriels	201
1.3.2. Description des axes	201
Synthèse sur la structure de la SWBS	204

2. MESURE DE LA PARTICIPATION AUX AA : LE QUESTIONNAIRE RI (RECOVERY INTERVIEW) DE MORGENSTERN ET AL. (1996)	204
2.1. Présentation	205
2.2. Distribution des scores aux items	205
2.3. Analyse des corrélations	207
2.3.1. Corrélations dans l'échantillon de 263 membres des AA	207
2.3.2. Comparaison des corrélations obtenues sur l'échantillon de 263 membres des AA avec celles de l'échantillon de validation (Morgenstern et al., 1996)	207
2.4. Structure de l'outil RI sur notre échantillon de 263 membres AA	208
2.4.1. Consistance interne / unidimensionnalité	208
2.4.2. Exploration de la structure factorielle des données (ACP, Analyse en Composantes Principales)	209
<i>Synthèse de la structure de RI</i>	214
3. MESURE DU RETABLISSEMENT	215
3.1. L'échelle de résilience CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) de Connor et Davidson (2003)	215
3.1.1. Distribution du score et des items de la CDRISC	216
3.1.2. Analyse des corrélations	216
3.1.3. Consistance interne de la CDRISC	219
3.1.4. Structure factorielle de la CDRISC	220
<i>Synthèse de la structure de la CDRISC</i>	223
3.2. L'échelle de la Qualité de Vie de l'OMS, la WHOQOL-26 (World Health Organisation Quality of Life) de Leplège et al. (2000)	223
3.2.1. Distributions des scores des sous échelles et des items la WHOQOL	223
3.2.2. Analyse des corrélations	226
3.2.3. Consistance interne	227
3.2.4. Structure factorielle des domaines de la qualité de vie	227
3.2.5. Structure factorielle de la WHOQOL	229
<i>Synthèse de la structure des domaines de la WHOQOL et de la WHOQOL</i>	231
III - RESULTATS RELATIFS AUX HYPOTHESES	232
1. PARTICIPATIONS AUX AA ET SPIRITUALITE	233
1.1. Comparaison des scores moyens SWBS, RWB et EWB et aux items de la SWBS des 263 membres des AA à ceux de l'échantillon de validation de Velasco et Rioux (2009)	233
<i>Synthèse de la comparaison des scores des 263 membres des AA à la RWB et EWB avec ceux des échantillons de validation des échelles Velasco & Rioux (2009)</i>	235
1.2. Comparaison entre les scores aux items de la RBB actuels et ceux avant leur arrivée aux AA	235
<i>Synthèse de la comparaison entre les scores aux items à la RBB actuels et ceux avant l'arrivée aux AA</i>	236

1.3. Corrélation entre les scores aux items de la RI, le nombre de réunions hebdomadaires et sur la durée de vie et l'ancienneté avec la spiritualité	236
<i>Synthèse des corrélations entre la participation aux AA et la spiritualité</i>	238
1.4. Prédiction de la spiritualité par la participation aux AA	238
1.5. Prédiction de la spiritualité des AA en fonction du nombre de réunions des AA, hebdomadaires et sur la durée de vie et de l'ancienneté aux AA	241
<i>Synthèse de la prédiction de la spiritualité par la participation aux AA</i>	242
<i>Synthèse des relations entre la participation aux AA et la spiritualité</i>	243
2. PARTICIPATION AUX AA ET RESILIENCE	243
2.1. Comparaison du score moyen de résilience chez les 263 membres des AA et celui d'une population générale	244
2.2. Corrélation de la résilience avec la participation aux AA	244
2.3. Prédiction de la résilience par la participation aux AA	245
<i>Synthèse sur la relation de la participation aux AA avec la résilience</i>	246
3. PARTICIPATION AA ET QUALITE DE VIE	247
3.1. Comparaison de la qualité de vie des AA avec celle de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool et celle de populations saines	247
3.2. Corrélation de la qualité de vie, la satisfaction de la santé, la qualité de la santé physique et psychologique et de l'environnement avec le score aux items de la RI, le score RI, le nombre de réunions hebdomadaire et sur la durée de vie et l'ancienneté aux AA	249
3.3. Prédiction de la qualité de vie par la participation aux AA	250
<i>Synthèse des relations entre les domaines de la qualité de vie et la participation aux AA</i>	253
4. SPIRITUALITE ET RESILIENCE	253
4.1. Corrélation de la spiritualité avec la résilience	253
4.2. Prédiction de la résilience par la spiritualité	254
<i>Synthèse de la relation entre la spiritualité et la résilience</i>	256
5. SPIRITUALITE ET QUALITE DE VIE	257
5.1. Corrélation entre spiritualité et la qualité de vie	257
6.1. Prédiction de la qualité de vie par la spiritualité	258
6.1.1. Evaluation de la spiritualité par les croyances, pensées, pratiques et expériences S/R	258
6.1.2. Evaluation de la spiritualité par la qualité de la relation avec un Dieu/une Puissance supérieure	259
6.1.3. Evaluation de la spiritualité par le bien-être existentiel	260
<i>Synthèse des relations entre la spiritualité et la qualité de vie</i>	262

6. LA SPIRITUALITE DES AA, UN MEDIEUR DE L'EFFET DE LA PARTICIPATION AUX AA SUR LA RESILIENCE ET LA QUALITE DE VIE ?	262
6.1. La spiritualité médiatise-t-elle l'effet de la participation aux AA sur la résilience ?	263
6.1.1. Eventuelle médiation de l'effet de la fréquence des contacts au sein des AA sur la résilience par la spiritualité	264
6.1.2. Eventuelle médiation de l'effet de la demande de conseils aux AA sur la résilience par la spiritualité	264
6.1.3. Eventuelle médiation de l'effet du nombre hebdomadaire de réunions sur la résilience par la spiritualité	264
<i>Synthèse des résultats relatifs à l'éventuelle médiation de l'effet de la participation aux AA sur la résilience par type d'évaluation de la spiritualité</i>	266
6.2. La spiritualité médiatise-t-elle l'effet de la participation aux AA sur la qualité de vie et ses différents domaines ?	267
<i>Synthèse sur les résultats des médiations de la spiritualité dans l'effet de la participation aux AA sur la QDV</i>	269

PARTIE IV : DISCUSSION **271**

I - RETOUR AUX HYPOTHESES **272**

II - DISCUSSION SUR LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, LE PARCOURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL, LES TRAITEMENTS ET SUIVIS ET LA PARTICIPATION AUX AA DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE **287**

1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES **287**

2. PARCOURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL **289**

3. CONSOMMATION DE TABAC ET DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ILLICITES **290**

3.1. Consommation actuelle et passée de tabac 290

3.2. Autres consommations de substances psychoactives passées 291

4. TRAITEMENTS POUR AFFECTIONS SOMATIQUES ET/OU PSYCHIATRIQUES ET SUIVIS PSYCHIATRIQUES ET/OU PSYCHOLOGIQUES **292**

SYNTHESE DU CHAPITRE « DISCUSSION SUR LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, LE PARCOURS DE CONSOMMATION D'ALCOOL, LES TRAITEMENTS ET SUIVIS ET LA PARTICIPATION AUX AA DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE » **295**

III - DISCUSSION RELATIVE A LA PARTICIPATION AUX AA ET LA SPIRITUALITE DES AA **296**

1. LA PARTICIPATION AUX AA **296**

2. SPIRITUALITE DES AA **299**

2.1. La spiritualité des AA : S, R ou S/R ? 299

2.2. Déterminants de la spiritualité des AA 300

3. INTENSITE DE LA SPIRITUALITE DES MEMBRES DES AA **302**

SYNTHESE SUR LA PARTICIPATION AUX AA ET LA SPIRITUALITE DES AA **303**

IV - DISCUSSION RELATIVE AUX HYPOTHESES **304**

1. LIENS ENTRE PARTICIPATION AUX AA ET SPIRITUALITE **304**

2. LIENS ENTRE PARTICIPATION AUX AA ET RESILIENCE **307**

2.1. La résilience des membres des AA 307

2.2. Liens entre participation aux AA et résilience 308

3. LIENS ENTRE PARTICIPATION AUX AA ET QUALITE DE VIE **310**

3.1. La qualité de vie comme mesure du « rétablissement » 310

3.2. Les éléments de la participation aux AA prédisant la qualité des vie 312

4. LIEN ENTRE SPIRITUALITE ET RESILIENCE **314**

4.1. La croyance en un but à la vie comme prédicteur de résilience 315

4.2. La satisfaction de la vie comme prédicteur de résilience 316

4.3. Une relation satisfaisante avec Dieu comme prédicteur de résilience 317

4.4. L'expérience de Dieu/une PS dans son quotidien comme prédicteur de résilience	320
4.5. Des pensées sur Dieu/une PS, des prédictrices d'une diminution de la résilience ?	322
5. LIEN ENTRE LA QUALITE DE VIE ET LA SPIRITUALITE	322
6. LA SPIRITUALITE COMME MEDiateUR DES EFFETS DE LA PARTICIPATION AUX AA SUR LA RESILIENCE ET LA QUALITE DE VIE	328
<i>SYNTHESES DE LA DISCUSSION RELATIVE AUX HYPOTHESES</i>	329
V - LIMITES ET INTERETS DE L'ETUDE	332
1. LIMITES	332
1.1. Limites liées aux mesures	332
1.1.1. Le questionnaire RI (Recovery Interview) de Morgenstern et al. (1996)	332
1.1.2. L'échelle sur les pratiques et antécédents religieux RBB (Religious Background and Behavior) de Connors et. Al (1996)	333
1.1.3. La sous-échelle EWB (Existential Well-Being) de la SWBS (Spiritual Well-Being)	334
1.1.4. La CD-RISC (Connor and Davidson Resilience Scale, Connor & Davidson, 2003)	334
1.1.5. La WHOQOL (World Health Quality of Life, (Leplège, Réveillère, Ecosse, Caria, & Rivière, 2000)	335
1.1.6. Mesure de la quantité d'alcool consommée quotidiennement lors de la période d'alcoolisation massive	335
1.1.7. Prise en compte de la durée d'abstinence	335
1.2. Limites relatives à l'échantillon	335
1.3. Limites liées aux résultats	336
2. INTERETS DE L'ETUDE	336
<i>SYNTHESE DES LIMITES ET INTERETS DE L'ETUDE</i>	339

CONCLUSION : IMPLICATIONS CLINIQUES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE **341**

I - IMPLICATIONS CLINIQUES	342
1. QUE DOIVENT (RE-)CONSTRUIRE LES PERSONNES PRESENTANT UN TUA POUR « ALLER BIEN » ?	342
2. DE QUELS ELEMENTS LES PERSONNES PRESENTANT UN TUA ONT-ELLES BESOIN POUR DEVELOPPER LEUR RESILIENCE ET AMELIORER LEUR QUALITE DE VIE ?	342
3. COMMENT LE CLINICIEN PEUT-IL AIDER LA PERSONNE PRESENTANT UN TUA A AMELIORER SA RESILIENCE ET SA QUALITE DE VIE ?	343
3.1. Interventions favorisant la capacité à profiter, à se satisfaire et à être satisfait	343
3.2. Interventions favorisant un engagement vers un objectif central pour l'individu	345
3.3. Vers davantage de groupes de paroles ?	347
4. COMMENT LE CLINICIEN PEUT-IL SE POSITIONNER DANS SON TRAVAIL CLINIQUE AVEC LES GROUPES D'UN PROGRAMME EN 12 ETAPES ?	347
II - PERSPECTIVES DE RECHERCHE	348
1. POURSUITE DE LA RECHERCHE PRESENTEE	348
1.1. Une analyse qualitative en cours	348
1.2. Analyse des données quantitatives	349
1.3. Prochaines publications	349
2. OUVERTURE SUR DE NOUVELLES RECHERCHES SUR CETTE THEMATIQUE	349
2.1. Quels patients sont susceptibles d'adhérer ?	349
2.2. Quels effets sont spécifiques au programme en 12 étapes ?	350
2.3. Comparaison des thérapies psychologie positive à des thérapies visant directement la réduction du TUA	350
2.4. Mesure spécifique à la spiritualité des AA en France	351
2.5. Prise en compte d'un décalage dans le temps entre les différentes variables	351
2.6. Prise en compte du processus développementale intra-individuel	352
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	353

ANNEXES 1 à 17 : DOCUMENTS EN LIEN AVEC LA THESE	
ANNEXE 1 : LES 12 ETAPES DES ALCOOLIQUES ANONYMES	420
ANNEXE 2 : LES 12 TRADITIONS DES ALCOOLIQUES ANONYMES	421
ANNEXE 3 : AVIS FAVORABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DES AA	422
ANNEXE 4 : LETTRE D'INFORMATION	423
ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE POUR LES QUESTIONNAIRES EN LIGNE	425
ANNEXE 6 : AVIS FAVORABLE DU CERES	426
ANNEXE 7 : AVIS FAVORABLE DU CTTIRS	427
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	428
ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LA SANTE, LES SOINS ET PARTICIPANTS ET PARTICIPATION AUX AUTRES GROUPES D'ENTRAIDES	430
ANNEXE 10 : QUESTIONNAIRE SUR LE PARCOURS DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES	431
Parcours de consommation d'alcool	431
Consommation de substances psychoactives passées autres que l'alcool	431
Abstinence d'alcool	435
Consommation actuelle de tabac	435
Addiction comportementale	435
ANNEXE 11 : LE TEST D'IDENTIFICATION DU TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL AUDIT (ALCOOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST) (BABOR ET AL., 2001)	437
ANNEXE 12 : ECHELLE DES ANTECEDENTS ET COMPORTEMENTS RELIGIEUX (RBB, RELIGIOUS BACKGROUND AND BEHAVIOR, CONNORS ET AL. 1996)	439
Ajout de la période avant l'arrivée aux AA	440
ANNEXE 13 : L'ECHELLE DE BIEN-ETRE SPIRITUEL DE PALOUTZIAN ET ELLISON (SWBS, SPIRITUAL WELL-BEING SCALE,1982)	441
ANNEXE 14 : LE QUESTIONNAIRE DE RETABLISSEMENT RI (RECOVERY INTERVIEW, MORGENSTERN ET AL., 1996)	445
Questions complémentaires	446
ANNEXE 15 : L'ECHELLE DE RESILIENCE CD-RISC (CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE) DE CONNOR ET DAVIDSON (2003)	447
ANNEXE 16 : L'ECHELLE DE LA QUALITE DE VIE DE L'OMS, LE WHOQOL-26 (WORLD HEALTH ORGANISATION QUALITY OF LIFE) DE LEPLIGE ET AL. (2000)	448
ANNEXE 17 : MATRICE DES CORRELATIONS DE RBB AVANT L'ARRIVEE AUX AA ET SUR LA DUREE DE VIE	452
Période avant arrivée aux AA	452
Durée de vie	452

ANNEXES 18 à 25 : CURRICULUM VITAE & PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES

ANNEXE 18 : CURRICULUM VITAE	454
Communications scientifiques	454
Expériences professionnelles	454
Formations	456
COMMUNICATIONS ECRITES	458
ANNEXE 19 : ARTICLE : HIERNAUX, C., & VARESCON, I. (2016). LE PROGRAMME SPIRITUEL EN 12 ETAPES, UN VECTEUR DE RESILIENCE ? CARACTERISATION D'UN ECHANTILLON DE MEMBRES DES ALCOOLIQUES ANONYMES EN FONCTION DE LEUR RESILIENCE ET DE LEUR SPIRITUALITE. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 38(4), 295-304.	459
ANNEXE 20 : ARTICLE : HIERNAUX, C., & VARESCON, I. (2015). L'EVEIL SPIRITUEL, UN REMEDE A L'ALCOOLISME ? : POPULATION DE MEMBRES DES ALCOOLIQUES ANONYMES. = THE SPIRITUAL AWAKENING, A REMEDY FOR ALCOHOLISM ? IN AA MEMBERS. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 37(4), 319-326. (2016-05109-005).	472
ANNEXE 21 : CHAPITRE D'OUVRAGE : HIERNAUX, C. & VARESCON, I. (ACCEPTÉ). L'APPRENTISSAGE D'UN PROGRAMME SPIRITUEL FAVORISE-T-IL UN PROCESSUS DE RESILIENCE CHEZ DES PERSONNES PRESENTANT UN TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL ? . IN S. IONESCU (ED.), RESILIENCE. PARIS : ODILE JACOB.	486
ANNEXE 22 : ACTE DE CONGRES : HIERNAUX, C., VARESCON, I. (ACCEPTÉ). L'APPRENTISSAGE DU PROGRAMME SPIRITUEL EN 12 ETAPES DES ALCOOLIQUES ANONYMES FAVORISE-T-IL UN PROCESSUS DE RESILIENCE ? IN H., MAZUREK ET S., IONESCU (EDS.), PRATIQUES BASEES SUR LA RESILIENCE. L'AP. ACTES DU 4^{EME} CONGRES MONDIAL SUR LA RESILIENCE, MARSEILLE, FRANCE.	486
COMMUNICATION ORALE INVITÉE	486
ANNEXE 23 : HIERNAUX, C. & VARESCON, I. (2017, OCTOBRE). LEARNING RESILIENCE: EXPLORING RECOVERY IN A SAMPLE OF ADHERENTS OF THE 12 STEP GROUPS. COMMUNICATION PRESENTED AT THE 16TH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR BIOMEDICAL RESEARCH ON ALCOHOLISM (ESBRA), CRETE, GREECE.	488
COMMUNICATIONS ORALES	491
ANNEXE 24 : HIERNAUX, C. & VARESCON, I. (2018, SEPTEMBRE). EFFETS D'UN PROGRAMME DE RETABLISSEMENT DE L'ALCOOLISME SUR LA RESILIENCE ET LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE DES PARTICIPANTS. COMMUNICATION ORALE PRESENTÉE AU 58^{EME} CONGRES DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE PSYCHOLOGIE, REIMS, FRANCE.	492
ANNEXE 25 : HIERNAUX, C. & VARESCON, I. (2018, JUIN). DOES LEARNING ALCOHOLICS ANONYMOUS' 12-STEP SPIRITUAL PROGRAM PROMOTE A RESILIENCE PROCESS? COMMUNICATION ORALE PRESENTÉE AU 4^{EME} CONGRES MONDIAL SUR LA RESILIENCE, MARSEILLE, FRANCE.	496
ANNEXE 26 : HIERNAUX, C. & VARESCON, I. (2017, SEPTEMBRE). L'APPRENTISSAGE SOCIAL D'UN PROGRAMME SPIRITUEL COMME VECTEUR DE RESILIENCE ET D'UNE MEILLEURE QUALITE DE VIE ? . COMMUNICATION PRESENTÉE AU 58^{EME} CONGRES DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE PSYCHOLOGIE, NICE, FRANCE.	499

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Comorbidité trouble de l'usage d'alcool et troubles psychiatriques : prévalence sur la durée de vie, 12 derniers mois et odds ratios	47
Tableau 2. Principales définitions de la spiritualité	79
Tableau 3. Caractéristiques du recrutement	150
Tableau 4. Caractéristiques socio-démographiques des 263 membres des AA	173
Tableau 5. Ancienneté aux AA, Réunions assistées et autres groupes d'entraide fréquentés (N=263)	174
Tableau 6. Parcours de consommation d'alcool des AA (N=263)	176
Tableau 7. Consommation passée et actuelle de tabac (N=263)	176
Tableau 8. Consommation(s) passée(s) de substances psychoactives (N=263)	177
Tableau 9. Addiction comportementale (N=263)	178
Tableau 10. Traitement médicamenteux et suivi psychiatrique ou psychologique (N=263)	178
Tableau 11. Distribution des items et score RBB sur la période actuelle (N=263)	182
Tableau 12. Scores RBB et aux items de RBB avant l'arrivée aux AA (N=263)	183
Tableau 13. Scores RBB et aux items de RBB sur la durée de vie (N=263)	184
Tableau 14. Corrélations des items RBB de la période actuelle entre eux et avec ceux avant l'arrivée aux AA et sur la durée de vie	187
Tableau 15 : Consistance interne de la RBB par item	188
Tableau 16. Valeurs propres et variance expliquée de l'ACP RBB13 sur notre échantillon et celui Connors et al. (1996), concepteurs de l'outil.	189
Tableau 17. Variables actives de l'ACP de RBB13 sur l'échantillon de membres des AA (N=263)	191
Tableau 18. Axes factoriels et leur appellation sur l'échantillon de validation des auteurs	191
Tableau 19. Consistance interne de la sous-échelle portant sur la période actuelle	192
Tableau 20. Consistance interne de la sous-échelle portant sur la durée de vie	193
Tableau 21. Structure factorielle de la RBB sur la période actuelle	195
Tableau 22. Distribution des scores globaux et aux items de la SWBS	198
Tableau 23. Consistance interne de la SWBS par item retiré et corrélations des items au score et avec les autres items	200
Tableau 24. Structure factorielle de la SWBS sur l'échantillon de 263 membres des AA	203
Tableau 25. Distribution des scores aux items du (N=263)	206
Tableau 26. Corrélations des items RI de l'échantillon des 263 membres des AA et l'échantillon de validation (Morgenstern et al., 1996)	208
Tableau 27. Consistance interne par item retiré	209
Tableau 28. Valeur propre et variance expliquée les axes factoriels	210
Tableau 29. Coordonnées, corrélation et contributions des items aux axes factoriels de l'ACP de RI212	
Tableau 30. Distribution du score global et aux items de la CDRISC	217
Tableau 31. Consistance interne de la CDRISC par item	219
Tableau 32. Structure factorielle de la CDRISC (N=263)	221
Tableau 33. Distribution des scores aux items et aux domaines de la WHOQOL	224
Tableau 34. Structure factorielle de la qualité de la santé physique	228
Tableau 35. Structure factorielle de la santé psychologique	228
Tableau 36. Structure factorielle de la qualité de l'environnement	229
Tableau 37. Structure factorielle de la WHOQOL	230
Tableau 38. Comparaison des scores moyens obtenus sur l'échantillon de validation de l'adaptation française de la SWBS et ceux obtenus sur l'échantillon de 263 membres des AA	234

Tableau 39. Corrélations entre participation aux AA et spiritualité.....	237
Tableau 40. <i>La spiritualité des AA en fonction des actions inhérentes à leur participation aux AA ..</i>	240
Tableau 41. Prédiction de la spiritualité par le nombre de réunions assistées sur la durée de vie...	241
Tableau 42. <i>Prédiction de la spiritualité par l'ancienneté aux AA</i>	242
Tableau 43. <i>Comparaison du score de la résilience des Membres des AA (N=263) avec celui d'une population générale (N=577)</i>	244
Tableau 44. <i>Corrélation de la résilience avec la participation aux AA.....</i>	245
Tableau 45. <i>Prédiction de la CDRISC par le lien avec d'autres membres des AA et la fréquence hebdomadaire de l'assistance à des réunions des AA</i>	245
Tableau 46. <i>Comparaison des scores moyens de la qualité de la santé physique et psychologique et de l'environnement des AA avec celles de populations saines et celles de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool</i>	248
Tableau 47. <i>Corrélations entre les mesures de la participation aux AA et la qualité de vie, la satisfaction de la santé, la qualité de la santé physique et psychologique et de l'environnement</i>	249
Tableau 48. <i>Scores moyens et écarts-types aux domaines de la qualité de vie par modalité des variables contrôles significatives dans les analyses de régressions</i>	250
Tableau 49. <i>Prédiction des domaines de la qualité de vie par les actions inhérentes à la participation aux AA.....</i>	251
Tableau 50. <i>Prédiction des qualités de vie, de la santé psychologique et de l'environnement par l'ancienneté aux AA ou le nombre de réunions sur la durée de vie</i>	252
Tableau 51. <i>Corrélations entre la spiritualité et la résilience</i>	254
Tableau 52. <i>Prédiction de la résilience par la pratique de la méditation, l'expérience de la présence d'un Dieu/une PS dans sa vie, la qualité de la relation avec un Dieu/une PS et un bien-être existentiel</i>	255
Tableau 53. <i>Prédiction de la résilience par la spiritualité.....</i>	256
Tableau 54. <i>Corrélation de la qualité de vie et de ses domaines avec la spiritualité des AA (N=263)</i>	257
Tableau 55. <i>Prédiction de la qualité de vie et de la qualité de la santé psychologique par la spiritualité évaluée par les croyances, pensées, pratiques et expériences S/R</i>	259
Tableau 56. <i>Prédiction de la satisfaction de la santé physique et la qualité de la santé psychologique</i>	260
Tableau 57. <i>Prédiction de la qualité de vie par le bien-être existentiel</i>	261
Tableau 58. <i>Médiation de la spiritualité dans l'effet des liens intra-AA (RI6) sur la résilience</i>	265
Tableau 59. <i>Médiation de la spiritualité dans l'effet du recours à des conseils AA pour prendre une décision sur la résilience.....</i>	265
Tableau 60. <i>Médiation de la spiritualité dans l'effet de l'assistance hebdomadaire aux réunions des AA sur la résilience</i>	265
Tableau 61. <i>Médiation de la pratique de la méditation et des expériences spirituelles dans l'effet de la fréquence des contacts sur la qualité de vie en lien avec la santé psychologique</i>	268
Tableau 62. <i>Médiation de la qualité de la relation à Dieu/une PS dans l'effet de la participation aux AA sur la qualité de vie</i>	268
Tableau 63. <i>Médiation du bien-être existentiel dans l'effet de la participation aux AA sur QDV.....</i>	268
Tableau 64. <i>Prédiction du facteur 1 de la résilience par la fréquence des contacts aux AA</i>	309
Tableau 65. <i>Prédiction du bien-être existentiel par la qualité de la relation à un Dieu/une PS, les expériences de la présence de Dieu/une PS et la méditation</i>	327

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Illustration de la conception de l'addiction par les programmes en 12 étapes	58
Figure 2. Processus et concept définissant la spiritualité et la religion à partir des travaux de Pargament (1992, 1999) et Hill et al. (2000)	89
Figure 3. Modèle des mécanismes d'efficacité de la spiritualité des groupes en 12 étapes	140
Figure 4. Illustration de l'hypothèse 1a	143
Figure 5. Illustration de l'hypothèse 1b	143
Figure 6. Illustration de l'hypothèse 1c	144
Figure 7. Illustration de l'hypothèse 1d	144
Figure 8. Illustration de l'hypothèse 2b	145
Figure 9. Illustration de l'hypothèse 2c	145
Figure 10. Illustration de l'hypothèse 3b	146
Figure 11. Illustration de l'hypothèse 3c	146
Figure 12. Illustration de l'hypothèse 4a	147
Figure 13. Illustration de l'hypothèse 4b	147
Figure 14. Illustration de l'hypothèse 5a	148
Figure 15. Illustration de l'hypothèse 5b	148
Figure 16. Illustration de l'hypothèse 6	149
Figure 17. Illustration de l'hypothèse 7	149
Figure 18. Schéma récapitulatif du protocole	169
Figure 19 : lieux de recrutement des 263 membres des AA	175
Figure 20. cercle des corrélations de l'ACP sur les items de la période actuelle de la RBB	Erreur !
Signet non défini.	
Figure 21. Cercle des corrélations de l'ACP de RI	214
Figure 22. Prédiction du développement des croyances, pensées, comportements, expériences S/R (RBB) par la participation aux AA	274
Figure 23. Prédiction du développement d'une relation de qualité avec un Dieu/une PS (RWB) par les actions inhérentes à la participation aux AA	275
Figure 24. Prédiction du développement du bien-être existentiel (EWB, vision positive, confiance en l'avenir, but et sens à la vie, satisfaction de la vie) par la participation aux AA	276
Figure 25. Prédiction du développement de la résilience par la participation aux AA	277
Figure 26. Prédiction du développement de la qualité de vie par la participation aux AA	279
Figure 27. Prédiction du développement de la satisfaction de vie par la participation aux AA	279
Figure 28. Prédiction du développement de la qualité de la santé psychologique par la participation aux AA	280
Figure 29. Prédiction du développement de la qualité de la santé physique par la participation aux AA	281
Figure 30. Prédiction de la qualité de l'environnement par la participation aux AA	281
Figure 31. Prédiction la résilience par la spiritualité des AA	283
Figure 32. Prédiction la qualité de vie par la spiritualité des AA	284
Figure 33. Prédiction la satisfaction de la santé par la spiritualité des AA	284
Figure 34. Prédiction la qualité de vie en lien avec la santé physique par la spiritualité des AA	285
Figure 35. Prédiction la qualité de la santé psychologique par la spiritualité des AA	285
Figure 36. Prédiction la qualité de vie en lien avec l'environnement par la spiritualité des AA	285
Figure 37. Composition de la spiritualité des AA	301
Figure 38. Représentation graphique bivariée de l'importance avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA et de l'ancienneté aux AA	312

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord adresser mes remerciements au Professeure Isabelle Varescon pour avoir accepté de diriger cette thèse sur une thématique novatrice. Je la remercie pour ses conseils, ses encouragements et pour sa rigueur scientifique. Par ailleurs, ce travail de thèse a été d'un tel enrichissement en compétences et connaissances que je lui suis très reconnaissante de m'avoir offert cette opportunité. Je la remercie aussi pour avoir su me donner une grande autonomie tout en me proposant un cadre et des étapes qui ont été d'une aide précieuse dans la gestion de mon temps de thèse. Je remercie aussi le Professeure Isabelle Varescon pour m'avoir incitée à participer à certains congrès, je pense notamment, au 4^{ème} congrès mondial sur la résilience, qui a été d'un apport certain pour mon travail.

Je remercie vivement le Professeure Amélie Rousseau de l'Université de Lille 3 et le Professeur Didier Acier de l'Université de Nantes pour avoir accepté d'être les rapporteurs de mon travail de thèse. Je remercie également le Professeur émérite Serban Ionescu de l'université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis et de l'Université de Québec à Trois-Rivières, ainsi que le Professeur Olivier Cottencin de l'Université de Lille 3 pour avoir accepté de faire partie de mon jury en qualité d'examineurs.

Je remercie également l'ensemble des membres du Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé que j'ai côtoyé tout au long de ce doctorat. Je remercie ainsi le Professeure Catherine Bungener qui, par ses observations, a contribué à l'amélioration de mon travail et de mes présentations. Je tiens tout particulièrement à remercier Emmanuel Devouche, Maître de Conférence HDR, qui m'a conseillée et soutenue dans des moments de doutes quant à la direction à prendre dans mes analyses statistiques. Je souhaite aussi remercier Gérane Le Quentrec-Creven, Ingénieure d'études, pour son assistance dans le lancement du questionnaire en ligne et aussi pour sa disponibilité et sa convivialité. Mes remerciements vont aussi à mes collègues membres du laboratoire et doctorants ou anciens doctorants Héline, Camille et Tristan qui par leurs questions ou commentaires m'ont permis de préciser mon travail sur certains points. Je remercie plus particulièrement Sasha avec qui j'ai partagé les mêmes questionnements, appréhensions, doutes, joies, voire euphories à certains moments. Nos échanges m'ont été d'un grand soutien et ton travail, Sasha, d'une grande qualité m'a inspirée !

Je tiens aussi à remercier mes amis et ma famille pour leur écoute bienveillante, leur soutien, leur réconfort, les moments de rire, d'évasion et d'amusements : ils m'ont permis de dépasser certaines difficultés ou offert des pauses ressourçantes dans mon travail. Je pense notamment à Julie & Julie ou Bernard. Je remercie aussi mes proches qui ont participé plus directement dans mon travail de thèse. Je tiens ainsi à remercier plus particulièrement mes parents, ma mère, Joëlle, et mon père, René, pour leur gros travail de relecture. Je remercie aussi mes amis anglophones ainsi que les

membres des AA ou NA qui ont contribué à la traduction et rétro-traduction des échelles d'évaluation américaines.

Je tiens également à remercier Anne Carton, directrice de l'ANPAA 89 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) et Stéphane Baghuelou, chef de service de l'ANPAA 89 pour la flexibilité qu'ils m'ont accordée dans l'organisation de mon temps de travail qui m'a permis de mener de front mon travail de psychologue clinicienne et ma thèse de doctorat. Sans leur compréhension, ma participation aux séminaires de recherche, réunions et diverses manifestations du LPPS ou de l'école doctorale aurait été complexe voire impossible. Je souhaite aussi remercier mes collègues pour leur écoute bienveillante, leur intérêt pour ma thèse et parfois leur patience face à mon discours passionné ! Je pense notamment à Christine, Delphine ou Marie-Noëlle.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des membres des Alcooliques anonymes qui ont rendu possible cette étude. Je remercie les services généraux qui ont accepté le projet de recherche. Je remercie plus particulièrement la vice-présidente, Agnès, qui s'est chargée de la diffusion du lien internet et des relances auprès des correspondants régionaux. Grâce à elle, le nombre de participants à l'étude a pu être très important. Je remercie aussi les personnes, membres des AA, notamment Monique ou Martine, qui m'ont expliqué le fonctionnement des AA et indiqué les services et personnes à contacter pour demander l'autorisation de réaliser cette étude. Je remercie également les membres des AA qui ont testé les questionnaires en ligne avant leur diffusion à l'ensemble des adhérents. Je remercie aussi tous les membres des AA qui ont répondu aux questionnaires. Je les remercie pour le temps qu'ils y ont consacré et la confiance qu'ils m'ont accordée.

Enfin, pour n'oublier personne, je remercie toutes celles et ceux qui m'ont apporté leur soutien tout au long de ce travail ou que j'ai pu croiser lors des congrès ou au grès de présentations et qui, par leur réflexion ou leur propre recherche, ont fait, de près ou de loin, avancer mon travail.

INTRODUCTION

Le Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA) est un problème majeur de santé publique et figure, à ce titre, dans les deux plans nationaux successifs, 2013-2017 et 2018-2022, de mobilisation contre les addictions. Il est un enjeu pour la santé publique du fait de ses répercussions individuelles et sociétales graves. Sur le plan individuel, déjà en soi, le trouble génère une souffrance significative et/ou un dysfonctionnement notable (APA, 2015). Ensuite, il est susceptible d'induire plus de maladies et atteintes diverses (INSERM, 2016). L'alcool représente la cause directe ou indirecte de 15 à 25% des hospitalisations (Jacobs & Raynard, 2009) et la deuxième cause de mort évitable (INSERM, 2016; Limosin, 2014). Les causes de décès associées à l'alcool sont les cancers quels qu'ils soient, les maladies cardiovasculaires, les causes externes (accidents de la route, domestiques, etc.) et les maladies hépatiques (Paille, 2017). Enfin, le TUA a directement ou indirectement un effet délétère sur le système nerveux central et une forte comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (Grant et al., 2015; Jacobs & Raynard, 2009; Preuss et al., 2018; Zahr & Pfefferbaum, 2017). D'un point de vue sociétal, le TUA constitue un facteur de risque des accidents de la route, de la délinquance, des violences et de la criminalité. Il a également des incidences économiques du fait, notamment, de l'absentéisme au travail et de la diminution de l'efficacité de la personne qu'il est susceptible de provoquer. Enfin, le TUA est susceptible de toucher une proportion importante de la population française : 15% des Français âgés de plus de 18 ans auraient une consommation d'alcool à risque ou nocive (Limosin, 2014).

La France dispose d'un dispositif diversifié de prise en charge du TUA permettant, à la fois, le traitement des situations d'urgence et du caractère chronique du TUA, des objectifs de changements à court, moyen et long termes ou encore l'évaluation ou le traitement du trouble lors d'hospitalisations pour des pathologies somatiques associées. Il est ainsi constitué de médecins de ville, d'unités hospitalière spécialisée, d'équipes de liaisons en alcoologie, de structures de soins de suite et réadaptation, communautés thérapeutiques, et établissements sanitaires et sociaux. A côté de ces prises en charges possibles, la participation à un groupe d'entraide d'anciens buveurs peut constituer une stratégie thérapeutique complémentaire ou alternative. Il en existe de nombreux en France, parmi les principaux nous pouvons citer : Alcooliques anonymes, Croix-Bleue, Alcool Assistance, Vie Libre, ou d'autres créés par des entreprises comme Amitié La poste France Orange, Amitié Entraide Air-France, Amitié Présence RATP.

Le groupe d'entraide « Alcooliques anonymes » (AA) se démarque des autres par sa notoriété dans le monde et son grand nombre d'adhérents. Il compte en effet plus de deux millions de membres dans le monde et, en France, il se déroule, hebdomadairement, plus de 600 réunions des AA. Les AA

ont également fait l'objet de nombreuses recherches aux Etats-Unis. Ces études, le plus souvent effectuées sur des populations de nouveaux membres des AA, ont prouvé une association significative entre l'abstinence d'alcool ou une diminution de la consommation d'alcool et la participation aux AA (Kelly, 2017). Les AA se singularise aussi des autres groupes d'entraide par leur proposition thérapeutique originale, celle d'un développement spirituel pour contrer le TUA : « *spiritus contra spiritum* », selon la célèbre expression de Jung (1933). Pour cela, ils transmettent, apprennent et appliquent leur programme spirituel de rétablissement en 12 étapes. Etonnamment, très peu d'études ont étudié la spiritualité des AA comme éventuel mécanisme d'efficacité de la rémission d'un TUA. La plupart des études ont mis en exergue des facteurs d'efficacité de la participation aux AA comme le soutien social ou l'auto-efficacité au maintien de l'abstinence, qui certes peuvent être renforcés par la spiritualité, mais qui ne lui sont pas propres. Ce constat soulève deux questions : la participation aux AA est-elle réellement associée à un développement spirituel ? Si tel est le cas, cette spiritualité favorise-t-elle un rétablissement ?

Cette dernière question soulève une autre interrogation. Les populations étudiées sont, pour l'essentiel, constituées d'individus nouvellement membres des AA sortant d'une hospitalisation ou encore hospitalisés. Dans ces conditions, apprécier leur rétablissement en termes de consommation ou d'abstinence d'alcool peut sembler, certes réducteur, mais adapté. Mais, que dire du rétablissement d'une personne membre des AA depuis cinq, dix, quinze ans ou plus ? Que signifie « se rétablir » de son TUA pour une personne qui travaille à son rétablissement depuis cinq, dix, quinze ans ou plus grâce à un programme spirituel et à sa participation aux AA ? Que veut dire, pour cette personne, « aller bien » ? Qu'attend-elle d'un rétablissement ?

Finalement, ce n'est pas tant de savoir si le principe actif des AA est le développement d'une spiritualité, mais ce qui caractérise le rétablissement des AA et si des éléments inhérents à leur participation à ce groupe d'entraide et à leur spiritualité peuvent les expliquer.

Cette thèse de doctorat propose une réflexion sur la notion de spiritualité, une conceptualisation du rétablissement d'un TUA et une évaluation de la spiritualité, la participation aux AA et du rétablissement. La population des AA n'ayant pas encore été, dans les publications scientifiques, présentée de façon détaillée, cette thèse en offre une description approfondie. Cette dernière porte sur les caractéristiques socio-démographiques d'un échantillon de membres des AA, des données portant sur leur consommation de substances psychoactives et addictions comportementales, et les particularités de leur résilience, qualité de vie, spiritualité et participation aux AA. Elle met également en évidence les éléments de la participation aux AA et de la spiritualité AA associés à un rétablissement.

La thèse comprend quatre parties principales : une revue de la littérature, la méthodologie, les résultats et la discussion. Elles seront suivies d'une conclusion, des références bibliographiques et des annexes.

La **revue de littérature** est relativement longue du fait du côté novateur de cette thématique en France et d'une absence de définition consensuelle de la spiritualité ainsi qu'un manque de conceptualisation du rétablissement. Cette première partie contient une analyse des définitions de la spiritualité, du programme spirituel des AA, une conceptualisation du rétablissement et un état des connaissances de la recherche sur le TUA et les relations entre la participation aux AA, la spiritualité et la rémission d'un TUA. La **partie « méthodologie »** présente le protocole de recherche : la population de l'étude avec les critères d'inclusion et la procédure de recrutement, les modalités mises en œuvre pour le respect de l'éthique et la déontologie, la description des neuf échelles et questionnaires proposés et la méthode d'analyse de données. Dans la **partie « résultats »** est tout d'abord détaillé l'échantillon de membres des AA de l'étude, puis sont présentés la structure des outils utilisés ainsi que les caractéristiques de cette population sur les notions évaluées, enfin sont exposés les résultats relatifs aux hypothèses de la recherche. La **partie « discussion »** consiste, d'une part, en une discussion des caractéristiques de la population et des résultats relatifs aux hypothèses au regard de ceux publiés, et, d'autre part, en un examen des limites et intérêts de l'étude. La **conclusion** présente les implications cliniques et perspectives de recherche de la thèse. Les annexes comprennent, d'une part les documents en lien avec la thèse, et d'autre part le curriculum vitae, de son auteur (liste des productions scientifiques, expériences professionnelles, formations, etc.) suivi du contenu des communications écrites et les résumés des présentations orales.

Partie I :

REVUE DE LITTÉRATURE

I - Le trouble de l'usage d'alcool : description d'une addiction

Dans ce premier chapitre, nous allons définir l'addiction, préciser les termes adjacents utilisés et spécifier le trouble de l'usage d'alcool. Puis, après un détour par le produit « alcool », nous présenterons la gravité de cette pathologie au travers des données épidémiologiques, son évolution, ses répercussions et ses comorbidités.

1. Addiction et trouble de l'usage d'alcool : définitions et critères diagnostiques et de rémission

Addiction, assuétude, dépendance, pharmacodépendance, trouble de l'usage de substances psychoactives, etc. De nombreux termes sont utilisés pour décrire un même phénomène. Ces désignations en éclairent, cependant, des aspects différents.

Employée de manière descriptive l'addiction désigne « la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchés et consommés avec « avidité » » (Pardinielli, Rouan, & Bertagne, 2017, p. 16).

Contrairement aux apparences le mot addiction n'est pas un anglicisme. Son étymologie est latine, « ad-dicere », qui signifie « dire à », au sens d'attribuer par esclavage : l'esclave était « dit à son maître ». Dans l'antiquité et au moyen-âge, « être dit à », être addicté, désignait la « contrainte par corps » ordonnée par un tribunal par laquelle le débiteur insolvable était mis à disposition de son créancier. La personne était ainsi aliénée, comme peut l'être l'addict à un comportement addictif ou à une substance psychoactive (Pirlot, 2015).

Puis, récupéré par les anglo-saxons, le terme a migré du lexique juridique au lexique médical pour ne plus désigner, au XVIIème siècle, que la consommation compulsive de substances psychoactives. McDougall (1978) l'a, par la suite, réintroduit en français sous cette nouvelle acception dans les années 1980. Ce mot a progressivement connu un grand essor, au point de passer dans le langage commun, mais au prix d'un galvaudage et de la perte de sa dimension pathologique.

Avant la prépondérance du terme addiction, d'autres substantifs étaient utilisés. Ont ainsi été employés la déclinaison des diverses substances suivies du suffixe -isme (tabagisme, alcoolisme) ou du suffixe manie (alcoolomanie, toxicomanie). Ces deux types de constructions soulignent toutefois des aspects différents. Le suffixe -isme entre dans la composition de mots désignant des courants de pensées philosophiques ou politiques (Larousse, 1997), en cela il caractérise davantage l'appartenance à une catégorie. Le suffixe -manie n'est pas sans rappeler la classification d'Esquirol et évoque plus particulièrement la folie ou un état d'aliénation mentale. Ont également été utilisés les

termes de « dépendance », « assuétude » ou « accoutumance ». Les vocables assuétude et accoutumance apparaissent réducteurs car désignent une habitude ou tolérance et donc limitent le phénomène à une seule de ses dimensions.

Le terme de dépendance est proche de celui d'addiction. Il dérive du champ juridique. Il a d'abord désigné une propriété qui dépend d'un domaine, puis, plus tard, une sujétion, subordination à une personne, un état (CNRTL, 2012).

Memmi (1979) définissait la dépendance comme « une relation contraignante, plus ou moins acceptée avec un être, un objet, un groupe ou une institution réels ou idéels et qui relève de la satisfaction d'un besoin » (p. 211).

Contrairement à l'addiction, la dépendance n'est pas nécessairement pathologique. L'individu peut ainsi dépendre d'un objet, d'un comportement, d'un groupe, d'une institution sans que ce soit pathologique. Par exemple, nous « dépendons » du sommeil, de l'air que nous respirons ou l'enfant de figures parentales dans un processus développemental normal.

La notion de dépendance devenue trop large, a été remplacée par celle de pharmacodépendance. Le concept a alors été assimilé à la dépendance physique, ensemble des mécanismes neuro-adaptatifs qui se caractérisent par un phénomène de tolérance et un syndrome de sevrage. La notion s'est ensuite enrichie pour prendre en compte le phénomène de *craving* qui désigne une envie irréprouvable de consommer une substance psychoactive pour retrouver un bien-être ou éviter un malaise psychique. Ont ainsi été distinguées les dépendances physique et psychique.

Le DSM-IV (APA, Crocq, & Guelfi, 2004) utilisait la notion de dépendance. Il distinguait l'abus et la dépendance. Ces notions n'étaient appliquées qu'à des substances psychoactives et étaient définies par des critères. Il en ressortait que l'abus s'illustrait par la répétition de la consommation d'une substance psychoactive sur une période de 12 mois malgré ses conséquences négatives. La dépendance était, quant à elle, définie par la perte de contrôle de la consommation d'une substance psychoactive, la saillance de cette consommation dans la vie de l'individu, l'existence d'un phénomène de sevrage et de tolérance et la persistance malgré ses conséquences néfastes, et comme précédemment sur une période de 12 mois.

En 1990, Goodman (1990) rapporte que le concept d'addiction est critiqué, car il est souvent utilisé sans être défini, que de nombreuses définitions proposées sont imprécises ou trop larges, d'autres comportent des connotations morales impropres à la recherche scientifique ou encore n'apportent pas de valeur ajoutée à des concepts et termes déjà employés. Or, un nouveau terme est utile en science s'il comporte un sens précis et n'est pas redondant. Goodman (1990) a eu pour

ambition de préciser et spécifier le terme. C'est pourquoi, il a élaboré une liste de critères généraux de façon à créer une catégorie supra-organisationnelle qui engloberait tous les troubles addictifs et saurait les discriminer des autres syndromes comportementaux.

Ainsi, en adoptant le format du DSM, Goodman (1990, p. 1404), définit les critères de l'addiction comme suivant :

A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

En condensant ces critères, il propose une définition opératoire de l'addiction qu'il considère comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou soulager un malaise interne et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle (impuissance) et sa persistance en dépit des conséquences négatives (incontrôlabilité) » (Goodman, 1990, p. 1404).

L'élargissement du concept préconisé par Goodman (1990), n'apparaît cependant pas dans les classifications internationales. Le DSM-5, a, certes, créé une catégorie supra-organisationnelle « troubles liés à une substance et troubles addictifs » (APA, 2015, p. 571), mais qui opère un regroupement uniquement de 10 classes de substances psychoactives (à savoir : alcool ; caféine ;

cannabis ; hallucinogènes ; substances inhalées, sont ainsi désignés les hydrocarbures ; opiacés ; sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques ; stimulants, c'est-à-dire la cocaïne et la famille des amphétamines ; tabac ; substances autres ou inconnues), traitées séparément , auxquelles seul le jeu d'argent pathologique est adjoint dans une seconde sous-rubrique « troubles non liés à des substances (APA, 2015, p. 692).

Dans cette catégorie, le trouble de l'usage d'une substance y est apprécié d'une façon dimensionnelle. Y est ainsi distingué le trouble léger (présence de 2 à 3 critères sur les 11 rapportés ci-dessous), moyen (4 à 5 critères) et grave (6 critères ou plus). Le DSM-5 définit la rémission du trouble en différenciant la rémission précoce (absence de l'ensemble des critères à l'exception du craving pendant au moins 3 mois mais moins de 12 mois) et la rémission prolongée, (comme précédemment, absence des 10 mêmes critères, mais, cette fois, sur au moins 12 mois.)

Notre étude se centre sur le trouble de l'usage d'alcool (TUA). Nous allons donc en rapporter les critères. Dans le DSM-5 (APA et al., 2015, p. 583) le TUA est défini comme étant :

A/ un mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois.

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser l'alcool ou récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse, (*craving*) fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisir importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

- a. Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (cf. les critères A et B du sevrage de l'alcool, (APA et al., 2015, p. 593)
- b. L'alcool (ou une substance proche telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Le DSM-5 décrit la caractéristique d'une rémission précoce ou prolongée telle qu'elle a été définie ci-dessus et demande, lors du codage, de spécifier si la personne se trouve dans un environnement protégé, c'est-à-dire dans lequel l'accès à l'alcool est limité.

Les critères diagnostiques du sevrage d'alcool repérés par le DSM-5 (APA et al., 2015, p. 593) sont les suivants :

A/ Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé

B/ Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage décrit dans le critère A :

1. Hyperactivité neurovégétative (p. ex. transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/minute).
2. Augmentation du tremblement des mains.
3. Insomnie.
4. Nausées ou vomissements.
5. Hallucination ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives
6. Agitation psychomotrice.
7. Anxiété.
8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques.

C/ Les signes ou symptômes du critères B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D/ Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Le DSM-5 prévoit de spécifier s'il y a perturbations des perceptions.

Le protocole de notre étude a été conçu de façon à repérer la présence d'un trouble de l'usage d'alcool : l'ensemble des participants a reconnu avoir eu un mode d'usage problématique de l'alcool ainsi qu'une consommation massive d'alcool, sans compter qu'ils sont tous membres d'une

« association d'anciens buveurs ». Nous utiliserons l'appellation « trouble de l'usage d'alcool » car elle est celle qui correspond le mieux à notre étude. Dans la littérature, le trouble est parfois apprécié selon les deux sous-catégories du DSM-4 (abus et dépendance). Par souci d'homogénéité, nous les regrouperons sous la catégorie globalisante de trouble de l'usage d'alcool.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a évalué l'usage d'alcool en termes de risques pour la santé. Elle a ainsi identifié : l'usage à risque ponctuel et l'usage à risque chronique. Des seuils en grammes d'éthanol ont été déterminés pour évaluer le niveau de risque. Le risque ponctuel se réfère à une consommation sur un jour. Celle-ci peut être à faible risque (de 1 à 40g pour les hommes et 1 à 20g pour les femmes), à risque moyen (de 41 à 60g pour les hommes et 21 à 40g pour les femmes) , à risque élevé (61g à 100g pour les hommes et 41 à 60g pour les femmes) et très élevé (101g ou plus pour les hommes, 61g ou plus pour les femmes). Le risque chronique se réfère à des consommations quotidiennes moyennes à risques faibles, moyens ou élevés et les seuils considérés sont les mêmes que pour le risque ponctuel. L'OMS précise qu'il s'agit de seuils moyens, que les consommations à faibles risques ne signifient pas sans risque, et que ces seuils ont été développés pour effectuer des comparaisons entre les pays et non comme recommandations au public (Belgherbi, Mutatayi, & Palle, 2015).

L'AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), un questionnaire développé par l'OMS, évalue ces seuils de risque de la consommation d'alcool.

Le bureau régional européen de l'OMS a transposé ces seuils en nombre de verres standard d'alcool. En France, un verre standard correspond, en moyenne, à 10g d'alcool pur. En France, les seuils de risque ont été exprimés en jour et en semaine et en verres standards. Le seuil de risque est ainsi :

- Pour une femme : Une consommation de deux verres standards maximum par jour
- Pour un homme : Une consommation de trois verres standards maximum par jour
- Avec un jour par semaine sans alcool
- Pour le risque ponctuel, le seuil est de quatre verres maximum en une seule occasion quel que soit le genre.

Au-delà de ces seuils, la consommation est estimée être, en moyenne, à risque.

Avant de décrire plus en avant le trouble de l'usage d'alcool, il nous semble nécessaire de présenter le produit alcool

2. L'alcool : le mot, la molécule, ses effets, un bref historique

2.1. L'origine du mot « alcool »

A l'origine, le mot « alcool », de l'arabe *Kuhl*, *khoul* ou *koh'l*, ensuite précédé de l'article « al », désignait une poudre très fine à base de stibine (sulfure d'antimoine). Kuhl était aussi un collyre utilisé, notamment, pour noircir les paupières (Levey, 1962 cité par Colnort-Bodet, 1965). Puis, il a signifié « substance impalpable et subtile » (Crosland, 1962 cité par Colnort-Bodet, 1965, p. 454). Il était aussi traduit par *aqua ardens* (eau ardente) et *aqua vitae* (eau de vie) (Colnort-Bodet, 1965). Ainsi le mot ferait à la fois référence à la matière et à la propriété volatile, qui, elle, est fortement associée à l'esprit. Cette caractéristique expliquerait une tendance à considérer l'alcool comme un intermédiaire entre l'esprit et la matière. Autrement dit, l'alcool serait « une matière, mais « subtile », qui permet[trait] de joindre le monde des esprits et celui du corps » (Colnort-Bodet, 1965, p. 455). Sens et connotations que nous retrouvons, finalement, dans le terme de « spiritueux ».

2.2. La molécule

Ce que nous appelons communément « alcool » désigne en fait une molécule d'alcool particulière : l'éthanol ou encore appelé l'alcool éthylique (C_2H_6O ou dans sa forme semi-développée CH_3-CH_2-OH). En chimie, un alcool est un composé organique dont l'un des carbones est lié à un groupement hydroxyle (-OH). Il peut se retrouver dans de nombreuses chaînes carbonées et donner, par exemple, le méthanol ou alcool méthylique (CH_3OH), le glycérol ($C_3H_8O_3$), le propanol ou alcool propylique (C_3H_8O), etc.

L'alcool peut être obtenu soit par fermentation, soit par distillation. La fermentation alcoolique est un processus biochimique par lequel des sucres contenus dans les fruits, le miel, les céréales ou les tubercules, sous l'influence de levures, sont transformés en éthanol. Sont ainsi produits le vin, la bière ou le cidre. La teneur des alcools ainsi obtenus ne dépasse pas 16° (Hoessler, 2009). Dans la fabrication d'alcool par distillation la substance fermentée est portée à ébullition. Grâce à leur température de vaporisation différente, ses composants peuvent être séparés. L'éthanol, cœur de la distillation est alors recueilli. Sa condensation formera l'alcool consommable. Sont ainsi produits la vodka, le gin, la tequila, le brandy, le cognac ou l'armagnac, pour les plus connus. Ce procédé permet d'obtenir des alcools plus forts que par simple fermentation. Leur teneur en alcool est comprise entre 40° et 50°.

2.3. L'alcool dans l'organisme

L'éthanol étant une petite molécule, il est absorbé, très rapidement, par simple diffusion qui se produit au niveau de l'estomac et majoritairement de l'intestin grêle (70 à 80%). La concentration

d'éthanol dans l'organisme est maximale 45 minutes après sa consommation, lorsqu'il est pris à jeun, et de 90 minutes au cours d'un repas. Son élimination est d'environ 0,15 g/L/h (INSERM, 2016).

L'alcool a des effets hédoniques, euphorisants et désinhibiteurs. Il facilite les échanges interpersonnels, diminue l'anxiété et la dépression et donne un sentiment de toute-puissance (Varescon, 2005). Cependant, sa consommation, en fonction de la quantité ingérée et de la sensibilité de personne peut donner lieu à une intoxication aiguë.

L'intoxication alcoolique aiguë se déroule en trois phases. La première consiste en une perte de contrôle des fonctions supérieures et une libération des tendances instinctives. Ainsi, l'attention, le temps de réaction, le sens critique, la mémoire et l'adaptation au réel sont altérés dans des proportions variables en fonction de l'alcoolémie et des caractéristiques de la personne. L'humeur est labile et oscille entre gaîté et tristesse, voire agressivité (Paille, 2017).

Lors d'une alcoolémie plus élevée succède, à ce premier état, une phase d'incoordination. Elle se caractérise par une ataxie, une confusion et une fréquente somnolence. Le syndrome cérébelleux peut aller jusqu'à une astasie-abasie. D'autres troubles neurologiques peuvent se manifester : syndrome vestibulaire, nausées, vomissements, syndrome ophtalmologique (diplopie, mydriase, baisse de l'acuité visuelle, nystagmus). Peuvent également survenir une tachycardie et des troubles vasomoteurs (Paille, 2017).

Enfin, quand l'alcoolémie est très élevée (>3g/L), se produit un coma. Le sujet présentera une amnésie à son réveil (Paille, 2017).

2.4. Historique

L'origine de l'alcool fait l'objet de nombreuses légendes qui attribuent sa découverte au fruit fortuit d'un mauvais stockage de produits végétaux qui peuvent subir une fermentation alcoolique. Son origine pourrait ainsi coïncider avec la sédentarisation de l'homme au néolithique. Néanmoins, la dater reste complexe puisqu'elle dépend de la nature de contenants, comme les gourdes de peau, qui ne permettent pas de conserver de traces. Les preuves les plus anciennes datent de 3000 ans av J-C. et ont été trouvées dans des tombes de pharaons. Ont ainsi été trouvés vin, bière et plafond transformés en tonnelle. La fabrication du vin se serait développée dans le croissant fertile, civilisation contenue entre le Nil, l'Euphrate et la mer Noire, zone bénéficiant de conditions climatiques nettement plus propices à son développement (Craplet, 2000).

Le vin était présent dans la Grèce antique, comme le révèlent les textes littéraires et philosophiques sur le mode de consommation des citoyens libres d'Athènes ou sur les banquettes, sans compter sa présence dans la mythologie avec le Dieu Dionysos. La consommation de vin à Rome s'est

développée après les guerres puniques. Des passages consacrés à l'art viticole dans les grands traités agricoles attestent d'une culture du vin (Craplet, 2000). Le vin a alors progressé en Europe avec l'armée, le commerce, la civilisation romaine et la Chrétienté (Craplet, 2005). Après la chute de l'empire romain, les évêques, propriétaires terriens, ont entretenu la viticulture. Les moines leur ont succédé. L'histoire du vin a alors suivi la succession des ordres monastiques. C'est avec l'avènement des boissons alcoolisées obtenues par distillation au XVIIème siècle que l'alcool prend toute sa puissance : sa forte valeur en tant que monnaie d'échange en fait un outil du capitalisme. Il a aussi pu être considéré comme un outil de l'impérialisme, par la colonisation, notamment des territoires indiens d'Amérique, qu'il a favorisé (Craplet, 2005). D'un point de vue économique, la distillation a permis de ne pas perdre le vin d'une récolte abondante et rendu le stockage plus facile.

L'alcool a été consommé à des fins médicales, spirituelles, religieuses, artistique, pour le plaisir qu'il procure, la convivialité, etc. (Bergeron, 2009; Craplet, 2000). De tout temps, l'état de conscience modifié qu'induit une substance psychoactive a été recherché pour accéder à une spiritualité, pour se rapprocher des Dieux. L'analogie du vin au sang du Christ, teinte le vin d'un caractère sacré et lui confère une place centrale dans le Christianisme. Ainsi, depuis la Cène aucune messe n'est célébrée sans vin et le vin est inscrit dans la fête depuis les noces de Cana. Par ailleurs, Noé est tenu pour être le premier vigneron (Bergeron, 2009; Craplet, 2000, 2005). L'alcool, en particulier le vin puis l'eau-de-vie, a été utilisé pour des vertus thérapeutiques qu'on lui prêtait. Certaines de ces propriétés médicinales, mêmes erronées, persistent dans l'imaginaire, comme la bière nourricière. L'alcool a également pu être utilisé pour réduire le stress, l'anxiété, un mal-être et par là même a pu être décrit comme « un médicament de la condition humaine » (Craplet, 2005, p. 68), comme peut l'illustrer « l'assommoir » de Zola (Zola, 1876/1971). Cependant, comme nous le verrons dans les paragraphes suivants, le tenir pour un médicament est impropre étant donné les risques pour la santé mentale et physique et sociétaux auxquels un tel usage est associé.

Cet usage d'alcool, qui en fonction des quantités et de la régularité avec laquelle il est absorbé peut générer des effets différents a fait émerger des réflexions sur le bien-boire (Gaussot, 1998) : comment profiter des effets hédoniques et sociaux en évitant les stades plus avancés de d'une intoxication à l'alcool et plus encore un trouble de l'usage d'alcool. Ce « bien-boire » consisterait en une double interdiction, celle de l'abstinence et de l'excès et « serait une technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité » (Barthes, 1957, cité par Gaussot, 1998, p. 7). Le souci de ce bien-boire et son évaluation questionnaient déjà les philosophes de la Grèce Antique (Craplet, 2000). Ce bien-boire diffère en fonction des groupes d'appartenance culturels, professionnels, familiaux, éducatifs, etc. et n'est pas nécessairement synonyme d'usage sans risque.

2.5. L'alcool, un bénéfice ou un coût pour la France ?

En France, la filière « alcool » compte plus de 500 000 emplois (Marigny, 2009). Le vin français est connu dans le monde entier, il est un symbole de la culture française et sa production représentait en 2018 une valeur de 14,3 milliards d'euros, soit 31,2% de la valeur des végétaux produits en France (INSEE, 2019b). En vue d'instaurer des ordres de grandeur entre les différents alcools, nous pouvons citer les productions de 2003, qui étaient de 60 millions d'hectolitre pour le vin, 17 pour la bière et 6,1 pour les spiritueux, correspondant à des consommations en milliards d'euros de 7,3 pour le vin, 1,5 pour la bière et 4,0 pour les spiritueux. Cette production connaît des exportations massives et amène des recettes fiscales. Celles-ci étaient, en 2003, estimées à 2,8 milliards d'euros et provenaient pour 75% des spiritueux, 10% des bières et 4% du vin (Marigny, 2009). La production d'alcool constitue une branche importante de l'économie française, et est d'envergure et de renommée mondiales. L'alcool apporte-t-il pour autant un bénéfice à l'ensemble des français ?

En appliquant la méthode des surplus et en prenant en compte le coût externe (diminution des revenus due, pour l'essentiel, aux décès prématurés, les maladies et incarcérations induits par la consommation d'alcool) et l'effet de l'alcool sur les finances publiques (soins publics, taxes, prévention, répression, impact sur les impôts des morts prématurées, etc.), Kopp et Fenoglio (2011) ont trouvé que l'alcool imputait le bien-être collectif de 8 milliards d'euros.

Après ce bref descriptif de la molécule, ses effets, son histoire et son poids dans l'économie française, nous allons explorer plus en avant le trouble de l'usage d'alcool en présentant des données épidémiologiques et son association avec d'autres pathologies.

3. Données épidémiologiques du trouble de l'usage d'alcool

Notre étude portant sur des sujets âgés d'au moins 18 ans, nous nous centrerons sur l'épidémiologie de la population majeure.

En France, en 2014, la proportion de la population adulte consommant quotidiennement de l'alcool était de 9,7% (14,6% pour les hommes et 4,9% pour les femmes) et celle déclarant avoir présenté une ivresse ou plus, dans l'année, était de 19,1% (Richard et al., 2015).

Selon Limosin (2014), en France, la part de la population adulte présentant une consommation à risque ou nocive, c'est-à-dire susceptible d'induire des pathologies ou des conséquences sociales si les modalités de consommation perdurent, est évaluée à 15%. Les hommes ont des taux de consommation d'alcool et de troubles associés plus élevés que les femmes. Cependant, les femmes ont habituellement un poids plus faible, moins d'eau dans leur corps et métabolisent moins bien l'alcool que les hommes. Aussi seraient-elles susceptibles de développer des alcoolémies plus élevées

pour une même quantité d'alcool. Les femmes buvant massivement seraient plus vulnérables que les hommes à certaines conséquences physiques associées à l'alcool, notamment les maladies hépatiques (APA et al., 2015).

Concernant le trouble de l'usage d'alcool, récemment et sur un large échantillon de la population nationale des Etats-Unis (N=36 309 ; âge≥18 ans), Grant et al. (2015) ont trouvé une prévalence sur les 12 mois précédant l'évaluation et la durée de vie, respectivement de 13,9% et 36,0%. Cette prévalence s'est avérée plus élevée chez les hommes (respectivement 17,6% et 36,0%, contre, respectivement 10,4% et 22,7% chez les femmes), les 18-29 ans (26,7% et 37,0%), les personnes qui n'ont jamais été mariées (25,0% et 35,5%). La prévalence sur les 12 mois précédents était plus forte chez les personnes avec un faible revenu (16,2%). En France, la plupart des enquêtes menées sur une population tout venant recueillent uniquement les fréquences et quantités d'alcool consommées (Hoertel, Crochard, Rouillon, & Limosin, 2014). C'est pourquoi les statistiques françaises sont établies en termes de consommation à risque et ne permettent pas, à notre connaissance, d'établir une prévalence du TAU, d'où notre recours aux statistiques américaines qui présentent en outre l'avantage d'être récentes et d'avoir été obtenues sur un large échantillon.

Le trouble de l'usage d'alcool est le trouble psychiatrique le moins traité : en France, seulement 10 % des personnes présentant un usage nocif d'alcool accéderaient à des soins spécialisés (Limosin, 2014). En France, le nombre de patients pris en charge, pour un trouble de l'usage d'alcool, dans l'ensemble des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) était en 2014 de 74 142 (OFDT, 2016)

4. Développement et évolution du trouble de l'usage d'alcool

Selon le DSM-5 (APA et al., 2015), le premier épisode d'intoxication par l'alcool est susceptible de survenir pendant l'adolescence. L'âge de l'apparition du trouble caractérisé par la présence d'au moins de critères connaît son maximum entre la fin de l'adolescence et 25 ans. La grande majorité des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool le développent avant 40 ans : 10% ont un début plus tardif.

L'évolution du trouble est variable et caractérisée par des périodes de rémission et de rechutes. Le DSM-5 définit la rémission du TUA par l'absence de l'ensemble des critères à l'exception du craving pendant au moins 3 mois mais moins de 12 mois (rémission précoce) ou sur au moins 12 mois (rémission prolongée) (Cf. I.§1). La rechute peut ainsi être appréciée par la réapparition d'un ou plus des critères diagnostiques en plus du craving ou d'au moins deux critères si le craving avait également disparu, après leur absence sur au moins trois mois.

Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets dépressifs de l'alcool. En outre, du fait d'un métabolisme hépatique plus lent et d'un plus faible pourcentage d'eau corporelle, elles sont susceptibles de connaître des intoxications à l'alcool plus graves pour des niveaux de consommation plus faibles (APA et al., 2015).

Les facteurs de risque comprennent des attitudes culturelles, la disponibilité de l'alcool, les expériences personnelles avec l'alcool et les niveaux de stress. Le trouble de l'usage d'alcool a souvent un aspect familial : 40 à 60% de la variance du risque sont expliqués par les influences génétiques. Une grande vulnérabilité est associée à une schizophrénie préexistante, au trouble bipolaire, aux troubles de la personnalité antisociale et limite, à certains troubles anxieux et dépressifs, à l'impulsivité et à une réponse basse à l'alcool (sensibilité basse) (APA, 2015).

5. Morbidité et mortalité consécutives au trouble de l'usage d'alcool

Au-delà des conséquences délétères immédiates, survenant lors des intoxications aiguës, l'alcool est la cause directe de plus de 30 maladies organiques et représente la huitième cause de mortalité au niveau mondial et la deuxième cause de mort évitable, juste après le tabac (INSERM, 2016; Limosin, 2014).

En France, Le nombre de décès associé à l'alcool en 2009 était de 49 066 (2/3 hommes), il se répartissait entre les causes suivantes : soit 8 % des maladies cardiovasculaires (12233), 22 % des causes externes (8154), 20 % des cancers autres que ceux des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage (7469), 100 % des maladies hépatiques alcooliques (7336), 73 % cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophages (7251), 100 % des démences alcooliques (2970), et des décès dus à une autre cause (3653) (Paille, 2017).

Par ailleurs, en France, le trouble de l'usage d'alcool (modéré à grave) est la cause directe ou indirecte de 15 à 25% des hospitalisations. Un antécédent d'intoxication ou de dépendance à l'alcool est présent chez 10% des patients hospitalisés et transférés en réanimation. Leur mortalité et morbidité en réanimation sont de deux à quatre fois supérieures à celles des patients non alcooliques. Elles peuvent expliquer leur vulnérabilité plus importante à une complication infectieuse grave (Jacobs & Raynard, 2009).

Rehm et al. (2017) ont réalisé une revue systématique de la littérature afin de déterminer toutes les maladies et blessures reliées à la consommation d'alcool. Pour cela, ils ont identifié 255 articles dont certains sont des méta-analyses en recherchant le terme « *alcohol* » dans la banque de données de la version révisée de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) de l'OMS.

Les auteurs ont pu tout d'abord associer la consommation d'alcool à certaines maladies (Tuberculose, VIH, MST, infections respiratoires) par son effet immunodépresseur. La consommation d'alcool altère le fonctionnement des phagocytes tels que les leucocytes polymorphonucléaires (en particulier les neutrophiles) et les macrophages. Ces cellules ont pour rôle de phagocyter les cellules mortes elles peuvent ainsi être considérées comme les premières réponses du système immunitaire à l'inflammation. La consommation d'alcool a également un effet suppressif de la libération de cytokines qui sont responsables du signalement et la régulation de la défense de l'organisme, comme la migration des leucocytes polymorphonucléaires dans la zone infectée.

L'association de l'alcool au VIH, peut aussi résulter de l'impact d'une consommation aiguë d'alcool sur la prise de décision sexuelle, les comportements à risque et un manque de compliance au traitement.

Ils ont ensuite associé l'usage d'alcool à certains cancers. Plus particulièrement des essais expérimentaux animaux et épidémiologiques ont permis d'établir une relation causale entre la consommation d'alcool et le cancer de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage et via un carcinome épidermoïde du foie, du côlon, du rectum et du sein chez les femmes. Récemment des preuves épidémiologiques limitées ont été établies entre la consommation d'alcool et le cancer du rein, de la thyroïde, de la prostate, des ovaires et de l'endomètre et le lymphome. De nombreux mécanismes par lesquels la consommation d'alcool est reliée à certains cancers sont à l'étude. Le principal est via la métabolisation de l'alcool en son métabolite cancérigène, l'acétaldéhyde, qui endommagerait l'ADN au niveau des cellules-souches et conduirait au développement d'un cancer. Rehm et al. (2017) ont identifié quatre autres mécanismes par lesquels la consommation d'alcool pourrait conduire au développement d'un cancer.

Par ailleurs, Rehm et al. (2017) ont constaté un effet bénéfique de la consommation d'alcool sur le diabète de type II. Les résultats sont toutefois mitigés. Les effets bénéfiques ne seraient présents que chez les femmes, seraient absents en Asie, et disparaîtraient lors de comparaison avec des personnes abstinentes sur la durée de vie.

Dans leur revue de la littérature, Rehm et al. (2017) ont mis en évidence une association entre une forte consommation d'alcool et les démences et dysfonctionnements cognitifs. Ils rapportent qu'une récente revue de la littérature a prouvé que la consommation forte d'alcool prédisait une évolution de tout dysfonctionnement cognitif en démence. Les résultats selon lesquels une consommation de faible à modérée pourrait avoir un rôle protecteur de la maladie d'Alzheimer, d'autres formes de démences et le déclin cognitif seraient inconsistants, bien qu'une plausibilité biologique puisse être avancée.

Les auteurs rapportent une augmentation du risque d'épilepsie avec la consommation d'alcool qui est dose-dépendant.

Rehm et al. (2017) ont trouvé que l'association de l'alcool et des maladies cardiovasculaires étaient complexes. Une consommation chronique et importante a un effet préjudiciable sur la pression artérielle / l'hypertension, la cardiopathie ischémique, la cardiomyopathie, la fibrillation et le flutter auriculaires et tous les types d'accident vasculaire cérébral. Une augmentation des risques de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral ischémique, tout type d'attaque et d'autres maladies cardiovasculaires a été associée à une consommation occasionnelle excessive. Pour les consommations faibles ou modérées, des effets bénéfiques (principalement maladies ischémiques) et préjudiciables ont été trouvés. Les effets bénéfiques pourraient, cependant, avoir été surestimés.

La consommation d'alcool a été associée à des maladies gastrointestinales. Elle a tout d'abord été associée aux cirrhoses : stéatose alcoolique simple, hépatite, fibrose et cirrhose et carcinome hépatocellulaire. La relation dose-réponse de la cirrhose du foie à l'alcool est exponentielle. Les études épidémiologiques établissent une relation dose-réponse et la pancréatite aiguë et chronique avec une relation plus forte chez les femmes.

Enfin, la consommation d'alcool a été associée avec des blessures corporelles de tout type. Ceci s'explique, principalement, par son effet néfaste sur la vision, les habilités psychomotrices le temps de réaction, et le jugement sur la prise de risque. La relation entre l'alcoolémie et les blessures serait dose dépendante (Limosin, 2014).

6. Retentissement fonctionnel du trouble de l'usage d'alcool

La consommation d'alcool constitue un facteur de risque des accidents de la route, de la délinquance et de la criminalité du fait de son impact sur la coordination motrice et de son effet désinhibiteur.

Sur le plan professionnel, les troubles de l'usage d'alcool peuvent induire un absentéisme, des accidents de travail et une plus faible productivité de la personne (APA et al., 2015).

En 2016, il y a eu 56 106 interpellations par la gendarmerie, les services de sécurité publique ou la police pour infractions pour ivresse publique et manifeste (IPM), ce qui représente 13,5 infractions pour 10 000 habitants âgés de 15 à 74 ans (OFDT, 2017a).

En 2016, au moins un des conducteurs avait un taux d'alcoolémie positif dans 5 204 accidents corporels de la circulation (soit 8,8% de l'ensemble des accidents), dont 793 mortels, représentant 23,4 % de l'ensemble des accidents mortels (OFDT, 2017b).

7. Conséquences neurologiques du trouble de l'usage d'alcool

L'exposition chronique du cerveau à l'alcool peut avoir un effet délétère sur essentiellement deux circuits cérébraux : le circuit fronto-cérébelleux et le circuit de Papez. Il a été démontré que les personnes présentant un trouble de l'usage de l'alcool chronique présentaient une altération des fonctions exécutives, des capacités visuospatiales, de la marche et l'équilibre comparativement à un groupe témoin après ajustement du QI (Quotient Intellectuel) préexistant à la pathologie et du niveau éducatif. Les déficits les plus saillants concernaient la marche, l'équilibre et les capacités visuospatiales (Sullivan, Rosenbloom, & Pfefferbaum, 2000).

De nombreuses altérations du système nerveux central par l'alcool ont été mises en évidence : modification de la fluidité membranaire, de l'activités de récepteurs, réduction de la substance blanche au niveau du cortex, du cervelet, du corps calleux associée à une dilatation ventriculaire, réduction de la masse cérébrale en comparaison à des sujets témoins et anomalies dendritiques. L'atrophie cérébrale est corrélée à l'intoxication éthylique et est potentiellement réversible après une abstinence prolongée (Jacobs & Raynard, 2009).

La toxicité cérébrale de l'alcool peut être due à l'effet direct de l'alcool sur le cerveau, mais aussi, indirectement, à des traumatismes, des comas, des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et des effets délétères sur des organes périphériques : tube digestif, foie, cœur, pancréas, reins et poumons. Il est très probable que ces effets indirects de l'alcool sur le cerveau soient médiatisés par des facteurs solubles tels que les céramides (Zahr & Pfefferbaum, 2017).

Le trouble de l'usage d'alcool chronique peut ainsi induire, par effet direct une maladie de Marchiafava-Bignami, via une carence alimentaire une encéphalopathie de Wernicke, un syndrome de Korsakoff et une encéphalopathie pellagreuse et des encéphalopathies liées à une hépatopathie alcoolique (Zahr & Pfefferbaum, 2017).

Le syndrome de Marchiafava-Bignami (myélinolyse centro-pontique) est une complication rare de l'intoxication éthylique. Elle est due à une atteinte démyélinisante et une nécrose de la partie médiane du corps calleux. Elle se manifeste par des troubles psychiatriques, une dysarthrie, une tétraparésie, une astasie-abasie et des troubles de la conscience. Il en existe deux types : le type A consiste en l'apparition aiguë ou subaiguë de troubles de la vigilance et de signes pyramidaux et le type B par celle de troubles cognitifs, dysarthriques et de la marche (Jacobs & Raynard, 2009).

L'encéphalopathie de Wernicke et le syndrome de Korsakoff sont des troubles neurologiques causés par une déficience en thiamine (vitamine B1). Le trouble de l'usage d'alcool, les malnutritions, vomissements et diarrhées peuvent en être la cause. En outre, la capacité d'absorption de la paroi gastrointestinale d'une quantité suffisante de thiamine est réduite dans l'alcoolisme.

L'encéphalopathie de Wernicke se caractérise par un syndrome confusionnel, des signes oculomoteurs (paralysie oculomotrice, nystagmus) et un syndrome cérébelleux (trouble de l'équilibre). L'examen clinique révèle que 82% des patients ont des troubles des fonctions supérieures (syndrome confusionnel, concentration, apathie, trouble de la vigilance ou agitation, hallucinations et trouble du comportement). 29% présentent un nystagmus ou une paralysie oculomotrice. Plus rarement une anisocorie et une anomalie des réflexes photomoteurs sont présents (Jacobs & Raynard, 2009). Traitée une encéphalopathie de Wernicke est réversible, mais non traitée elle peut évoluer en un syndrome de Korsakoff. Celui-ci se caractérise, en plus des signes précédents, par une amnésie antérograde associée à des fausses reconnaissances et des fabulations.

L'encéphalopathie pellagreuse résulte d'une carence en vitamine PP. Elle est diagnostiquée, dans les pays occidentaux, essentiellement chez les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool. Cliniquement, elle se manifeste par une dermatite, une diarrhée chronique et une démence. Les troubles neurologiques, plus tardifs, débutent par une anxiété, des céphalées, une insomnie et des hallucinations ou une photophobie. Ils évoluent progressivement vers des troubles de la mémoire, un syndrome confusionnel et une démence (Jacobs & Raynard, 2009).

L'encéphalopathie hépatique est une complication de l'insuffisance hépatocellulaire. Il en existe quatre stades cliniques. Le premier se caractérise par une confusion légère, des troubles de l'humeur, un ralentissement de la capacité à réaliser des tâches mentales, une diminution de l'attention, une irritabilité et des troubles du sommeil. Le deuxième stade s'illustre par une somnolence, un déficit important de la capacité à réaliser des tâches mentales, une modification de la personnalité et une désorientation intermittente. Dans le troisième stade, le patient est somnolent, incapable de réaliser des tâches mentales, présente une confusion et une amnésie. Dans le quatrième stade, la personne est en coma (Jacobs & Raynard, 2009).

8. Comorbidités psychiatriques

Après contrôle des variables socio-démographiques et autres troubles, Grant et al. (2015) ont trouvé (étude citée § 1.3 ; N=36 309 ; âge ≥ 18 ans) chez les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool une fréquence significativement plus élevée de certains troubles psychiatriques le trouble de l'usage d'une ou d'autres substances psychoactives, dépressif caractérisé, bipolaire de type I, de

personnalité borderline et antisociale, et la phobie spécifique. Le risque d'une comorbidité du trouble de l'usage d'alcool avec l'anxiété sociale était négatif. Par ailleurs, les auteurs ont trouvé un risque de comorbidité du trouble de l'usage d'alcool non significatif avec le trouble bipolaire de type II, dépressif persistant, troubles d'anxiété généralisée, panique, posttraumatique, l'agoraphobie, et le trouble de la personnalité schizotypique (Cf. Tab 1).

Preuss et al. (2018) se sont à la fois appuyés sur une série d'études épidémiologiques (les études de l'ECA, Epidemiological Catchment Area Study) réalisées par des équipes de recherche indépendantes en collaboration avec le Centre d'Etudes Epidémiologiques (CES, Center For Epidemiologic Research) et l'Institut National américain de Santé Mentale (NIMH, National Institut of Mental Health) (Eaton, Regier, Locke, & Taube, 1981; Regier, 1990), les enquêtes de comorbidités nationales (NCS, National Comorbidity Survey, Kessler et al., 1996), les enquêtes épidémiologiques nationales de la comorbidité liée à l'alcool (NESARC : National Epidemiological Survey of Alcohol Related Comorbidity, Grant et al., 2004) et des données européennes.

Leur objectif a été d'établir des recommandations pour le dépistage, diagnostic et traitement des comorbidités psychiatriques.

Ces auteurs ont recueilli des données des comorbidité psychiatriques à la fois pour un trouble de l'usage d'alcool primaire et pour celui de l'usage secondaire. Ils ont cependant rapporté des odds ratio (OR) uniquement pour les troubles dépressifs, bipolaires, anxieux et de la personnalité antisociale. Les comparaisons de ces OR avec ceux de l'étude précédente (Grant et al., 2015) sont complexes, du fait de la subdivision de la comorbidité en primaire et secondaire et d'une catégorisation des troubles qui peut diverger. Néanmoins nous pouvons remarquer que les OR pour les troubles dépressifs, bipolaires et de la personnalité sont également significatifs et vont dans le même sens (Cf. Tab 1).

Preuss et al. (2018) rapportent que parmi les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, 3,8% ont, secondairement, présenté une schizophrénie, entre 13,4% et 32% (selon les sources) un trouble dépressif, entre 1,9% et 2,0% un trouble bipolaire, entre 19,4% et 21,4% un trouble anxieux et entre 14,3% et 21,3% un trouble de la personnalité antisociale (Cf. Tab 1).

Dans le sens contraire, 33,7% des schizophrènes, 16,5% des dépressifs, 46,2% des bipolaires, 17,9% des anxieux, 38,9% des personnes présentant un trouble de l'attention et de l'hyperactivité et 73,6% des personnalités anti-sociales (au sens du DSM-5), ont secondairement présenté un trouble de l'usage d'alcool (Cf. Tab 1).

Tableau 1. Comorbidité trouble de l'usage d'alcool et troubles psychiatriques : prévalence sur la durée de vie, 12 derniers mois et odds ratios

D'après Grant et al. (2015) et Preuss et al. (2018).

	ECA	NCS	NESARC	ECA	NCS	NESARC	Grant (2015)	Grant (2015)
	DV (%)	DV (%)	12M (%)	OR	OR	OR ^a (95%-CI)	OR ^a : 12M (95%-CI)	OR ^a : DV (95%-CI)
	Trouble de l'usage d'alcool secondaire						Comorbidités secondaire/primaire/indépendant	
Schizophrénie	33,7	–	–	3,3	–	–		
Troubles dépressifs	16,5	27,9	16,4	1,6	3,7	1,9 (1,7–2,1)	1,3 (1,18-1,47)	1,5 (1,37-1,63)
Trouble dépressif caractérisé							1,2 (1,08-1,36)	1,3 (1,15-1,39)
Trouble dépressif persistant							0,9 (0,72-1,15)	1,3 (1,09-1,46)
Troubles bipolaires	46,2	32	47,8	4,6	2,7	3,5 (2,8–4,2)		
Trouble bipolaire I							1,4 (1,08-1,78)	2 (1,59-2,44)
Trouble bipolaire II							1,3 (0,70-2,39)	1,2 (0,63-2,20)
Troubles anxieux	17,9	40,9	13	1,8	2,1	2,3 (2,1–2,6)	1,1 (0,97-1,27)	1,3 (1,18-1,43)
Trouble panique							1,1 (0,89-1,42)	1,3 (1,12-1,44)
Agoraphobie							1,1 (0,81-1,44)	1 (0,80-1,27)
Anxiété sociale							0,8 (0,63-0,98)	1 (0,86-1,20)
Phobie spécifique							1,2 (1,03-1,43)	1,2 (1,11-1,41)
Trouble anxieux généralisé							1 (0,86-1,22)	1,2 (1,05-1,39)
Trouble stress post-traumatique							1 (0,86-1,22)	1,3 (1,10-1,48)
Trouble usage drogues							3,3 (2,88-3,76)	4,1 (3,72-4,57)
Trouble usage nicotine							2,5 (2,24-2,69)	3,2 (2,95-3,42)
Trouble de l'attention et de l'hyperactivité								
Trouble de la personnalité								
Antisociale	73,6	58,3	30,3	14,7	11,7	6,5 (5,3–8,0)	1,6 (1,28-1,94)	1,9 (1,67-2,26)
Borderline							1,9 (1,66-2,23)	2 (1,74-2,19)
Schizotypique							1,1 (0,95-1,28)	1,1 (0,93-1,24)

Tableau 1. (suite)

	ECA	NCS	NESARC	ECA	NCS	NESARC	Grant (2015)	Grant (2015)
	DV (%)	DV (%)	12M (%)	OR	OR	OR ^a (95%-CI)	OR ^a : 12M (95%-CI)	OR ^a : DV (95%-CI)
Trouble de l'usage d'alcool primaire								
Schizophrénie	3,8	–	–	5,1	–	–		
Troubles dépressifs	13,4	32	13,7	–	–	–		
Troubles bipolaires	1,9	2	17,4	3,7	–	–		
Troubles anxieux	19,4	21,4	17,1	–	–	–		
Trouble de l'attention et de l'hyperactivité			38,9					
Trouble de la personnalité Antisociale	14,3	21,3	19,2	3,1	–	–		

ECA : Epidemiologic Catchment Area Study

NCS : National Comorbidity Survey

NESARC : National Epidemiological Survey of Alcohol-Related Comorbidity

DV : prévalence sur la durée de vie

12M : prévalence 12 derniers mois

OR : Odds Ratio

a : OR significatifs en caractères gras

Le dispositif de la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool est diversifié : médecins de ville, unités hospitalière spécialisée, équipes de liaisons en alcoologie, les soins de suite et réadaptation, les communautés thérapeutiques, et établissements sanitaires et sociaux (Cottencin, Harbonnier, Guardia, Rolland, & Danel, 2014). La participation à groupe d'entraide peut constituer un complément ou une alternative.

Après un récapitulatif des principaux éléments abordés dans ce premier chapitre, nous allons nous intéresser aux groupes d'entraide les Alcooliques anonymes (AA)

Synthèse du premier chapitre

L'alcool a un **effet euphorique et hédonique**, induit une **aisance sociale** et peut apparaître comme « **thérapeutique** » par la réduction des symptômes anxieux ou dépressifs qu'il induit à court-terme. Cependant, son usage peut être à risque et mener à une addiction.

De nombreux termes sont utilisés pour décrire le phénomène addictif. Ces termes ne sont pas équivalents. Dans notre recherche, en cohérence avec sa thématique, nous parlerons d'addiction et de trouble de l'usage d'alcool/substances psychoactives, en fonction des études rapportées.

L'addiction est « un processus dans lequel est réalisé un comportement (ici l'usage d'alcool) qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou soulager un malaise interne et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle (impuissance) et sa persistance en dépit des conséquences négatives (incontrôlable) » (Goodman, 1990, p. 1404).

Le Trouble de l'Usage d'Alcool (TUA) est un mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative. Il est caractérisé par la présence d'au moins 2 critères sur les 11 décrits par le DSM 5 sur une durée minimale d'un an. Ceux-ci s'organisent autour de la perte du contrôle dans la consommation d'alcool, une altération du fonctionnement social, un usage risqué et des caractéristiques pharmacologiques.

Le TUA est un **problème majeur de santé publique**. Sa prévalence sur 12 mois est de 8,5% (Hommes : 12,4%, femmes 4,9%), aux Etats-Unis. 15% des Français auraient une consommation à risque ou nocive et 9,7% (Hommes : 14,6% ; Femmes : 4,9%) en consommeraient quotidiennement. Le TUA se développe en général avant 40 ans, il est chronique et composé de rechutes et rémissions. Il constitue la 8^{ème} cause de mortalité dans le monde et est associé à des maladies infectieuses (effet immunodépresseur), cancers (via principalement son métabolite, l'acétaldéhyde), des maladies cardiovasculaires, gastrointestinales, hépatiques, pancréatiques.

Le TUA peut aussi, directement ou via des carences alimentaires, hépatopathies, AVC, comas ou traumatismes crâniens **affecter le système nerveux central** et altérer les fonctions exécutives, les capacités visuospatiales, la marche et l'équilibre, l'attention, la vigilance, la mémoire, induire une dysarthrie, une confusion, des fausses reconnaissances, des fabulations et hallucinations.

Il existe une **comorbidité** significative du TUA avec, par ordre d'importance, les **troubles psychiatriques** suivants : un autre trouble de l'usage de substances psychoactives, le trouble bipolaire I, les troubles de la personnalité borderline et antisociale, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, et plus particulièrement parmi ceux-ci avec le trouble panique, le trouble de stress post-traumatique, la phobie spécifique, le trouble anxieux généralisé.

Le TUA augmente les **risques d'accident, de délinquance, violence et criminalité**, et est associé à un **absentéisme** et une faible productivité **professionnelle**.

L'alcool **affecterait négativement le bien-être général** des français à hauteur de 8 milliards d'euros.

II - Les Alcooliques anonymes

Dans ce chapitre, un bref historique du développement des Alcooliques anonymes (AA) sera retracé. Puis, nous verrons que leur proposition d'un programme spirituel comme voie de rétablissement découle logiquement de leur conception de l'alcoolisme. Sur la base du livre de référence des AA (Alcoholics Anonymous, 2003) et de celui qui décrit plus en détail leurs 12 étapes (Alcooliques Anonymes, 2003), nous préciserons ce en quoi consiste la spiritualité des AA, le programme en 12 étapes et ce qui semble motiver les individus à y adhérer. Ceci nous amènera à montrer que la participation aux AA ne se réduit pas à une simple assistance à des réunions de partage d'expériences. Nous rapporterons alors les résultats d'études qui ont comparé l'efficacité des AA avec celle des thérapies les plus usitées dans le trouble de l'usage d'alcool, tout au moins aux Etats-Unis, à savoir, l'entretien motivationnel et la thérapie comportementale et cognitive et ceux portant sur les mécanismes d'efficacité intervenant dans la participation aux AA.

Concernant le terme de « Alcooliques anonymes », nous avons à dessein, respecté l'orthographe officielle avec un « A » majuscule pour Alcooliques et un « a » minuscule pour anonymes. En anglais les deux mots s'écrivent avec des A majuscules. Son sigle « AA » est universel.

Avant de nous intéresser plus spécifiquement aux AA, nous allons définir le groupe d'entraide et lister les principaux existant en France.

1. Définition d'un groupe d'entraide

Les groupes d'entraide sont des communautés qui rassemblent des personnes présentant le même problème. Le bien-fondé de ces groupes repose sur la prémisse qu'un groupe d'individus partageant un comportement commun, qu'ils identifient comme problématique, peuvent mutuellement se soutenir les uns les autres et contrôler ou éliminer ce comportement. Le principe de base des groupes d'entraide est l'identification (Magura et al., 2003).

2. Les différents groupes d'entraide du trouble de l'usage d'alcool en France

Les principaux groupes d'entraide en France sont : les Alcooliques anonymes, la Croix-Bleue, Alcool Assistance, Vie Libre, Les amis de la santé, Joie et Santé – Alcool écoute, La santé de la famille, Amis de la santé. Certains groupes ont été créés par des entreprises pour leurs employés comme : Amitié La poste France Orange, Amitié Entraide Air-France, Amitié Présence RATP (« Les groupes d'entraide en France », s. d.; Société Française d'Alcoologie, 2009). En 2006, l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) a créé un groupe de travail rassemblant des chercheurs et neuf associations d'entraide pour le trouble de l'usage d'alcool : Alcooliques anonymes,

La Croix bleue, Alcool assistance, Vie libre, Les Amis de la santé, Alcool Écoute Joie et Santé, Amitiés la Poste France Telecom, La Santé de la famille, Association Vivre avec le SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale). Ce groupe de travail a produit des publications sur l'évolution des valeurs interpersonnelles et le maintien de l'abstinence (Boulze, Launay, & Nalpas, 2016a, 2016b; Nalpas & Boulze, 2016; Nalpas & Perney, 2017).

Parmi les groupes d'entraide, les Alcooliques anonymes est le seul à proposer un programme spirituel à ses membres afin qu'ils tentent de remédier à leur trouble de l'usage d'alcool.

3. Origine et développement des Alcooliques anonymes

Les Alcooliques anonymes (AA) ont été créés à Akron (Ohio, US) en 1935 par Bill, courtier en valeurs mobilières, et Bob, médecin.

A cette époque, Bill était en rémission de son trouble de l'usage d'alcool depuis six mois. Il attribuait, tout d'abord, cette rémission qu'il jugeait inespérée à une expérience spirituelle. Il devait cette dernière à un « ami alcoolique » qui avait été en contact avec les groupes d'Oxford, groupe protestant fondé par le ministre luthérien, Franck Buchanam. Les groupes d'Oxford prônent l'examen de soi, la reconnaissance de ses défauts de caractère, le dédommagement du tort causé à d'autres et le partage aux autres (Dermatis & Galanter, 2016). Bill imputait ensuite cette rémission aux connaissances sur l'alcoolisme qu'il avait reçu d'un médecin alcoologue. Il avait retiré de ces rencontres, d'une part, la prise de conscience de « la gravité du mal de l'alcoolisme » et, d'autre part, la conviction de « la nécessité d'un inventaire moral [étape 4], d'avouer ses fautes [étape 5], de réparer les torts causer autour de soi [étape 9], de venir en aide aux autres [étape 12] et aussi de croire en Dieu [étape 2] et de s'en remettre à lui [étape 3] » (Alcoholics Anonymous, 2003, p XVI). Ces convictions serviront de base aux différentes étapes, signalées entre crochets, du programme spirituel en 12 étapes des Alcooliques anonymes (Cf. Annexe 1), que nous décrirons dans une prochaine section (ce chapitre, §6.). Attribuant en grande partie sa rémission à sa rencontre avec un ami alcoolique, Bill en avait également déduit que « seul un alcoolique peut venir en aide à un autre alcoolique » (Alcoholics Anonymous, 2003, p XVI), qui est le principe sur lequel repose les groupes d'entraide. Cette déduction est devenue, pour lui, une vérité lorsqu'il en a fait l'expérience en occupant, cette fois, la place de l'aidant. Il a, en effet, constaté, qu'en transmettant au Dr Bob ses connaissances sur l'alcoolisme et les principes spirituels à mettre en œuvre pour y remédier, le médecin Bob était devenu abstinent, alors qu'il n'y été encore jamais parvenu, même, lorsqu'il avait tenté, sans l'aide d'un alcoolique, de recourir à des « moyens spirituels ».

Ces postulats selon lesquels seul un alcoolique pouvait en aider un autre et que l'alcoolisme était une « maladie spirituelle » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 72) qui requérait l'application de principes spirituels pour y remédier, dont l'aide prodigué à d'autres alcooliques ont incité Bob et Bill à intervenir auprès d'alcooliques de l'hôpital d'Akron. De leur rencontre avec un troisième alcoolique devenu abstinente est alors né le premier groupe des AA. Un deuxième groupe s'est ensuite constitué à New York, puis un troisième à Cleveland en 1939 et ainsi de suite : il existe aujourd'hui plus de 120 300 groupes AA dans le monde (Alcooliques Anonymes, 2018). Les AA sont ainsi passés de 2 membres en 1935 à 2 087 840 en 2017, selon une estimation (Bureau des Services Généraux des AA, 2018).

Le programme des AA a été transposé pour d'autres addictions. De nouveaux groupes, s'appuyant sur la méthode et le fonctionnement des AA, sont apparus, comme les Narcotiques Anonymes, NA, qui malgré un intitulé ciblant les « narcotiques » ont une approche plus généraliste et utilisent dans leur programme le terme générique de « dépendance » ; les Débiteurs Anonymes, DA, les Outre-Mangeurs Anonymes, OA ; etc...

Les AA expliquent leur pérennité et leur bon fonctionnement grâce à des principes organisationnels qu'ils ont posés dès le début de leur croissance vertigineuse aux Etats-Unis (1939-1941). Ces principes qui régissent le fonctionnement des AA sont devenus les 12 traditions des AA (Cf. Annexe 2)

Les AA se définissent comme étant « une association bénévole, internationale, d'hommes et de femmes, provenant de toutes les catégories sociales, qui se réunissent dans le but de devenir abstinents et de le rester. Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour être membre. Les AA ne demandent ni cotisation, ni droit d'entrée. » Ils mentionnent que leur objectif « est de transmettre leur message de rétablissement à l'alcoolique qui cherche de l'aide » et précisent le principe d'entraide sur lequel repose l'association « Ensemble, nous pouvons accomplir ce qu'aucun de nous ne peut faire ». Pour cela, « les membres Alcooliques anonymes partagent leurs expériences de rétablissement avec tous ceux qui demandent de l'aide pour leur problème d'alcool » (Alcooliques Anonymes, s. d.).

Les AA se sont aussi forgés une grande réputation. Ils ont ainsi remporté le prix Albert-Lasker (considéré comme le prix Nobel américain) en 1951 (Alcoholics Anonymous, 2003, p. IV) et le texte original des AA figure parmi les 88 livres qui ont façonné l'Amérique de la bibliothèque du Congrès des Etats-Unis (Kelly, 2017).

AA France a été créé en 1960 par Manuel M. Cet homme, alcoolique, avait lu, dans France Soir, un article de Joseph Kessel issu de son enquête sur les Alcooliques anonymes aux Etats-Unis (Kessel, 1960). Il avait ainsi appris que des membres américains des AA se réunissaient à Paris depuis 1949 et tenaient une réunion, depuis 1955 dans l'église américaine, 65 quai d'Orsay. Avec leur aide, Manuel M. a alors érigé une réunion en français. Ainsi sont nés les AA France. Dès 1963, il se déroulait chaque jour une réunion des Alcooliques anonymes (Bureau des Services Généraux des AA, 2016; Manuel M, 2016). Aujourd'hui, plusieurs réunions ont lieu chaque jour à Paris. Les Alcooliques anonymes disposent aujourd'hui de plus de 600 réunions en France (Alcooliques anonymes, 2018).

4. Typologie des consommateurs d'alcool selon les AA

Les AA ont identifié trois types de « buveurs » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 24-26) : le « buveur modéré [qui] abandonne facilement l'alcool s'il a une bonne raison de le faire, le « gros buveur », dont la consommation peut « avoir affecté progressivement sa santé physique et mentale », et peut « même écourter sa vie », mais qui « parviendra, s'il est motivé par une raison suffisamment sérieuse, [...] à couper l'alcool complètement [ou] du moins à modérer sa consommation », et enfin « le véritable alcoolique ».

Selon les AA, le véritable alcoolique se caractérise par une perte de contrôle à la fois de sa consommation d'alcool (« dès qu'il commence à boire, il ne peut plus s'arrêter », (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 24) ; « pour une raison inconnue nous avons perdu notre liberté de choix devant l'alcool », (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 27) et de la conduite de sa vie (« nous étions incapable de prendre notre vie en main », (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 67)). Les « véritables alcooliques » se distinguent aussi, selon les AA, par leur déni. Ainsi, ils ne « croiront pas appartenir à cette catégorie », et « en se leurrant eux-mêmes [...] ils tenteront de se prouver qu'ils sont des exceptions », et donc qu'« ils ne sont pas alcooliques. » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 35).

Le « véritable alcoolique » se singularise aussi, selon les AA, par « la grande obsession [...] qu'un jour [...], il parviendra à se contrôler et à prendre plaisir à boire » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 34), qu'il « retrouver[a] la maîtrise de [lui]-même » « revivr[a] les moments intense du passé », « goûter[a] la vie comme auparavant »(p. 196).

La vulnérabilité de l'individu face à l'alcool est accentuée par des distorsions cognitives. Les AA disent ainsi de l'alcoolique qu'il a « une telle incapacité de juger correctement » (Alcoholics Anonymous, 2003,p 41), a tendance à minimiser et « penser que son cas est moins grave » (Alcoholics Anonymous, 2003,p 45), il développe des croyances erronées telles qu'il « peut contrôler comme tout le monde » ou « qu'il a toutes les raisons d'avoir confiance et qu'il suffisait d'avoir de la volonté et de

se tenir sur [ses] gardes » (Alcoholics Anonymous, 2003,p 45). L'alcoolique ne parvient pas à encoder qu'il est incapable de contrôler la quantité consommée, bien que « chaque tentative [soit] un échec ». Face à l'alcool, l'individu développe des pensées permissives, qui sont « des excuses insensées et injustifiées pour prendre [son] premier verre » (Alcoholics Anonymous, 2003,p 42). Il a après-coup un sentiment d'absurdité et d'incompréhension, et pense « qu'il est « frappé d'insanité dès qu'il [s'agit] d'alcool » (Alcoholics Anonymous, 2003,p 43).

Une autre caractéristique du « véritable alcoolique » dénoncée par les AA est qu'il devient autre lorsqu'il est sous l'effet de l'alcool au point de faire « penser au Dr Jekyll et M Hyde » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 24). Il a en effet, « des gestes absurdes, inexplicables et tragique, lorsqu'il boit », et peut même se montrer « exécration et même dangereusement antisocial ».

Le « véritable alcoolique » se singularise, toujours selon les AA, par un sentiment de toute puissance et une volonté de contrôler totalement les autres et les situations. Il mène ainsi sa vie en ne comptant que sur lui-même, en exerçant sa volonté personnelle et en s'attendant que l'autre se comporte comme il le souhaite (Alcoholics Anonymous, 2003,p 67). En outre, quand les situations ne se déroulent conformément à ses attentes, son attribution causale étant systématiquement externe, il éprouve un sentiment d'injustice, du ressentiment et s'apitoie. Selon les AA, ce comportement et ces ressentis trouvent leur origine dans l'égoïsme de l'alcoolique (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 69). Selon les AA, l'alcoolique se caractérise par deux traits de personnalité, la toute-puissance et l'égoïsme, qui le poussent à ressentir du ressentiment.

Nous avons rapporté la description que font les AA de l'alcoolique, que dire maintenant de leur perception de l'alcoolisme ?

5. Conception, étiologie et remède de l'alcoolisme selon les AA

Les AA disent tenir la « vérité » sur la maladie alcoolique « au prix de cruelles expériences » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 44).

Les AA défendent que l'alcoolisme est une maladie (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 104, 117) chronique, il disent ainsi qu'« [ils ne sont] pas guéris de l'alcoolisme ; nous bénéficions d'un sursis quotidien ... » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 96). En outre, cette maladie est « progressive » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 34), car leur condition « va sans cesse s'aggravant » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 35).

Les AA parlent de folie pour la désigner : les alcooliques sont ainsi « frappés d'insanité dès qu'il s'agit d'alcool » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 43), « une folie subite s'empare de l'esprit avant

le premier verre » (p. 45). Ils parlent aussi de « dangereuse manie » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 43), au sens d'habitude mais qui n'est pas sans évoquer la folie. Les AA évoquent aussi un « empoisonnement grave », et que « cette affection détériorait [l']organisme et [...] dérangerait l'esprit » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 177).

La maladie est aussi irréversible. Les AA rapportent le cas d'un homme qui « après une longue période d'abstinence » avait recommencé à boire et en était « mort dans les 4 ans », et de conclure « alcoolique un jour, alcoolique toujours » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 37).

Cette maladie est grave comme l'illustre les champs lexicaux de mortalité et dangerosité jalonnant tout le texte, comme par exemple « danger mortel » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 79), « une question de vie ou de mort » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 84), « élément vital » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 107), « la destruction alcoolique » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 54).

Cette gravité n'est ni liée à la durée ni à la quantité consommée : « Il n'est pas nécessaire d'avoir bu longtemps ni d'avoir absorbé les mêmes quantités d'alcool [...] pour être gravement affecté » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 38).

Les AA apportent une description de l'évolution de la maladie. La consommation semble s'apparenter à celle « des gens normaux », au début et être « synonyme de convivialité, de camaraderie et de rêves heureux et colorés », elle « libère de l'ennui et des tracas ». Mais dans les « derniers jours de [la] consommation exagérée », « les plaisirs d'hier s'étaient enfuis ». L'individu présente alors une obsession « de goûter la vie comme auparavant » et « retrouver la maîtrise » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 196).

Puis la maladie provoque un retrait social et une forme de dépression « nous nous retirons de la société, de la vie elle-même » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 196), et se manifeste par un état de dépendance « nous devenions assujettis à Sa Majesté l'alcool » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 196).

La maladie occasionne une grande souffrance. Les AA évoquent de « terribles souffrances morales et physiques » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 47), un « anéantissement de tout ce qui compte dans la vie » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 21), que la maladie occasionne de « la terreur, confusion, frustration et désespoir » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 170), du sentiment « [d'être] fichu », d'être « brisé par un malheur auto-imposé impossible à retarder ou à éviter » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 60). L'alcoolisme est aussi associé à l' « humiliation » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 24), au « déshonneur », la « misère » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 170), la « détresse ».

La souffrance peut aussi émaner d'une incapacité de l'individu à connaître une « abstinence heureuse » et d'être de ce fait incapable « d'imaginer sa vie ni avec, ni sans l'alcool », ce qui lui fait

endurer « une solitude comme bien peu de gens la connaissent », ainsi qu'un sentiment de se trouver « au bord du gouffre », et « souhaiter en finir avec la vie » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 171).

Contrastant avec le sentiment de toute-puissance de la personne alcoolique, cette maladie se caractérise par l'impuissance de l'individu à se rétablir seul, car « la volonté et la connaissance de soi ne [sont] d'aucun secours » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 47) et qu'il existe donc une « incapacité à s'en sortir » seul (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 48).

Ainsi, « un simple code de conduite, une philosophie de vie » ou « une volonté propre » « sont insuffisantes » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 50). Autrement dit, les « possibilités humaines, dirigées par [la] volonté » ne sont « pas suffisantes » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 50). En outre, les AA affirment « avoir essayé tous les remèdes possibles », et qu'il semble « qu'aucun traitement permette à des alcooliques [...] de ressembler aux autres », que « parfois certains [traitement leur] ont apporté un bref moment de répit, qui était toujours suivi par une récurrence encore plus grave » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 35).

Ils étayaient leur propos en attestant que « les médecins qui connaissent l'alcoolisme s'accordent à dire qu'il est impossible pour un alcoolique de redevenir un buveur normal », ils tempèrent cependant en mentionnant que « peut-être un jour la science apportera-t-elle la solution, mais ce n'est pas encore fait » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 35).

Face à cette impuissance de l'individu et de la médecine, les AA en concluent qu'il « : il fallait trouver une force grâce à laquelle [ils pourraient] vivre, et ce devait être une Puissance supérieure à [eux]-mêmes. » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 50), « que le secours [doit] venir d'une Puissance supérieure » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 49).

C'est pourquoi, les AA déduisent de ce constat (et de l'expérience de leurs aînés) que l'alcoolisme est une maladie qui atteint l'individu « mentalement et physiquement, mais spirituellement aussi » ; et que lorsque « la maladie spirituelle n'y est plus, [l'alcoolique se relève] physiquement et mentalement » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 72-73).

Pour preuve, ils rapportent les propos d'un psychiatre « qui [était] attaché à un hôpital mondialement connu » qui assurait, à propos de Bill et Bob qu'« il ne [faisait] aucun doute dans [son] esprit qu'[ils] ne [s']en [seraient] jamais sortis sans une aide divine. [...] [qu'il avait] un profond respect pour l'approche spirituelle dans des cas comme [le leur, et que] la plupart du temps, il n'y [avait], à vrai dire, aucune autre solution » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 49).

Donc, le remède ne peut être que spirituel : « si lorsque vous buvez vous avez peu de contrôle sur la quantité que vous prenez, il est probable que vous êtes alcoolique. Si c'est le cas, votre maladie

pourrait être celles que seule une expérience spirituelle peut vaincre » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 50).

Dans les groupes spirituels en 12 étapes, la souffrance est vue comme la cause de la conduite addictive et comme la motivation au rétablissement (Chen, 2010).

La souffrance accompagnant l'addiction comporte une dimension spirituelle qui s'illustre à la fois dans le processus addictif et dans celui du rétablissement (DuPont & McGovern, 1992). En effet, même si les substances psychoactives procurent au sujet addict jouissances, sérénité et plaisir, en premier lieu, elles lui offrent aussi un sentiment de soulagement et de libération de son mal-être. Dans cette phase de l'addiction, l'individu ne compte que sur lui-même et rejette toute assistance des autres, et cherche à trouver sa propre voie pour alléger sa souffrance psychologique (Chen, 2010). Cette phase se caractériserait donc, selon les programmes en 12 étapes, par la perte progressive de spiritualité de l'individu.

Parallèlement à cette perte, l'addiction devient, progressivement, la force motrice de la vie du sujet addict, jusqu'à ce qu'il finisse par en perdre totalement le contrôle. L'individu connaît alors un état de vide spirituel. La détresse psychologique qui en découle menace son intégrité et le prive de sa propre transcendance. Sa souffrance, dans cette phase, devenue insupportable le pousse à réévaluer sa vie, affronter son impuissance et rechercher de l'aide (Chen, 2010). Ainsi, les programmes spirituels de rétablissement conçoivent l'addiction non seulement comme une maladie mentale et physique, s'illustrant respectivement, selon leur propre terminologie, par les obsessions (craving) et les compulsions, mais aussi comme un trouble spirituel de l'individu qui se manifeste par un égocentrisme, noyau de l'addiction, une absence de sens à la vie et une insatisfaction des besoins spirituels (O'Murchu, 1994) générant la souffrance. C'est pourquoi, ils proposent d'éradiquer les conduites addictives par le développement d'une spiritualité.

Nous avons schématisé cette compréhension dans la figure 1.

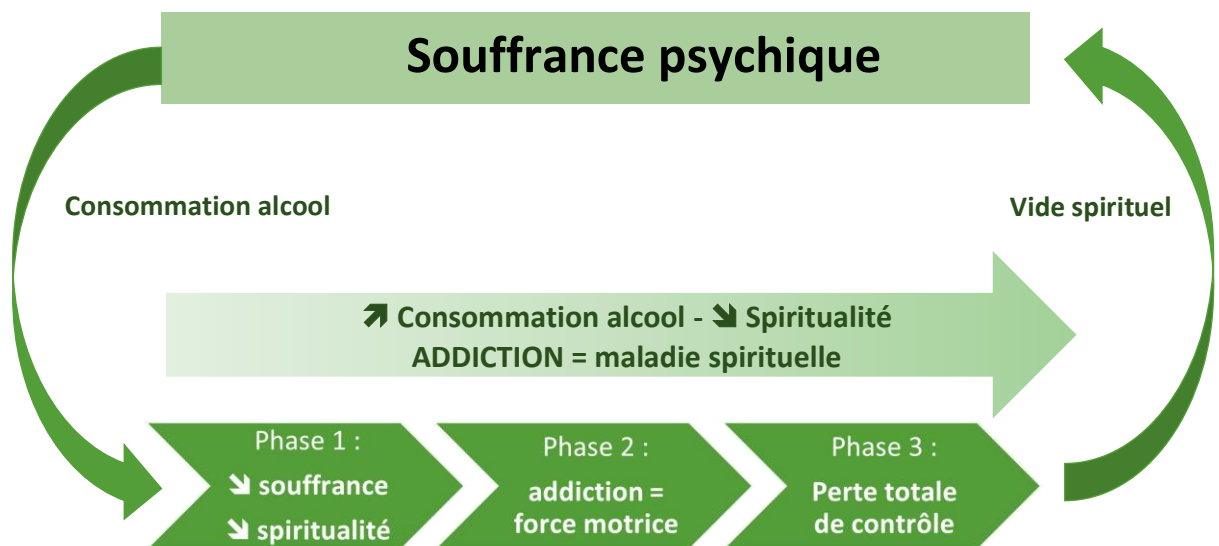


Figure 1. Illustration de la conception de l'addiction par les programmes en 12 étapes

6. Spiritualité des AA

6.1. Une conception vaste et ouverte

Il s'agit d'une spiritualité déiste. Dans le « big book », le terme Dieu est employé 161 fois, celui de « Puissance supérieure » 63 fois et de « Créateur » 14 fois.

Néanmoins, il s'agit d'un « Dieu tel que chacun le conçoit » ou « comme il plaît à chacun » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 14, 15, 52, 53, 66, 68, 105, 185, 223, 282, 384, 406), soit 13 itérations dans ce livre de référence. D'ailleurs, les AA parlent aussi de « Grande Vérité » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 185) ou de « Grande Réalité » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 62, 181), d'une « Intelligence Créatrice », d'un « Esprit universel », de l'« Âme de la nature » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 14) de « communion de l'esprit » ou du « chemin de l'Heureux Destin » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 185), termes et expressions qui peuvent ouvrir sur une spiritualité non-déiste.

Il est même proposé de « faire du Mouvement [des AA] une Puissance supérieure personnelle» (Alcooliques Anonymes, 2003, p. 31). Ainsi, le Dieu des AA peut désigner un Dieu d'une religion, une vérité ou réalité absolue, se prêtant ainsi à toute forme de spiritualité ou religion non-déiste, ou encore une communauté ou toute force supérieure à lui que l'individu se choisira comme dieu.

Les seules conditions posées sur le choix de son Dieu est que celui-ci doit revêtir une signification personnelle, doit être supérieur à l'individu, et que ce dernier veuille croire en ce Dieu (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 104).

Les AA offrent ainsi, nous semble-t-il, la possibilité à l'individu de laïciser cette spiritualité, ou plus exactement d'en avoir une approche humaniste.

Quoi qu'il en soit, selon les AA, la conception n'importe pas, car « la pierre angulaire de la construction d'une structure spirituelle solide » réside dans le simple fait de « vouloir croire ou croire » (p. 54) en l'existence d'une Puissance supérieure quelle qu'elle soit (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 104).

Par ailleurs, ils attestent que le niveau de croyance en Dieu n'importe pas non plus et disent qu'« [ils] compt[ent] parmi [leurs] membres plusieurs personnes qui jadis étaient de ceux-là [agnostiques] [et qu'il] est pour le moins étonnant de constater que ce n'est pas là un obstacle sérieux à une expérience spirituelle » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 33). Ils affirment même, qu'ils « n'ét[ai]ent pas loin de la moitié à [se] croire athées ou agnostiques », et que leur « expérience prouve que [les nouveaux arrivant ne doivent] pas être déconcertés (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 50). Ils défendent aussi que ce n'est pas non plus un éventuel passé religieux qui conduit aux AA. Néanmoins la spiritualité des AA peut permettre de réactiver des croyances et les transformer en ressources. Ils citent ainsi les propos d'un de leur membre disant « Ma religion ne m'a pas donné les AA. Les AA m'ont permis de puiser de la force dans ma religion » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 178).

Enfin, au-delà de la croyance ou de la volonté de croire en une Puissance supérieure, les AA précisent que ce qui est important est d'adopter des « principes spirituels » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 54, 67, 94, 105, 107, 132, 143, 153, 176). Il s'agira ainsi pour l'individu de se constituer une boîte d'outils spirituels (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 29, p. 108). L'ensemble de ces principes spirituels constituent une méthode (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 65-99). Cette dernière constitue une démarche spirituelle qui peut être décomposée en différentes étapes que nous exposerons dans un prochain paragraphe.

6.2. Un programme religieux, spirituel, humaniste ?

La nature de la spiritualité des AA a déjà interrogé. Kelly (2017) dénonce son caractère quasi religieux. Cette religiosité s'illustre, selon lui, au travers son discours (« que ta volonté soit faite »), la pratique de la prière et de la méditation et par le fait que de nombreuses réunions se déroulent dans des salles appartenant à des églises. Pour étayer ses propos, il rapporte que la cour suprême des états

unis a statué que les AA étaient un groupe religieux. Cette cour avait été saisie par des personnes, en probation ou liberté conditionnelle, qui revendiquaient, qu'étant donné la séparation de l'Etat et de la religion, on ne pouvait pas les obliger à assister à des réunions d'un groupe religieux (Roger, 2012). Sans les citer, Dermatis et Galanter (2016) pointent l'existence de similitude de la spiritualité des AA avec la religion, ce qui, selon eux, justifie l'emploi d'outils d'évaluation de la religion pour apprécier la spiritualité des AA. Connors, Tonigan, et Miller (1996) ont d'ailleurs conçu un outil évaluant les antécédents et pratiques religieuses afin d'estimer la spiritualité de personnes participant à un programme basé sur celui des AA.

Kurtz et Ketcham (1992) ont souligné que les quatre éléments spirituels essentiels dans les histoires racontées par des membres AA étaient la libération, la gratitude, l'humilité et la tolérance, qui somme toute sont des valeurs que nous retrouvons à la fois dans la religion, la spiritualité et les courants de pensée humanistes. Ces résultats sont confirmés par ceux de Schaler (1996) qui a obtenu deux dimensions dans son échelle basée sur « la philosophie des AA » : une dimension « libération-gratitude-humilité » et une dimension « tolérance ».

Spécifier la spiritualité des AA, n'est donc pas évident. Mais, finalement, ce qui importe est de repérer les éléments de spiritualité des AA, afin de choisir des instruments de mesure adéquats.

L'examen de la démarche spirituelle préconisée par les AA, nous permettra d'identifier ces éléments de spiritualité.

6.3. Démarche spirituelle préconisée par les AA : un programme spirituel en 12 étapes

Le programme des AA repose sur deux considérations que l'alcoolisme est une maladie et son étiologie spirituelle, d'où la proposition d'un programme spirituel pour tenter d'y remédier.

Ainsi, les AA se singularisent par leur enseignement d'un programme spirituel. Celui-ci comporte 12 étapes et expliquent que « le mouvement des AA est un programme et un mode de vie spirituels » (Alcoholics Anonymous, 1981, p. 3). La célèbre expression de Jung (1933), « spiritus contra spiritum » illustre la philosophie des AA. En latin spiritus signifie à la fois l'esprit et l'alcool. Cette expression désigne ainsi l'étiologie de l'alcoolisme, l'alcool attaque l'esprit et le traitement, l'esprit combat l'alcoolisme.

Selon les AA, l'alcoolisme trouve son origine dans l'égoïsme et l'égoïsme de la personne : « Égoïsme et égoïsme, c'est là, croyons-nous, la source de nos problèmes » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 69). Celui-ci se manifeste au travers une « volonté déchaînée », celle de ne vouloir « compter que sur soi-même », « de prendre des décisions égoïstes », de vouloir pleinement contrôler les personnes, l'environnement et les situations, donc en quelque sorte de vouloir « jouer à

Dieu » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 70). Cet égoïsme et égoïsme sont responsables d'une attribution causale externe systématique et d'une intolérance à la frustration qui à leur tour génèrent, indubitablement, selon les AA, du ressentiment. Or, ce dernier est « un danger mortel » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 80), car facteurs de rechute.

Or, nous avons vu précédemment que, selon les AA, la volonté propre ou les propres principes de l'individu ainsi que toute force humaine étaient inefficaces. D'où l'assertion que seul Dieu peut libérer l'individu de son égoïsme et son égoïsme (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 70).

La démarche spirituelle (étapes 1 à 3) proposée part des constats que les principes de vie d'une personne alcoolique sont voués à l'échec voire à la mort et que cette personne est incapable d'en changer seule, de la perte de la maîtrise de la vie de l'individu alcoolique et de son « impuissance absolue » (Alcooliques Anonymes, 2003, p. 28).

La démarche spirituelle débute alors par la recherche d'une Puissance supérieure, puis de son acceptation. Admettre une Puissance supérieure revient pour l'individu à décider que ce soit cette Puissance supérieure qui dirige sa vie. En s'en remettant à une Puissance supérieure, l'individu accepte qu'une partie lui échappe, il s'inscrit ainsi dans un processus de lâcher-prise, il accepte de déléguer du pouvoir et du contrôle à une Puissance supérieure, et de demander de l'aide à cette Puissance plutôt que mener des décisions égoïstes ou de ne compter que sur lui-même. A cette étape l'individu peut prier et méditer pour connaître la « Volonté de cette Puissance à son égard et lui donner la force de l'exécuter » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 71).

L'étape spirituelle suivante (la 4^{ème}) consiste en un recueil et examens des faits de toute sa vie afin de rechercher ses vulnérabilités. Il est suggéré, à l'individu, de lister l'ensemble de ses ressentiments, en rechercher l'objet, la cause et la nature de l'atteinte. La résolution offerte est de considérer le détracteur comme un être « spirituellement malade », de demander de l'aide à Dieu pour témoigner à cette personne « pitié, tolérance et patience » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 75). Il est indiqué de procéder de même pour les peurs. Celles-ci sont attribuées à l'« autosuffisance » de la personne, le fait de « ne se fier qu'à soi » or « le Moi est limité ». La solution est de « faire confiance à Dieu », car « dans la mesure [où la personne] fai[t] ce qu[elle] cro[it] qu'il veut et où, humblement, [elle s']en remet à Lui, Il [l']aide à accepter les calamités avec sérénité » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 77).

Enfin il est recommandé à l'individu d'examiner sa sexualité, d'interroger son éventuelle « malhonnêteté, égoïsme et manque de considération » de l'autre (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 78). Il est alors préconisé de demander « à Dieu de [lui] façonner un idéal et de [l']aider à [s']y

conformer », de « pri[er] ardemment pour le juste idéal, la ligne de conduite à suivre dans chaque situation critique ». Si la sexualité est problématique il est conseillé de se « mett[re] encore plus au service des autres », car « le don de soi calme les désirs impérieux » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 79).

Pour achever cette étape spirituelle l'individu doit « admettre la nature exacte de [ses] torts à Dieu, à lui-même et à un autre être humain » mort (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 81) (étape 5) .

Les AA affirment qu'il est également nécessaire de parler de ses vulnérabilités à une autre personne pour ne pas rechuter dans l'alcoolisme et échapper à la mort (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 84) (étape 5).

Suite à ces cinq étapes, l'individu fait l'expérience d'un sentiment de paix et de la résolution de son problème d'alcool (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 84). Selon les AA, C'est à partir de cette étape du programme spirituel que l'individu « commence à vivre une expérience spirituelle », avant il ne s'agissait que de convictions spirituelles » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 85).

Au cours des deux étapes suivantes (6 et 7), l'individu identifie, puis consent et demande à ce que Dieu « ôte chacun des défauts qui [l]'empêche de [Lui] être utile, à Lui et à [s]es semblables » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 85-86).

Au cours des étapes spirituelles 8 et 9, l'individu liste les tiers qu'il a lésé et cherche à réparer les dommages qu'il a occasionné. Les AA prescrivent alors une méthode de résolution de conflits qui, disent-ils, si l'individu aborde l'autre avec calme, franchise et dans esprit d'aide et de pardon, l'inimitié est résolue dans neuf cas sur dix (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 87-88).

La 10^{ème} étape constitue un « examen de conscience », portant cette fois uniquement sur le présent. Les AA recommandent de passer chaque soir la journée en revue (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 97). Cette étape appelle à la vigilance pour éviter « égoïsme, malhonnêteté, ressentiment et peur ». Le cas échéant il est préconisé que l'individu « en discute immédiatement avec quelqu'un, présente ses excuses [...], puis pens[e] à une personne qu'[il] pourr[ait] aider ». Les AA rappellent que la pensée « que dois-je faire pour vous servir le mieux possible, pour que Votre volonté soit faite et non la mienne ? » doit « accompagner constamment » l'individu (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 98).

La 11^{ème} étape recommande la pratique de la prière et de la méditation. Ces pratiques veillent à améliorer la relation de l'individu avec sa Puissance supérieure. L'étape suit l'examen de conscience quotidien. La prière ou la méditation peuvent ainsi servir à « demand[er] à Dieu [à ce qu'il] pardonne [l'individu] de [ses] erreurs et [lui] indique [les] mesures correctives [qu'il doit] prendre, [...] [le] guide dans [ses] pensées et surtout libère [son] esprit de l'apitoiement comme de tout mobile malhonnête

ou égoïste, [qu'il lui] donne l'inspiration, l'intuition qui [lui] fera prendre la bonne décision » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 98). Les AA ajoutent que «calmes et détendus [...], après avoir appliqué cette méthode un certain temps,[ils sont] souvent étonnés de voir comme les bonnes réponses [leur] viennent (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 98).

Le mantra qui revient et semble accompagner l'alcoolique anonyme dans sa journée est : « Que Votre volonté soit faite. » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 99).

Les AA soutiennent que pour maintenir leur rétablissement, ils doivent rester « activement spirituel » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 117). Le meilleur moyen en est de venir en aide à un alcoolique. Cette étape (la 12^{ème}) du programme spirituel s'organise autour du « don de soi ». En effet, les AA précisent que venir au secours d'alcooliques peut signifier passer des nuits blanches, interrompre ses loisirs ou ses affaires, partager son argent ou son foyer, conseiller des conjoints ou des parents, aller au poste de police, appeler un médecin, etc. En outre, il ne s'agit pas de procéder « à une bonne action de temps en temps » qui ne serait pas suffisante, mais d' « agir en bon samaritain tous les jours s'il le faut » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 110). Cette étape recommande une technique pour venir en aide à un alcoolique (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 102-104) : il s'agit ainsi pour l'intervenant de se servir de son expérience afin de créer une alliance, faire preuve d'empathie et être en synchronie avec la personne. Il pourra alors aborder la spiritualité des AA, avec précaution. Dans cette étape, il est mis en avant que les efforts que la personne met en œuvre pour communiquer le programme des AA contribue à son propre rétablissement. Cette transmission est un « élément vital », la conclusion en est alors que l'aidant est en fait celui qui, dans cette démarche, est le plus aidé (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 107). Le don de soi pratiqué dans l'aide prodiguée à un alcoolique est l'action qui « immunise le mieux contre l'alcool » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 101). Elle est la pratique spirituelle recommandée chaque fois que l'alcoolique rencontre une situation difficile. Le don de soi « calme les désirs impérieux » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 79), peut constituer une forme de réparation du torts causé à d'autres, permet de cultiver amour et tolérance, donne un sens à la vie, éradique le sentiment de solitude, crée une socialisation qui est source d'épanouissement (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 101). La motivation première qu'est le maintien de l'abstinence en devient secondaire, car « transcendée par le bonheur que [les membres AA] éprouv[ent] à se donner pour les autres (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 180). (« aime ton prochain comme toi-même » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 172)

6.4. Les apports du programme spirituel en 12 étapes

Les principes relatés dans le programme sont « des guides vers la croissance » (Alcoholics Anonymous, 2003, 67).

Cependant les résultats dépendent de la qualité de la relation de l'individu avec un Dieu (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 113) et du maintien d'une pratique spirituelle (s'en remettre à Dieu, cultiver une relation à Dieu par la prière et la méditation, procéder à son examen de conscience, réparer ses fautes et s'adonner au don de soi).

Les résultats escomptés sont retracés dans les 12 promesses des AA. Elles apparaissent entre la 9^{ème} et la 10^{ème} étapes (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 94-95). Ainsi, l'application du programme spirituel devrait apporter à l'individu liberté, bonheur, une acceptation du passé, de la sérénité, un sentiment d'utilité, de l'altruisme et allocentrisme, une modification de sa conduite et sa perception des choses, la résorption de la peur des autres et de l'insécurité financière, une confiance en son intuition pour faire face aux situations et la reconnaissance de l'action de Dieu dans sa vie. Il est dit ailleurs que la pratique du programme spirituel permet à l'individu d'apprendre la tolérance, la patience, et la bonne volonté envers autrui (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 79). Elle permet également la résolution de sa problématique alcoolique (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 84), la disparition des craving (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 96), un soulagement des préoccupations quotidiennes, une stimulation de l'imagination, un sens à la vie (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 171), d'avoir des « amis pour la vie », un sentiment de force et de discernement (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 57).

Le programme des AA contribue aussi à construire une identité, comme l'illustre la phrase suivante : « Je sais maintenant que lorsque j'ai dit la première fois dans une réunion AA « Je m'appelle Tom et je suis un alcoolique », j'exprimais la première vérité que j'avais découverte à mon sujet » (Alcoholics Anonymous, 1981, p. 3) ou encore : « il avait trouvé Dieu et, en découvrant Dieu, il s'était trouvé lui-même » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 178).

Le programme spirituel permet d'améliorer l'estime de soi : « j'ai appris que je pouvais être un bon être humain malgré mes imperfections » (Alcoholics Anonymous, 1981, p. 4)

La spiritualité des AA permet de construire un soutien social sans commune mesure : « Le sentiment d'avoir traversé la même épreuve est un des éléments du lien puissant qui nous unit. Mais, à lui seul, ce sentiment ne nous aurait pas rapprochés les uns des autres comme nous le sommes maintenant. Ce qu'il y a d'extraordinaire pour chacun de nous, c'est que nous avons découvert une solution commune. (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 20).

Un côté miraculeux dans la survenue de ces résultats souligne leur origine spirituelle. Le mot miracle apparaît d'ailleurs 38 fois dans le texte et miraculeux(se) 5 fois. Plus précisément il est par exemple dit : « Notre nouvelle attitude devant l'alcool nous est venue sans effort ou réflexion de notre

part. Cela se fait tout seul ! C'est là le miracle » (p. 96). Cette formulation met bien l'accent sur l'attribution de ce résultat à une force surnaturelle (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 96).

Les résultats obtenus font état d'une résilience (Cf. §1.4.4). Il est ainsi dit, par exemple : « Depuis, j'ai été amené à vivre selon un mode de vie infiniment plus satisfaisant » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 48) ou encore « Nous avons découvert un coin du paradis et nous avons été propulsés dans une quatrième dimension de l'existence que jamais nous n'aurions pu imaginer » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 29).

6.5. Motivations à adhérer au programme spirituel en 12 étapes

La souffrance que génère l'alcoolisme constitue une motivation à dépasser d'éventuelles résistances et tenter le développement spirituel proposé par le programme en 12 étapes comme remède à l'alcoolisme : « Face à la destruction alcoolique, nous nous sommes rapidement ouverts aux choses spirituelles, tout comme nous avons essayé de le faire sur d'autres sujets » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 54). Cette motivation est d'autant plus forte, que cette possibilité apparaît comme l'ultime recours : « il ne nous restait que deux solutions : continuer jusqu'au bout en faisant taire, du mieux que nous aurions pu, la conscience que nous avons de notre intolérable situation ou accepter une aide spirituelle (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 28)

Les bienfaits expérimentés par d'autres constituent des renforcements vicariants. Il est ainsi dit : « la plupart d'entre nous n'aimions pas l'idée de faire notre inventaire, de marcher sur notre amour-propre, d'admettre nos défauts, toutes choses nécessaires pour que le processus de rétablissement réussisse pleinement. Cependant, nous avons vu que cela avait réellement marché pour d'autres et nous en étions venus à croire que la vie, telle que nous la vivions, était futile et sans espoir » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 28-29). Elle est appuyée par d'anciens membres : « C'est ce que nous avons trouvé dans notre association et il en sera de même pour vous » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 171), ou « puisque de telles choses se sont produites pour nous, elles peuvent aussi vous arriver. Si vous désirez ce changement par-dessus tout et que vous êtes disposés à profiter de notre expérience, nous sommes convaincus qu'il s'effectuera » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 172).

La forte identification aux membres des AA, mise en exergue dans des propos tels que « C'est comme moi. C'est comme moi. Je suis comme ça quand je bois. » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 171), intensifie le renforcement vicariant et la motivation à participer, comme l'illustre le passage suivant : « le fait d'être abordé par une personne qui a déjà rencontré la même difficulté, d'entendre cette personne parler indéniablement de ce qu'elle connaît, de voir dans son comportement même qu'elle détient la vraie réponse, de constater qu'elle ne se pose pas en être moralement supérieur et

qu'elle est mue par le désir sincère d'aider [...] voilà les conditions que nous avons trouvées les plus efficaces » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 21-22).

7. Que recouvre la participation aux Alcooliques anonymes ?

Participer aux AA ne se limite pas à assister à des réunions des AA. Morgenstern, Kahler, Frey, et Labouvie (1996) ont recensé un ensemble de comportements relevant de cette participation. Ils ont alors distribué cette liste de comportements à des personnes fortement impliquées aux AA et coutumières de la méthodologie de recherche scientifique, donc à même de juger de son exhaustivité et sa pertinence. Les auteurs ont alors établi que la participation aux AA pouvait être appréciée au travers de neuf comportements : l'assistance aux réunions, les échanges avec un parrain, l'assistance à des réunions d'étapes, l'engagement dans des activités de service au sein des AA, la lecture de la littérature AA, le lien avec d'autres membres des AA, la pratique de la prière et de la méditation, la mesure dans laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA, La recherche de conseils auprès des AA (parrain, littérature AA, partage en réunion) pour prendre une décision personnelle. Le dernier comportement vise à apprécier le « lâcher-prise » de l'individu, il constitue, selon les auteurs, une mesure directe du processus de « capitulation » (traduction de *surrender*, terme consacré dans la littérature des programmes en 12 étapes pour apprécier ce phénomène). Avoir une activité de service au sein des AA consiste à être engagé dans une activité bénévole dans cette association. Cela peut être une contribution à l'organisation d'une réunion ou à des démarches auprès de pharmacies, hôpitaux, prisons ou diverses structures pour faire connaître l'association, amener des patients hospitalisés dans des réunions, assurer une permanence téléphonique, etc. La participation aux activités citées ci-dessus sont encouragées par les programmes en 12 étapes et sont présentées comme d'autant d'outils de rétablissement.

Donc, appréhender la participation à un groupe d'entraide exige de s'intéresser à toutes ces dimensions. Des études ont, à cet effet, montré, que considérer l'ensemble de ces dimensions faisait du facteur « participation à un groupe d'entraide » un meilleur prédicteur du résultat en termes de consommation de produit(s) que lorsque seule l'assistance aux réunions était relevée (Montgomery, Miller, & Tonigan, 1995; Weiss et al., 2005). Il a été établi qu'au même titre que l'assistance régulière aux réunions et l'appartenance à un groupe d'accueil, la détention d'un soutien relationnel (notamment par le biais du parrainage), l'engagement dans une activité de service et la lecture de littérature AA contribuaient significativement au maintien de l'abstinence dans la première année suivant le sevrage (Zemore, Subbaraman, & Tonigan, 2013).

A notre connaissance, il existe quatre échelles évaluant la participation aux AA : le questionnaire de rétablissement, RI (Recovery Interview, Morgenstern et al., 1996), y sont estimés sur une échelle de Likert les comportements cités précédemment, l'échelle d'évaluation aux AA, AAA (Alcoholics Anonymous Affiliation, Humphreys, Kaskutas, & Weisner, 1998), l'échelle d'implication aux AA, AAI (Alcoholics Anonymous Involvement, Tonigan, Connors, & Miller, 1996) et l'échelle multidimensionnelle d'activité des réunions d'entraide (MMMA, Multidimensional Mutual-help Meeting Activity Scale, Kelly, Urbanoski, Hoepfner, & Slaymaker, 2011). Cependant, la grande majorité des études évaluent la participation aux AA sur la seule base de l'assistance aux réunions.

La AAA, la AAI et la MMMA, sont des échelles dichotomiques, partiellement pour la MMMA, et comportent une gamme de comportements nettement moins étendue que dans la RI. Elles sont surtout centrées sur la participation aux réunions et en propose une évaluation plus fine : nombre de réunions sur l'année passée (AAA, AAI) ou les trois derniers mois (MMMA), la durée de vie, la date de la première réunion (AAA), si elle s'insère dans un programme de soin (AAA, AAI), si elle est requise par une décision de justice (AAA, MMMA), etc. En plus de la RI, ces échelles évaluent si la personne se considère comme étant membre des AA, s'il a déjà fêté un anniversaire de sobriété (AAA), l'éventualité d'un éveil spirituel (AAA, AAI), le nombre d'étapes accomplies (AAI) ou l'accomplissement de certaines (MMMA). Ces échelles évaluent l'activité de parrainage de façon bidirectionnelle. En revanche, l'évaluation du service est plus restreinte et se limite à une question sur l'installation d'une réunion (disposition des chaises, faire le café), la AAI n'évalue pas le service. LA AAI et la AAA n'évaluent pas la prière et la méditation mais l'éventualité d'un éveil spirituel.

Par ailleurs, ces échelles n'évaluent pas le recours aux AA pour prendre des décisions, la mesure dans laquelle la vie de l'individu tourne autour des AA, le lien avec d'autres membres AA (AAI), les étapes (AAA), l'activité de service, la lecture de publications des AA (AAI, MMMA). Ajoutons que la finalité de la MMMA est davantage de saisir l'expérience des individus au sein des AA, elle comporte ainsi des items relatifs au sentiment de sécurité des individus aux AA.

8. Efficacité de la participation aux AA

8.1. Efficacité des 12 étapes comparée à celles de l'entretien motivationnel et des thérapies comportementales et cognitives

Les premiers essais évaluant l'efficacité des programmes en 12 étapes ont consisté en des essais randomisés contrôlés qui ont comparé les résultats de traitements de « facilitation aux 12 étapes » (TSF, Twelve-Step Facilitation) avec ceux de thérapies comportementales et cognitives (TCC) ou d'entretiens motivationnels (EM). Le plus connu de ces essais est le projet MATCH (Matching

Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) impliquant 1726 patients, dix universités et 10 unités de recherche cliniques et établi en collaboration avec l'institut national (américain) sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (Longabaugh & Wirtz, 2001).

De nombreuses études ont été réalisées avec les données recueillies par le projet (Connors, Tonigan, Miller, & MATCH Research Group, 2001; Connors, Tonigan, & Miller, 2001; Karno & Longabaugh, 2003; Kelly, Greene, & Bergman, 2014; Kelly, Hoepfner, Stout, & Pagano, 2012; Kelly, Stout, Magill, & Tonigan, 2010; Longabaugh, Wirtz, Zweben, & Stout, 1998; Magura, Cleland, & Tonigan, 2013; Pagano, Zemore, Onder, & Stout, 2009; Tonigan, 2003; Tonigan, Miller, & Connors, 2000).

Les programmes de facilitation aux 12 étapes ne sont pas en soi le programme en 12 étapes mais visent à ce que la personne s'engage activement dans un groupe d'entraide en 12 étapes, tel que les AA, en discutant avec elles des thèmes de réunion des AA, les encourageant à suivre les recommandations des AA (assister aux réunions, prendre un parrain, échanger avec des membres des AA après les réunions, lire des publications des AA, travailler les étapes) (Best, 2017).

Les programmes de facilitation aux 12 étapes trouvent leurs origines dans le modèle de Minnesota du traitement des addictions, créés dans les années 1950. Dans ce modèle, cliniciens (psychiatres, psychologues, médecins, etc.) et non-cliniciens comme les *addiction counselors*, le plus souvent des patients en rétablissement membres d'un programme en 12 étapes, travaillent ensemble avec les patients les bases du programme en 12 étapes et l'incitent à adhérer à un programme en 12 étapes. De cette pratique est né, dans les années 1990, le premier ouvrage de facilitation aux 12 étapes comme partie intégrante du projet de MATCH (Best, 2017).

Il existe aussi en France des structures proposant des prises en charge s'apparentant aux TSF comme le centre APTE (Bucy-le-long, 02), l'EDVO (Montmagny, 95), le centre de psychothérapie d'Osny (95), la communauté thérapeutique d'Aubervilliers (93) ou le Pôle Action Santé Précarité de Gagny (93).

Des comparaisons entre les différents types de traitement et en fonction d'attributs des patients ont été effectuées.

Il a ainsi été prouvé pour les patients en ambulatoire possédant un large réseau pro-alcool et participant au traitement TSF un plus fort taux d'abstinence (91%) que ceux de l'EM (82%). Cependant, cette différence s'estompe au cours du deuxième mois de traitement et disparaît totalement à la fin du traitement. En revanche, une différence est à nouveau observable à trois ans, avec un taux de pourcentage d'abstinence pour les TSF qui se maintient à 83% et décline à 66% pour les EM. Ces

conclusions s'appliquent aux résultats basés sur la quantité d'alcool consommée les jours de consommation.

Des analyses a posteriori ont été menées pour comparer les groupes TSF et les TCC. Des résultats comparables à ceux des TSF ont été obtenus dans les phases de traitement, mais comparables à ceux des EM par la suite (Longabaugh et al., 1998). En tenant compte des participations AA induites par chaque forme de traitement, il a alors été démontré que la participation aux AA médiatisait partiellement les résultats obtenus en termes d'abstinence et de quantité consommée par jours de consommation. D'autres études menées sur d'autres échantillons ont obtenu des résultats allant dans ce sens. Johnson, Finney, et Moos (2006) et Morgenstern et al. (2003), (respectivement, N=1873 ; N=252), en comparant les TCC et TSF ont confirmé l'association entre la participation aux AA et l'abstinence. Plus spécifiquement, Johnson, Finney, et Moos (2006) ont trouvé que les comportements médiatisant cet effet étaient d'avoir un parrain, lire des publications AA, participer à des réunions des AA et avoir pour objectif l'abstinence. En comparant des groupes TSF, EM et traitements habituels, sur un an, Walitzer, Dermen et Barrick (2009) (N=169) ont également trouvé une médiation de la participation aux AA sur les meilleurs résultats obtenus par les TSF. En comparant les groupes sans traitement (N=78), ayant uniquement participé aux AA (N=66), ayant uniquement suivi un traitement formel (N=74) ou ayant reçu un traitement formel et ayant participé aux AA (N=248), Timko et al. (1999) ont trouvé de meilleurs résultats pour le groupe AA seulement, à un an et trois ans et des résultats équivalents à huit ans pour les groupes AA seulement, AA et traitement, et traitement seulement.

Des études ont estimé l'efficacité en termes de coûts entre les TSF et TCC sur un an (Humphreys & Moos, 2001) et deux ans (Humphreys & Moos, 2007) en prenant comme référence les coûts de consultation et d'hospitalisation du budget du département des Anciens Combattants des États-Unis. Ils ont obtenu des coûts moyens à un an 64% plus faibles ($p < ,001$) et 30% plus faibles ($p < ,001$) à deux ans après la décharge, avec des taux moyens d'abstinence sur trois mois plus élevés pour les TSF que les TCC ($p < ,001$), respectivement 45,7% contre 36,2% à un an et 49,5% contre 37,0% à deux ans.

Certains pourraient objecter qu'il est normal de trouver de meilleurs résultats en termes d'abstinence puisque l'objectif des AA est l'abstinence alors que d'autres objectifs comme une consommation contrôlée pourrait être visés dans d'autres type de thérapies. Cependant, de meilleurs résultats en faveur des AA ou des TSF en termes de quantité consommée par jour de consommation ou conséquences négatives en lien avec l'alcool (santé, familiales, etc.) (Longabaugh et al., 1998) permettent de réfuter cette objection.

D'autres pourraient objecter que les patients participant aux AA en plus de leur traitement peuvent présenter des caractéristiques propres, comme une plus forte motivation, qui pourrait expliquer de meilleurs résultats. Il existerait donc un biais de sélection qui pourrait gonfler les meilleurs résultats obtenus dans la condition TSF. En appliquant des techniques statistiques des auteurs ont pu isoler l'effet de la randomisation du biais de sélection et confirmer la robustesse des meilleurs résultats de la condition TSF. Ainsi, en prenant en compte une variable instrumentale, (Humphreys, Blodgett, & Wagner, 2014) ont obtenu dans plusieurs jeux de données où des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool étaient randomisés dans au moins un groupe visant à augmenter la participation aux AA, que l'augmentation de la participation AA due à la randomisation accroissait significativement le nombre de jours d'abstinence ($\beta = 0,38$, $p = 0.001$) et 15 mois ($\beta = 0,42$, $p = 0.04$), avec toutefois un effet plafond pour une participation initiale forte. De même, après ajustement des scores de propension, (Ye & Kaskutas, 2009) ont trouvé dans leur étude longitudinale (N=722), des taux d'abstinence de 30 jours à un an significativement plus élevés pour la condition TSF. Ils ont cependant observé que les patients présentant une plus faible propension bénéficiaient davantage de leur participation aux AA.

8.2. Profils d'assistance aux réunions et actions inhérentes à la participation aux AA les plus efficaces

Indépendamment d'une inclusion dans un traitement TSF, les études ont porté sur une simple participation aux AA. Des auteurs ont analysé les profils d'assistance aux réunions les plus efficaces et les actions inhérentes à la participation aux AA contribuant le plus aux résultats bénéfiques.

En analysant les résultats d'un modèle de croissance latent, Witbrodt et al. (2012) ont isolé, dans leur étude longitudinale sur neuf ans (N=1825), six profils d'assistance à des réunions AA : une assistance élevée se maintenant au cours, une assistance élevée chutant rapidement et égalant zéro à partir de cinq ans, une assistance descendante qui est élevée au début et baisse progressivement pour être faible à partir de cinq ans, une assistance augmentant qui est faible au début et devenant forte à partir de cinq ans, une assistance faible et le restant, enfin une assistance nulle et le restant.

Leurs résultats permettent de mettre en avant des caractéristiques de la population en fonction de leur profil d'assistance à des réunions au cours du temps. Les classes dans lesquelles une participation est maintenue au cours du temps (élevée, descendante, augmentant) se singularisent par un indice moyen de sévérité du trouble de l'usage d'alcool en ligne de base significativement plus élevé. Les femmes ont tendance à davantage appartenir à ces classes qu'aux autres classes. A contrario, les individus dont les troubles de l'usage d'alcool sont moins sévères ont tendance à ne pas assister aux réunions des AA ou abandonner très rapidement.

Les classes se caractérisant par une assistance plus élevée (maintenue élevée, ou descendant progressivement ou augmentant au cours du temps) affichent des taux d'abstinence les plus élevés à neuf ans (respectivement : 78%, 60% et 65%). En ajoutant à ces classes celles où l'assistance chute rapidement, nous remarquons que les classes se singularisant par une assistance plus élevée à un an, présente un taux d'abstinence d'au moins 56%, quelle que soit la trajectoire ultérieure d'assistance. En revanche, les classes se caractérisant par une participation faible ou nulle se distinguent aussi par un taux moyen d'abstinence, respectivement de 45% et 35%.

Les résultats de (Moos & Moos, 2004) rejoignent ces conclusions. Dans leur étude longitudinale sur huit ans les auteurs ont comparé des groupes d'individus (N=473) répartis en fonction de leur assistance aux réunions AA. Ils ont obtenu que les individus maintenant leur assistance sur une longue durée avaient de meilleurs résultats (abstinence sur six mois et conséquences négatives en lien avec une consommation d'alcool) que ceux l'interrompant ou l'ayant retardée.

(Kelly, Stout, & Slaymaker, 2013) ont examiné la tendance à participer aux AA (Echelle des activités des réunions d'entraide), d'un échantillon de jeunes adultes (18 à 24 ans, N=303), l'année suivant leur traitement dans un centre résidentiel. Ils ont constaté que 36% des patients participaient aux AA avant le traitement, ils étaient 89% à trois mois, à raison de trois réunions par semaine en moyenne, 86% à 6 mois et 76% à 12 mois (une réunion par semaine en moyenne). Ils ont alors obtenu que la participation active, c'est-à-dire au de-là d'une simple assistance passive aux réunions avaient un fort effet bénéfique qui augmentait au cours du temps sur le pourcentage de jours d'abstinence (PDA) et le pourcentage de jours avec une forte consommation (PDHD, au moins 6 verres chez un homme et 5 chez une femme). Ils ont également trouvé que les variables contribuant le plus au PDA étaient se considérer comme membre des AA ($F = 9,17$; $p = ,002$) et participer verbalement aux réunions : ($F = 7,85$; $p = ,005$). Celles qui contribuaient le plus au PDHD étaient rencontrer d'autres membres AA en dehors des réunions ($F = 6,58$; $p = ,01$) et travailler les 12 étapes ($F = 5,40$; $p = ,02$).

9. Les mécanismes d'efficacité des Alcooliques anonymes autres que la spiritualité/religion

Des chercheurs ont investigué les éventuels mécanismes d'efficacité de la participation aux Alcooliques anonymes. Ceux les plus étudiés sont le soutien social et l'auto-efficacité au maintien de l'abstinence. Une médiation du **soutien social** (Bond, Kaskutas, & Weisner, 2003; Hoepfner, Hoepfner, & Kelly, 2014; Humphreys, Mankowski, Moos, & Finney, 1999; Kaskutas, Bond, & Humphreys, 2002; Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2012; Kelly, Stout, Magill, & Tonigan, 2011;

Laudet, Cleland, Magura, Vogel, & Knight, 2004; Magura et al., 2003) et de **l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence** (Bogenschutz, Tonigan, & Miller, 2006; Connors et al., 2001; Hoeppe et al., 2014; Kelly et al., 2012; Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler, & Frey, 1997; Tonigan, 2003) ont été prouvées. Par ailleurs, sans chercher à prouver une médiation, des auteurs ont démontré la contribution significative du soutien social (Stout, Kelly, Magill, & Pagano, 2012) dans l'efficacité de la participation aux AA.

Nous allons préciser les résultats sur le soutien social et l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence et la nature des autres mécanismes d'efficacité mis en exergue.

9.1. Médiation du changement dans les réseaux sociaux pro-abstinence et pro-consommation

Les études portant sur le soutien social ont en fait pour la quasi-totalité examiné les changements dans les réseaux sociaux en faveur de l'abstinence et en faveur de la consommation d'alcool, autrement dit les effets de l'augmentation du réseau pro-abstinence et de la diminution du réseau pro-consommation.

Ces études ont eu tendance à prouver un impact plus important de la réduction du réseau pro-consommation que de l'augmentation pro-abstinence (Kelly et al., 2012; Stout et al., 2012). Ainsi, par exemple, Stout et al. (2012) ont prouvé que la participation aux AA était un prédicteur de l'abstinence à 15 et 39 mois après la fin de la prise en charge et de la consommation d'alcool à 15 mois. Ils ont alors prouvé l'existence d'une taille des effets des réseaux pro-consommation et pro-abstinence élevés. Ainsi, à 15 mois après la sortie de soins le réseau pro-abstinence explique 3,3% et 3,6% (selon que les patients aient été, respectivement en postcure ou suivis en ambulatoire) et la diminution du réseau pro-consommation 9,2 et 9,1% de la variance du nombre de jours d'abstinence. Les pourcentages de variance expliquée deviennent respectivement 1,6% et 0,8% ; et 4,4% et 6,9% pour le nombre de verres consommés les jours de consommation. A 39 mois, la taille de l'effet est significative uniquement pour les patients ambulatoires, la part de variance expliquée par le réseau pro-abstinence est alors de 2,5% sur l'abstinence et 1,2% sur la consommation et celle par le réseau pro-consommation respectivement de 10,0% et 6,8%.

Concernant l'effet du réseau pro-abstinence sur l'abstinence, Kaskutas, Bond, et Humphreys (2002) ont prouvé une efficacité uniquement si le soutien provenait de membres des AA. En revanche, qu'ils soient membres des AA ou non les pro-abstinents ont un impact sur la diminution de la consommation d'alcool.

Etant donné l'impact plus important du réseau pro-consommation, Stout, et al. (2012) ont cherché à déterminer un profil de personnes encourageant la consommation. Ces personnes étaient pour 40% des amis, 38% des membres de la famille, 14% le(la) conjoint, 59% du même genre, 84% avaient un contact au moins hebdomadaire avec la personne, 47% étaient décrits comme des buveurs modérés ou gros buveurs.

Plus originalement, Magura et al. (2003) ont prouvé la médiation de la socialisation, c'est-à-dire de l'intérêt et du plaisir dans les activités sociales. Par ailleurs, Buckingham, Frings, et Albery (2013) ont prouvé la médiation de la préférence identitaire pour une identité sociale associée au rétablissement.

9.2. Médiation de l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence

Les études portant sur l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence se sont en fait essentiellement centrées sur la capacité à ne pas boire dans des situations sociales à risque et face à des affects négatifs.

Plus spécifiquement, il a été prouvé que l'effet médiateur de la capacité à ne pas boire en situation sociale était plus fort chez les hommes et chez les personnes une plus faible addiction. La médiation de la capacité à s'abstenir face à des affects négatifs était, quant à elle, plus forte chez les femmes (Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2012).

Finalement ces résultats reviennent à évaluer un changement dans le coping des situations sociales et des affects négatifs.

9.3. Autres mécanismes d'efficacité mis en évidence

Dans l'effet bénéfique de la participation aux AA sur l'abstinence ou la consommation d'alcool, la médiation du **coping** (Johnson et al., 2006; Laffaye, McKellar, Ilgen, & Moos, 2008; Morgenstern et al., 1997), de la **réduction du craving** (Kelly & Greene, 2013), de la **réduction des symptômes dépressifs** (Kelly et al., 2012; Kelly, Stout, Magill, Tonigan, & Pagano, 2010), de la **réduction de l'impulsion** (Blonigen, Timko, & Moos, 2013) et du **locus control interne** (Magura et al., 2003) ont également été prouvés. Plus généralement, une diminution des symptômes dépressifs chez des participants membres des AA (Wilcox, Pearson, & Tonigan, 2015) a été mise en évidence, sans être pour autant médiatrice de l'effet de la participation aux AA. Concernant le coping médiatisant l'effet de la participation aux AA, Laffaye et al. (2008) ont prouvé une médiation significative de l'auto-réévaluation, du contre-conditionnement, du contrôle des stimulus, de la lecture de publications AA, du parrainage, des amis proches aux AA, de l'assistance aux réunions et de l'objectif d'abstinence, qu'ils résument sous l'appellation de coping en lien avec les AA.

Synthèse du chapitre « les Alcooliques anonymes »

Le mouvement des AA. Les AA ont été créés en 1935 aux Etats-Unis et sont apparus en 1960 en France. Ils ont été influencés par les groupes d'Oxford. Le mouvement des AA repose sur trois postulats : l'alcoolisme est une maladie, l'application de principes spirituels en permet une rémission, cette rémission nécessite une entraide entre alcooliques.

Typologie des consommateurs d'alcool. Les AA distinguent trois types de consommateurs d'alcool : le « **buveur modéré** », le « **gros buveur** », et le « **véritable alcoolique** ». Selon les AA, ce dernier se caractérise par une perte de contrôle de sa consommation et de l'organisation de sa vie, un déni de son trouble, des distorsions cognitives qui entretiennent voire aggravent sa maladie, des troubles du comportement le font ressembler à « Dr Jekyll et Mr Hyde », une omnipotence et un hyper-contrôle des autres et des situations, une attribution causale externe et un égocentrisme qui génère ressentiments et apitoiements.

Le trouble de l'usage d'alcool (TUA) selon les AA. Leurs connaissances s'appuient sur leurs expériences personnelles. Selon les AA, l'alcoolisme est une **maladie chronique, progressive, irréversible et mortelle**. Cette maladie est d'origine **spirituelle**. Les signes manifestes en sont un **égocentrisme**, une **absence de sens à la vie** et une **insatisfaction des besoins spirituels**. La perte de spiritualité que génère l'alcoolisme provoque un **effondrement psychique, social et physique**, qui est source de grandes souffrances. En outre, cette pathologie serait associée à une « personnalité d'alcoolique ».

Rémission du TUA. Selon les AA, les **code de conduites** est **inefficace** et les **traitements médicaux** n'ont **aucune efficacité durable**, d'où une **vulnérabilité totale de l'individu** face à l'alcoolisme. Les AA en concluent que **le secours ne peut pas être de nature humaine, mais spirituelle : il doit émaner d'une Puissance supérieure**, d'une aide divine.

La spiritualité des AA. Elle repose sur le programme en 12 étapes des AA. Celui-ci, de façon très condensée, consiste en un **développement d'une relation de qualité avec une Puissance supérieure** et du maintien d'une pratique spirituelle au travers : la **recherche** et l'**acceptation** d'une **puissance supérieure**, la **délégation de pouvoir et contrôle à cette Puissance supérieure**, le recours à l'**auto-examen de soi** et la **réparation** de ses torts, la pratique de la **prière**, la **méditation** et du **don de soi**. La **conception de ce Dieu** est laissée à l'**initiative de l'individu**. Ce Dieu doit seulement être supérieur à lui, et revêtir une signification personnelle. Ainsi, la **spiritualité des AA** peut à la fois incarner **une religion déiste ou non, toute forme de spiritualité ou approches humanistes** : la mesure de la spiritualité devra respectée cette étendue.

Les facteurs de motivation à participer aux AA sont la **souffrance** perçue, le sentiment d'**avoir essayé toutes les autres possibilités** pour remédier à leurs troubles de l'usage d'alcool, les **renforcements vicariants**, la **générosité** et l'**authenticité de l'aide prodiguée**, ainsi qu'une **absence d'asymétrie relationnelle**.

Synthèse du chapitre « les Alcooliques anonymes » (suite)

Bénéfices escomptés du développement sont : La rémission du TUA, la **disparition** du **craving**, de **l'anxiété**, la réduction voire la suppression de **dysfonctionnements cognitifs et comportementaux** ; la **construction d'une identité** ; l'accession à un **développement optimal** se caractérisant par une croissance personnelles, un nouveau mode de vie plus satisfaisant, un sentiment de liberté et de sens à la vie, un bonheur, l'acceptation du passé, une sérénité, l'acceptation des autres ; l'acquisition de **traits de personnalité positifs**, comme confiance en soi, estime de soi, patience, bonne volonté, altruisme, allocentrisme, discernement ; l'augmentation de **ressources externes et personnelles** au travers le développement de relations interpersonnelles durables, un soutien social, un sentiment d'appartenance, une capacité de résolution de problèmes.

Participation aux AA et abstinence. La participation aux AA est multidimensionnelle et non limitée à l'assistance aux réunions. Parmi les actions qui lui sont inhérentes, il a été prouvé que **l'assistance aux réunions**, la recherche d'un **soutien relationnel** (parrain, lien, demande d'aide), la **lecture de publications** et **l'engagement dans une activité de service** contribuent significativement **au maintien de l'abstinence**. Toutefois, intervenir verbalement aux réunions, se sentir membre des AA, rencontrer d'autres membres des AA en dehors des réunions et travailler les étapes ont une meilleure efficacité qu'une assistance passive aux réunions.

Efficacité des AA mise en évidence par la recherche en psychologie.

TSF versus EM et TCC. (TSF : facilitation aux 12 étapes, EM : Entretien Motivationnel, TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales). Les TSF sont plus efficaces sur le maintien de l'abstinence que l'EM en début de traitement et à 3 ans et plus efficaces que les TCC à 3 ans (après contrôle des objectifs de consommation et caractéristiques individuelles). Ces meilleurs résultats sont médiatisés par la participation aux AA.

Médiateurs de l'efficacité de la participation aux AA sur la consommation et l'abstinence. Les principaux médiateurs de cette efficacité étudiés et mis en évidence sont : l'augmentation du réseau pro-abstinence et la diminution de celui pro-consommation, l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence dans des situations sociales et face à des affects négatifs, l'augmentation du coping, la réduction du craving, de l'impulsivité et des symptômes dépressifs, et le développement d'un locus contrôle interne. L'éventualité de la médiation de la spiritualité sera présentée dans le Chap.III, §5.4.3.

Caractéristiques des individus en fonction de leur type de participation. Les personnes présentant une sévérité du TUA élevée ont tendance à être celles qui assistent plus fréquemment aux réunions des AA. Les femmes participant aux AA ont tendance à assister plus souvent aux réunions. Or, une assistance plus élevée à un an est associée à des taux d'abstinence plus élevés.

III - La spiritualité dans la recherche en psychologie

Dans ce chapitre, après une analyse des principales définitions de la spiritualité utilisée, un historique de l'émergence du concept de spiritualité en psychologie sera résumé. Comme nous le verrons, la construction de celui-ci a été conditionnée par celui de la religion. C'est pourquoi nous exposerons les principaux paradigmes de la religion. Nous présenterons alors les trois approches dominantes de la spiritualité et de la religion. Nous insisterons plus particulièrement sur la première, car elle a donné lieu à une définition opérationnelle sur laquelle est basée un de nos instruments de mesure de la spiritualité.

Nous évoquerons alors la multi-dimensionnalité de la notion et préciserons les principales dimensions et instruments d'évaluation. La recherche sur la spiritualité et la religion s'est massivement centrée sur son éventuel lien avec le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. Nous ferons la synthèse de ces résultats, car ils offrent un bon aperçu de ce qui est réellement étudié sous ces appellations de spiritualité et religion et de l'état des connaissances sur la spiritualité comme éventuel vecteur de rémission d'une maladie. Puis nous présenterons les résultats de la recherche sur la spiritualité et les addictions, en nous concentrant sur la spiritualité des AA et le trouble de l'usage d'alcool. Nous examinerons, notamment si le niveau ex-ante de spiritualité a un impact sur la participation aux AA et si la spiritualité médiate l'effet de la participation aux AA sur l'abstinence. Enfin nous exposerons les principaux mécanismes d'efficacité de la spiritualité mis en exergue par la recherche. Ici aussi, nous nous référerons aux résultats établis en santé physique et mentale, en général, car, d'aucun n'a, à notre connaissance, été testé dans le champ des addictions. Seules des hypothèses ont parfois été avancées, dans la discussion des résultats obtenus.

1. Un objet de recherche en expansion

La spiritualité est de plus en plus étudiée en psychologie. La recherche en psychologie sur la spiritualité a débuté avec les travaux de Coe (1903), James (1902), Hall (1917) et Starbuck (1899) (cités par Crumbaugh & Maholick, 1964; Hill et al., 2000; Pargament, 1992).

Ce domaine de recherche a connu un développement irrégulier, et atteint un niveau de développement satisfaisant en 2000 pour constituer une base de connaissances (Hill et al., 2000).

Nous avons recensé le nombre d'articles dans la base de données bibliographiques de la littérature scientifique en psychologie produite par l'APA (American Psychology Association) PsycINFO qui comprenaient le mot « spirituality » soit dans leur titre, soit dans leur résumé ou soit dans leurs mots clés. Nous avons constaté que ce nombre a très peu évolué entre les années 1900 et 1980, sa croissance moyenne correspondait à un ou deux articles supplémentaires par an. En revanche, la

quantité d'articles ainsi recensés croît de façon exponentielle à partir des années 1980. PsycINFO comptait 211 articles sur la spiritualité en 1980, 400 en 1990, 2078 en 2000 et 15 221 fin novembre 2017. Plus de 97% de ces articles sont publiés en anglais (0.5% en français). Le nombre d'articles recensés par PsycINFO a lui aussi beaucoup augmenté.

Néanmoins, il reste difficile de cerner ce que recouvre le terme de spiritualité. Sa définition a varié au cours du temps, elle ne fait pas consensus et sa singularité par rapport à celle de la religion est floue et évolutive.

La spiritualité a ainsi été un concept confondu avec celui de religion, puis a émergé comme entité à part entière.

2. Définition de la spiritualité

2.1. Analyse des principales définitions de la spiritualité utilisées dans la recherche en psychologie

Les définitions de la spiritualité sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour effectuer une synthèse des thématiques abordées sont rapportées, par ordre chronologique, dans le tableau 2, p. 80-81).

Pour beaucoup la spiritualité est l'expérience subjective d'une transcendance (Benner, 1989; Shafranske & Gorsuch, 1984), du sacré (Puchalski et al., 2009; Vaughan, 1991) ou d'une connexion avec un Dieu, un esprit, la nature (Corrigan, McCorkle, Schell, & Kidder, 2003) ou encore avec le moment, soi, les autres, le significatif (Puchalski et al., 2009) que l'individu peut ressentir lors d'un questionnement sur le sens de son existence ou dans la construction d'un Soi dans quelque chose de plus grand (Corrigan et al., 2003; Shafranske & Gorsuch, 1984) ou au contact du divin en Soi (Fahlberg & Fahlberg, 1991) ou constituer sa réponse à un appel de Dieu (Benner, 1989). Plus simplement, elle peut être la façon dont l'individu vit sa foi au quotidien (Hart, 1994).

D'autres définitions considèrent davantage l'impact que peut avoir cette relation avec une Puissance supérieure sur l'individu. Elles vont ainsi s'intéresser à son effet sur la façon de fonctionner (Armstrong, 1995), d'être, d'expérimenter (Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf, & Saunders, 1988) le monde de l'individu, ou encore sur la motivation à s'engager dans des activités s'élevant au-dessus des actes pragmatiques du quotidien en étant reliées, par exemple, à des valeurs comme l'altruisme ou à des idéaux esthétiques (Galanter, Dermatis, Talbot, McMahan, & Alexander, 2011).

Certains l'ont définie par les croyances, comportements (Daaleman, 2004; Hill et al., 2000; Wakefield, 1983; Wuthnow, 1998), activités (Wuthnow, 1998), sentiments, expériences (Hill et al.,

2000) et histoires (Daaleman, 2004) qui soit visent le développement d'une relation avec Puissance supérieure (Wakefield, 1983) ou toute forme de transcendance (Wuthnow, 1998) ou soit sont l'expression de la recherche du sacré (Hill et al., 2000) ou encore de la compréhension de sa religion ou son engagement éthique (Von Balthasar, 1965).

Des auteurs se sont davantage axés sur la recherche de sens (Doyle, 1992) et des buts ultimes de la vie (Puchalski et al., 2009; Steinhauser et al., 2006) qui sont un besoin humain et partagé de tous (Daaleman, 2004). La spiritualité a alors pu être considérée comme étant l'ensemble des croyances, pratiques et histoires qui contribuent à donner un sens (Daaleman, 2004) ou plus largement comme tout ce qui concourt à donner un sens (Puchalski, 2003), ce qui implique souvent une relation avec le transcendantal (Steinhauser et al., 2006).

La spiritualité a aussi pu être vue comme une capacité intrinsèque de l'être humain. Elle serait ainsi une dimension du développement psychologique qui permettrait de traiter des buts ultimes et trouver sens et but à la vie (Myers & Williard, 2003), bien souvent, au travers d'une relation avec une Puissance supérieure, mais aussi par le biais de valeurs comme l'amour ou la compassion (Tart, 1975). Elle pourrait aussi être perçue comme un processus développemental, puisqu'elle participe à faire évoluer l'individu d'une conception du Soi égocentrée vers un Soi compris dans quelque chose de plus grand (Corrigan et al., 2003; Fahlberg & Fahlberg, 1991; Shafranske & Gorsuch, 1984) ou encore, comme nous l'avons vu précédemment, en influençant sa façon de fonctionner, d'être et de percevoir le monde. La spiritualité a aussi pu être rattachée à des questions identitaires (Galanter et al., 2011). Enfin, la croissance personnelle, l'accession à des responsabilités et la promotion des relations avec les autres (Myers & Williard, 2003), qu'elle semble induire incite également à la considérer comme un processus développemental.

La question de l'Ultime, c'est-à-dire la conscience de l'homme de sa finitude ou autrement dit de sa condition d'Être mortel, son traitement et la quête de réponses compréhensives sont des thématiques abordées dans les définitions de la spiritualité (Elkins et al., 1988; Hart, 1994; Larson, Swyers, & McCullough, 1999; Steinhauser et al., 2006; Tart, 1975).

Certaines définitions évoquent un possible lien avec la religion. Ainsi, la spiritualité peut être l'expression de la compréhension de sa religion (Von Balthasar, 1965). La quête de sens qu'incarne la spiritualité peut passer par des rituels religieux (Larson et al., 1999). Enfin, l'élévation des actions de l'individu peut s'appuyer sur un engagement religieux (Galanter et al., 2011).

Enfin de façon plus originale et nébuleuse, la spiritualité a été associée à tout ce qui concernait les esprits (Dieu, âme, ange, Djinns, démons, etc.), l'invisible et l'intangible (Hufford & Bucklin, 2006).

Tableau 2. *Principales définitions de la spiritualité*

Auteur	Définition de la spiritualité
Von Balthasar, 1965, p. 67	L'attitude pratique ou existentielle de base de l'homme, qui est la conséquence ou l'expression de la façon dont il comprend sa religion – ou plus généralement, son engagement éthique – son existence.
Tart, 1975, p. 4	Ce vaste domaine du potentiel humain qui traite de buts ultimes, avec des entités supérieures, avec Dieu, avec amour, avec compassion, avec but.
Wakefield, 1983, p. 361	Ces attitudes, croyances et pratiques qui animent la vie des gens et les aide à atteindre des réalités supersensibles.
Shafranske & Gorsuch, 1984, p. 231	Une dimension transcendante dans l'expérience humaine ... découverte dans des moments où l'individu questionne le sens de son existence personnelle et les tentatives de placer le Soi dans un contexte ontologique plus vaste.
Elkins et al., 1988, p. 10	Une façon d'être et d'expérimenter qui se réalise à travers la conscience d'une dimension transcendante et se caractérise par des valeurs identifiables concernant le soi, la vie et tout ce que l'on considère comme l'Ultime.
Benner, 1989, p. 20	La réponse humaine à l'appel gracieux de Dieu à une relation avec lui-même.
Fahlberg & Fahlberg, 1991, p. 274	Ce qui est impliqué dans le contact avec le divin dans le Soi ou soi-même.
Vaughan, 1991, p. 105	Une expérience subjective du sacré.
Doyle, 1992, p. 302	La recherche du sens existentiel.
Hart, 1994, p. 23	La façon dont on vit sa foi dans la vie quotidienne, la façon dont une personne se relie aux conditions ultimes de son existence.
Armstrong, 1995, p. 3	La présence d'une relation avec une Puissance supérieure qui affecte la façon dont on fonctionne dans le monde.
Wuthnow, 1998, p. VIII	Toutes les croyances et activités par lesquelles un individu tente de rattacher sa vie à Dieu ou un être divin ou d'autres conceptions d'une réalité transcendante.
Larson et al., 1999, p. 80	La spiritualité est une quête personnelle pour trouver des réponses compréhensives à des questions ultimes sur la vie, sur le sens, et sur la relation au sacré ou au transcendantal qui peut ou non conduire au développement de rituels religieux et à la formation d'une communauté

Tableau 2. Principales définitions de la spiritualité (suite)

Auteur	Définition de la spiritualité
Hill et al., 2000, p. 66	Les sentiments, pensées, expériences et comportement qui résultent de la recherche du sacré.
Burkhardt & Solari-Twadell, 2001, p. 49	L'expérience et l'intégration de sens et but dans la vie au travers une connexion avec soi, les autres, l'art, la musique la littérature, la nature ou une puissance plus grande que soi (p. 49)
Corrigan et al., 2003, p. 491	Se penser comme partie d'une force plus grande – comme par exemple Dieu, un esprit, la nature, une force unificatrice – ET avoir le sentiment, l'expérience d'une connexion/relation/unité avec Dieu, un esprit, la nature, une force unificatrice, etc.
Myers & Williard, 2003, p. 149	La capacité et la tendance présentes chez tout être humain à trouver et construire un sens à sa vie et son existence et à évoluer vers une croissance personnelle, une responsabilité et une relation avec les autres.
Puchalski, 2003, p. 176	Ce qui donne un sens et but à la vie
Daaleman, 2004, p. 373	Ces croyances, pratiques, histoires qui répondent à un besoin humain partagé de sens.
Hufford & Bucklin, 2006, p. 29	La spiritualité fait référence au domaine de l'esprit(s) : Dieu, âmes, anges, Djinns, démons – et aussi par extension métaphorique à d'autres choses intangibles et invisibles.
Steinhauser et al., 2006, p. 104	Une recherche ou une attention au sens et but ultimes de la vie, impliquant souvent une relation avec la « transcendance »
Puchalski et al., 2009, p. 887	La façon dont les individus cherchent et expérimentent du sens et un but et la façon dont ils expérimentent leur connexion avec le moment, soi-même, les autres, la nature et le significative ou le sacré.
Galanter et al., 2011, p. 82	Les questions d'identités personnelles et la transcendance qui motive les gens au-delà des aspects pratiques de la vie quotidienne ; ceux-ci peuvent être basés sur leur engagement religieux, mais peuvent également être définis plus largement, en termes d'altruisme, de naturalisme ou d'idéaux esthétiques

Cette synthèse de définitions de la spiritualité met en exergue leur grande diversité, l'ampleur des thématiques traitées et le manque de consensus. Afin de pouvoir ordonner ces définitions et déterminer une approche qui à la fois correspondra à la spiritualité des AA et permettra de l'évaluer, il nous paraît indispensable de retracer la construction du concept de spiritualité.

2.2. Un concept d'abord indifférencié de la religion

Initialement, dans le domaine de la psychologie, la spiritualité était assimilée à la religion (Turner, Lukoff, Barnhouse, & Lu, 1995). Ainsi, soit les auteurs amalgamaient les différentes caractéristiques de la religion et de la spiritualité sous le terme de religion, soit ils utilisaient les deux concepts de façon interchangeable. Dans le domaine de la psychologie des addictions, la plupart des auteurs continuent à procéder ainsi et à utiliser un concept global qu'ils nomment R/S (Religious/Spirituality). C'est ainsi qu'opèrent, par exemple, Giordano et al. (2015), Kelly (2017) ou Unterrainer, Lewis, et Fink (2014).

Ce traitement indifférencié de la religion et de la spiritualité peut refléter la place qu'occupait, historiquement, la spiritualité par rapport à la religion. En effet, originellement, la spiritualité était l'exclusivité de la religion : elle était enracinée dans des pratiques de foi de croyants religieux et rassemblait des personnes profondément religieuses qui avaient dédié leur vie à leur religion et dont la vie exemplifiait les enseignements de leur foi (Koenig, 2008).

Dans cette conceptualisation traditionnelle, le concept R/S global avait une acception large : il était appréhendé à la fois selon des approches substantielles et fonctionnelles, englobait des perspectives communautaires et personnelles, et reconnaissait une foi qui pouvait prendre des formes positives ou négatives (Hood, Hill, & Spilka, 2009).

Une approche substantielle de la religion ou la spiritualité se focalise sur les croyances, émotions, pratiques explicitement en lien avec une Puissance supérieure ou un Être divin (Bruce, 1996). Une approche fonctionnelle se centre sur la finalité de la religion ou la spiritualité, c'est-à-dire sur la façon dont les croyances, émotions, pratiques et expériences sont employées pour traiter des problèmes fondamentaux de l'existence comme le sens, la mort, l'isolement, la souffrance et l'injustice (Bruce, 1996; Pargament, 1997).

2.3. Emergence de la spiritualité comme concept propre

Dans les dernières décennies, la spiritualité est apparue en tant que concept distinct et centre d'intérêt de la recherche (Hill et al., 2000 ; Pargament, 1999 ; Zinnbauer et al., 1997, 1999 ; Spilka & McIntosh, 1996). Cette évolution correspond aussi à celle du contexte religieux des Etats-Unis.

Des auteurs remarquent que l'émergence de la spiritualité comme concept à part entière et indépendant de celui de la religion est concomitante avec l'évolution de la culture religieuse aux Etats-Unis. Cette époque est, en effet, celle du déclin des institutions religieuses traditionnelles, du pluralisme des cultures religieuses, d'un engouement pour des pratiques religieuses orientales, comme la méditation transcendantale, d'une augmentation des formes d'expressions de croyances

individuelles et de l'apparition de nouvelles spiritualités, dont celle des programmes en 12 étapes (Zinnbauer, Pargament, & Scott, 1999).

Cette distinction entre religion et spiritualité correspond également à une réalité identitaire : certains individus s'identifient désormais comme spirituels mais non religieux. Il en est ainsi, par exemple, de 19% des 305 individus interrogés par Zinnbauer et al. (1997).

Cette évolution s'accorde aussi avec la naissance des courants humanistes, qui défendent que des concepts tels que les valeurs, l'éthique, la spiritualité, qui, autrefois été traités comme des prérogatives de la religion, doivent relever d'approches humanistes puisqu'ils sont des phénomènes humains (Maslow 1964, cité par Zinnbauer, 1999). De la même façon, Maslow (1964, cité par Zinnbauer, 1999) considère que des expériences comme l'humilité, la gratitude, la conscience de ses limites voire de son impuissance ou l'impulsion à capituler ou à lâcher-prise ne sont pas nécessairement associées au divin et peuvent aussi bien être acceptées par les religieux que les non-religieux.

Donc en rapport avec une évolution sociétale et identitaire et l'avènement de courants humanistes, la spiritualité a commencé à se désolidariser de la religion. Sa définition n'en est pas pour autant clairement et consensuellement établie.

Les approches modernes ont eu une tendance à redéfinir spiritualité et religion de façon à en faire deux concepts antipodes. La religion a ainsi été caractérisée comme étant objective, statique, institutionnelle, basée sur la croyance, définie par sa substance et connotée négativement, et, à l'inverse, la spiritualité comme étant subjective, dynamique, individuelle, basée sur l'expérience, fonctionnelle et connotée positivement. Des auteurs ont aisément démontré la non-représentativité de ces caricatures réductrices (Hill et al., 2000; Zinnbauer et al., 1999, 1999).

Certains ont alors proposé d'employer le terme de « religiosité » plutôt que « religion » pour réduire cette polarisation (Miller & Thoresen, 2003). Nous emploierons les termes religion ou religiosité en fonction de la terminologie adoptée par les auteurs.

Nous remarquons que cette polarisation s'est construite sur la base de paradigmes existants en psychologie pour appréhender la religion. D'autres paradigmes ont alors été conçus pour dépasser cette polarisation. Il nous semble incontournable de retracer ces différents paradigmes afin d'appréhender la spiritualité, puisque sa conceptualisation s'est construite sur la base de ces paradigmes et relativement à celle de la religion.

2.4. Paradigmes de la religion et la spiritualité

2.4.1. Orientation extrinsèque et orientation intrinsèque

La tendance à polariser d'un côté la religion comme étant substantielle et de l'autre la spiritualité comme fonctionnelle fait écho à la théorisation de Allport (Allport, 1950; Allport & Ross, 1967) du phénomène religieux en deux grandes orientations religieuses : l'intrinsèque et l'extrinsèque.

Selon cet auteur, les personnes ayant une orientation religieuse extrinsèque utiliseraient la religion alors que celles ayant une orientation religieuse intrinsèque vivraient leur religion. Plus spécifiquement, les personnes dont la motivation religieuse est extrinsèque utiliseraient la religion pour satisfaire des besoins primaires qui peuvent être la recherche de sécurité, de réconfort, de sociabilité, de distraction, de statut et/ou d'autojustification. Cet auteur condamne l'approche extrinsèque dont les valeurs sont instrumentales, utilitaristes et associées au préjudice. Il conclut que le type extrinsèque se tourne vers Dieu, mais sans se détourner de soi. A l'inverse, les personnes dont l'orientation religieuse est intrinsèque trouvent leur motivation dans la religion elle-même. Les autres besoins sont jugés secondaires et rendus conformes aux croyances et prescriptions de la religion. Cette orientation intrinsèque est tenue par l'auteur en haute estime car elle serait, notamment, associée à la tolérance.

2.4.2. « Religion as means », « religion as ends » et « religion as quest »

Batson et Ventis (1982) ont repris cette classification en rebaptisant la dimension extrinsèque de religion comme moyens (« *religion as means* ») et la dimension intrinsèque de religion comme fin (« *religion as ends* »). Ces auteurs distinguent une troisième orientation religieuse, celle de la quête (« *quest* »). Dans cette orientation, les cognitions sont centrales. Elle est une façon de penser impliquant une ouverture aux questions difficiles, un désir de se confronter aux problèmes difficiles, une attitude sceptique et de doute face aux solutions simples et un cadre complexe et différent pour percevoir le monde. Elle est dirigée vers la recherche de vérités et de sens à la vie. Cette quête peut comprendre la croissance, le développement personnel et l'altruisme (Batson et al., 1989). Gorsuch (1988) disait que la conceptualisation de Allport (1950) des orientations religieuses et la reformulation de Batson et Ventis (1982) comme moyens et fins continuaient à orienter le paradigme de la recherche et la théorie de la psychologie de la religion.

Pargament (1992) reproche à ces conceptualisations de dénaturer le phénomène religieux, car elle pousse à appréhender ses différents aspects comme étant exclusifs. C'est pourquoi, il propose de passer d'un paradigme « *means or ends* » à un paradigme « *means and ends* »

2.4.3. La recherche de sens : d'une conceptualisation « means OR ends », vers une conceptualisation « means AND ends »

Pargament (1992) propose donc de dépasser le problème des conceptualisations précédentes en considérant la religion comme une recherche de sens (*significance*) selon des voies en lien avec le sacré. Il définit par sens (*significance*) les choses auxquelles nous tenons (« *the things we care about* » p. 204). « Ce qui a un sens » peut donc être rattaché à n'importe quel objet : « physique, social, psychologique, bon, mauvais, momentané, a priori trivial, etc. » (Pargament, 1992, p. 204). Ainsi, la recherche de sens n'est pas en soi religieuse, mais elle le devient « quand des conceptions, expériences ou expression de Puissances supérieures, de forces transcendantes ou des Êtres personnels sont impliqués dans cette recherche » (Pargament, 1992, p. 205). Autrement dit, c'est son lien avec le sacré qui confère le caractère religieux à cette recherche de sens. Ce concept de recherche (« *search* ») diffère de celui de quête (« *quest* ») de Batson et Ventis (1982). La recherche ne se limite pas au questionnement, la lutte ou le doute continu que décrivent Batson et Ventis (1982), car elle peut aussi comporter des réponses et solutions (Pargament, 1992). Donc, une recherche a un chemin et une destination, autrement dit elle contient des moyens et des fins. Donc, considérer le concept de recherche revient à dépasser le paradigme « *means OR ends* » et le remplacer par celui de « *means AND ends* ».

La religion offre différents chemins vers la sens. La religion est tout d'abord une façon de ressentir (Otto, 1958). Elle est aussi une façon de penser, McIntosh (1995) la décrit comme un schéma du monde qui peut influencer la façon dont l'individu perçoit les événements, explique ses expériences et résout ses problèmes. Enfin la religion est une façon d'agir, au travers, par exemple des rituels et pratiques. Les moyens que proposent la religion sont en fait un ensemble de pensées, pratiques, et émotions dans des proportions variables, d'où la diversité, dans leur contenu, des chemins proposés (Pargament, 1992).

Quels peuvent être les buts de la religion ou comme le formule Pargament (1992), les destinations de cette recherche de sens ? les principales religions traditionnelles sont théocentriques. La destination est donc une Puissance supérieure. Développer, maintenir et favoriser la relation de l'individu avec un Dieu est l'essence de la vie religieuse (Pargament, 1992).

Donc, Pargament (1992) propose un paradigme qui évite la polarisation de la religion et la spiritualité en reconnaissant substance et fonction de la religion. Il définit alors la religion comme étant la recherche de sens selon des voies en lien.

Comment ce paradigme permet-il conceptualiser la spiritualité et la spécifier relativement à la religion ?

2.5. Articulation possible de la spiritualité relativement à la religion

Reich (1996, cité par Benson, Roehlkepartain, & Rude, 2003) a discerné quatre façons de décrire la relation entre la spiritualité et la religion : tout d'abord les deux concepts peuvent être considérés comme synonymes ou être amalgamés (approche privilégiée dans la recherche sur les addictions), puis l'un peut être considéré comme sous-ensemble de l'autre, puis ils peuvent être saisis comme deux domaines distincts exclusifs, enfin ils peuvent être compris comme deux domaines distincts mais se chevauchant. En dehors de la recherche en addictologie, la plupart des auteurs dont Benson, Roehlkepartain, et Rude (2003) adoptent la dernière proposition : il existe des dimensions communes entre la spiritualité et la religion, mais d'autres sont propres à chaque domaine.

Néanmoins, les débats sur l'articulation de la spiritualité par rapport à la religion subsistent.

2.6. Conceptualisations dominantes de la spiritualité

2.6.1. Première approche dominante, la spiritualité comme recherche du sacré (Pargament, 1992, 1999)

L'approche de Pargament (1992, 1999) découle de son paradigme « *means and ends* » décrit précédemment. Cet auteur définit la spiritualité comme étant une « recherche du sacré » (Pargament, 1999, p. 12). Donc nous retrouvons à la fois le concept de recherche (« search ») et la substance, au sens des approches substantielles, faisant la spécificité de la spiritualité : le sacré, le caractère transcendantal. Donc, dans cette conceptualisation, ce qui fait la spécificité de la religion et la spiritualité est leur caractère sacré. Ce qui les différencie est le but et le mode de la recherche qu'elle requiert. Le but de la spiritualité est le sacré, le chemin pour l'atteindre en est libre, celui de la religion est le sens, et les voies pour l'atteindre doivent être en lien avec le sacré (Pargament, 1992, p. 204). Hill et al. (2000) ont tiré des critères de ces définitions afin de les opérationnaliser.

Opérationnalisation de la définition de spiritualité

Hill et al. (2000) ont dégagé deux critères communs à la religion et la spiritualité : le sacré et le processus de recherche. La définition de la spiritualité se limite à ces deux critères. La religion comporte deux autres critères supplémentaires : les méthodes employées doivent être approuvées et les buts de la recherche peuvent ne pas être sacrés.

Nous allons d'abord décrire les deux critères communs à la spiritualité et la religion, puis ceux ne s'appliquant qu'à la religion.

Le premier critère intervenant dans la définition de la religion et la spiritualité est le sacré. Les études américaines citent souvent Durkheim (1912) (Benson et al., 2003; Cohen, 2009; Hill et al., 2000;

Zinnbauer & Pargament, 2005; Zinnbauer et al., 1999) pour préciser la notion de sacré, soutenir son caractère universel, illustrer le phénomène de sanctification et montrer que ce sont des forces culturelles et sociales qui le déterminent. Durkheim (1912, chap I, 3, p. 42) écrivait ainsi que « par choses sacrées, il ne faut pas entendre simplement ces êtres personnels que l'on appelle des dieux ou des esprits ; un rocher, un arbre, une source, un caillou, une pièce de bois, une maison en un mot une chose quelconque peut être sacrée. Un rite peut avoir ce caractère ; il n'existe même pas de rite qui ne l'ait à quelque degré. [...] Le cercle des objets sacrés ne peut donc être déterminé une fois pour toutes ; l'étendue en est infiniment variable selon les religions. Voilà comment le bouddhisme est une religion : c'est que, à défaut de dieux, il admet l'existence de choses sacrées, à savoir des quatre vérités saintes et des pratiques qui en dérivent.».

Pargament et Mahoney (2005) abondent en ce sens et soulignent que le terme englobe les concepts de Dieu, divin et transcendance, mais ne se limite pas à une Puissance supérieure ou des forces éminentes, et peut inclure d'autres objets, attributs, qualité ou aspects de la vie qui prennent un caractère divin ou sacré par leur association au sacré ou leur représentation de celui-ci. Ces auteurs parlent de *sanctification* pour désigner ce passage du statut de profane à celui de sacré.

Ainsi peuvent être sacrés, en étant investi d'un caractère sacré, des attributs psychologiques (le Soi, le Sens), sociaux ou relationnels (la compassion, le patriotisme, la communauté), des aspects de la vie (le mariage), des rôles (être parent), des produits culturels (textes, musique), des préoccupations générales (la paix dans le monde), etc. (Pargament, 1999).

Néanmoins, une chose importante pour l'individu n'est pas nécessairement sacrée. Pour le devenir, elle doit en prendre les attributs ou y être associée.

L'intérêt de la sanctification est qu'elle peut générer des produits susceptibles d'être mesurables, comme la prière, des rituels, des émotions, etc. (Pargament, 1999).

Le concept de sacré a également été cerné par des approches prototypiques. Les meilleurs prototypes trouvés pour ce terme sont : un être divin, un objet divin, une Réalité ou une Vérité Ultime tels que les perçoit l'individu (Hill et al., 2000, p. 66). Les chercheurs se sont interrogés sur l'universalité du concept et sa compréhension en dehors des cultures occidentales. Il a alors été avancé que les cultures prémodernes et les traditions religieuses au travers le monde voient la vie comme existant au travers une hiérarchie ontologique ou une grande chaîne des êtres vivants (Lovejoy, 1936; Smith, 1976 cités par Hill et al., 2000, p. 66). Or, Selon Smith (1976, cité par Hill et al., 2000, p. 66) si cette hiérarchie ontologique multiniveaux est réduite à un minimum de deux niveaux, il en résulte une dichotomie entre le sacré et l'ordinaire (prosaïque). Une autre caractéristique

intéressante du sacré mise en avant par les chercheurs est que ce qui est considéré comme sacré pour un individu peut varier au cours de son développement spirituel.

Le deuxième critère de la religion et la spiritualité est le processus de recherche : le sacré ne saurait s'imposer de lui-même à l'individu. Ce processus implique « l'identification, l'articulation, le maintien et la transformation du sacré » (Hill et al., 2000, p. 66). Ces opérations empruntent des modes d'expression émotionnels, cognitifs ou comportementaux. En effet, l'expérience émotionnelle générée par la rencontre avec le sacré peut devenir la force motrice de la religion ou la spiritualité. La recherche peut se faire au travers des pensées, des réflexions sur la nature de la réalité, par exemple, ou le but de la vie. Elle peut aussi recourir à des croyances qui fournissent une vision du monde. Enfin, des comportements, comme les rituels ou des activités bénévoles, peuvent être mis en œuvre pour se diriger vers le sacré.

Ces modes d'expression mis en œuvre pour atteindre le sacré sont mesurables.

L'élaboration de ces critères a permis à Hill et al. (2000) d'opérationnaliser la définition de Pargament (1999) de la spiritualité. Ils l'ont ainsi défini comme étant « l'ensemble des sentiments subjectifs, pensées et comportements émanant de la recherche du sacré » (the subjective feelings, thoughts, and behaviors that arise from a search for the sacred » (Hill et al., 2000, p. 68).

Ils précisent que le terme « recherche » fait référence aux tentatives pour identifier, articuler, maintenir, ou transformer et le terme divin à un être divin, un objet divin, une Réalité Ultime, une Vérité Ultime tels qu'ils sont perçus par l'individu.

L'avantage de cette définition est qu'elle permet le développement d'instruments de mesure de la spiritualité. Nous verrons que l'un des outils choisis, dans notre étude, pour évaluer la spiritualité relève de cette définition.

Hill et al. (2000) ont développé deux critères supplémentaires permettant de spécifier la religion par rapport à la spiritualité. En accord avec l'approche de Pargament (1999) et dans la continuité de la recherche en psychologie, la religion serait ainsi définie comme un concept plus large que la spiritualité. Selon Hill et al. (2000) la religion peut comprendre en plus ou à la place d'une recherche du sacré, une recherche de buts non-sacrés, qui se déroule le plus souvent dans un établissement ou un contexte visant à renforcer la recherche du sacré. Cette dimension correspond aux formes extrinsèques de religiosité, dans laquelle la religion est utilisée pour atteindre des buts plus externes comme par exemple la sécurité, le confort, un statut social ou le sentiment d'appartenance (Allport & Ross, 1967). Il est important de noter que toutes les religions n'impliquent par la recherche de buts non-sacrés et que, le cas échéant, ils ne remplacent pas nécessairement celle

du sacré. En outre, gardons à l'esprit, que des buts apparemment profanes comme le sentiment de complétude personnel ou trouver un sens à la vie, peuvent devenir sacrés ou être sanctifiés s'ils peuvent justifier de qualités sacrées ou transcendantes ou d'une signification ultime (Pargament & Mahoney, 2005), ce qui fait dire à Hill et al. (2000) que la part centrale du processus de socialisation religieuse est une sanctification de buts apparemment non religieux.

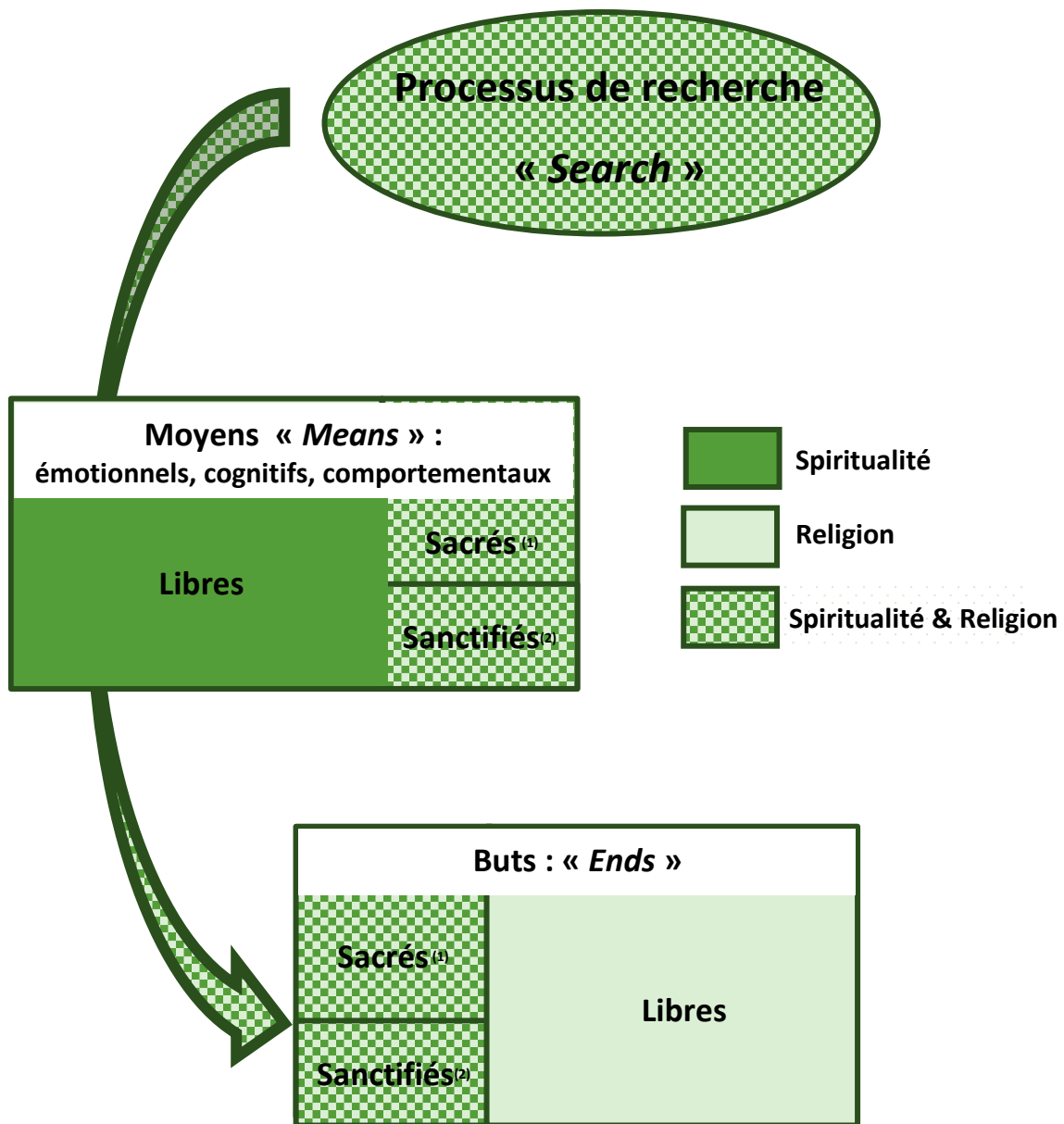
Enfin un second critère supplémentaire permettant de distinguer la religion de la spiritualité est que, dans la religion, les moyens et les méthodes employés dans la recherche du sacré doivent être préconisés ou approuvés par un groupe identifié et inhérent à cette recherche. Celle-ci acquiert par là une légitimation du groupe (Berger, 1967 cité par Hill et al., 2000).

En résumé, en plus des deux critères centraux communs à la spiritualité, la religion inclut la possibilité d'une recherche de but non-sacré (comme une identité sociale, une affiliation, la santé, le bien-être) dans un contexte dont le but premier est de faciliter la recherche du sacré. Enfin, la religion implique que les moyens et les méthodes (rituels, comportements préconisés) employés dans la recherche du sacré doivent être validés et supportés de l'intérieur par un groupe identifié (Hill et al., 2000, p. 68-69).

Donc selon la conceptualisation précédemment développée, la spiritualité fait référence à une recherche dans laquelle le sacré est la destination ultime.

Dans, cette recherche et selon le concept de la spiritualité, les individus peuvent emprunter des chemins traditionnels (prier, méditer, étudier les textes sacrés, etc.) ou non (mener une action sociale, écouter une symphonie, travailler le bois, etc.). En revanche, dans la religion les personnes empruntent assurément des chemins sacrés dans leur recherche, dont la finalité peut être celle du sacré ou de tout autre but comme la santé physique, un bien-être spirituel, une intimité avec les autres, un développement personnel, une participation à une communauté, etc. De cette conceptualisation, il ressort que les concepts de religion et spiritualité ne sont pas opposés, que l'un n'est pas inclus dans l'autre, mais qu'ils se recouvrent partiellement et avec un certain flou, si l'on considère que des moyens ou des buts a priori non-sacrés peuvent le devenir pour peu que l'individu les y associe.

Pour plus de clarté, nous avons schématisé les processus et concepts intervenant dans la définition de la spiritualité.



(1) Sacré : Être/Objet divin, Réalité/Vérité ultime ; (2) Sanctifié : Moyen/But séculier sacralisé

Figure 2. Processus et concept définissant la spiritualité et la religion à partir des travaux de Pargament (1992, 1999) et Hill et al. (2000)

Deux autres approches dominantes pourraient être pertinentes pour appréhender certains aspects de la spiritualité des AA.

2.6.2. Une 2^{ème} approche dominante : le développement spirituel comme une capacité intrinsèque à la transcendance de soi

Benson, Roehlkepartain, et Rude (2003) se sont centrés sur le développement spirituel en tant que dimension du développement psychologique de l'individu. Selon ces auteurs, « le développement spirituel est un processus d'accroissement de la capacité humaine intrinsèque à la transcendance de soi. Le soi est ainsi inclus dans quelque chose de plus grand que soi, qui comprend le sacré. Ce développement spirituel initierait la recherche de connexion, de signification, de but et de contribution » (Benson, Roehlkepartain, & Rude, 2003, p. 205-206). Cette approche est applicable à l'extérieur et à l'intérieur des traditions religieuses, elle relie le développement spirituel à la fois aux qualités (comme le sacré) et aux processus (la transcendance) de soi.

Leur objectif a été de considérer l'impact du développement spirituel sur le bien-être personnel et social qui, selon eux, peut être aussi important que celui des dimensions physiques, cognitives et émotionnelle du développement.

Cette approche considère que le développement spirituel initie un processus de transcendance de soi par la compréhension d'un Soi inclus dans quelque chose de plus grand que soi, ou autrement dit une forme de décentration. Elle pourrait de ce fait faire échos au programme spirituel des AA qui enseigne comment remédier à cet égocentrisme tenu pour responsable du trouble alcoolique par le développement de la croyance en une Puissance supérieure à soi, et donc par un développement spirituel. Elle pourrait de ce fait constituer une perspective digne d'intérêt pour appréhender la spiritualité des AA. Cependant l'approche ne précise pas la notion « d'être compris dans quelque chose de plus grand que soi » et ne propose pas d'échelle pour l'évaluer.

2.6.3. Une 3^{ème} approche dominante : une religion de multiples spiritualités

L'approche de Koenig (2008; 2008) se veut pragmatique et pertinente à la fois pour le domaine clinique et celui de la recherche.

Koenig (2008, p. 16-17), médecin et chercheur sur la religion, propose deux types d'approche de la spiritualité, l'une pour la clinique et la seconde pour la recherche. Cet auteur propose qu'en clinique la spiritualité soit définie le plus largement possible afin que tous les besoins spirituels des patients puissent être abordés. En revanche, dans le domaine de la recherche, elle doit, selon cet auteur, être ramenée à ses origines religieuses, car sans ses racines religieuses ou « surnaturelles », ces croyances, pratiques ou expériences ne sauraient être qualifiées de spirituelles, mais d'humanistes. Koenig (2008, p. 11) définit alors « la religion comme étant un système de croyances et pratiques observé par une communauté, supporté par des rituels qui reconnaissent, adorent,

communiquent avec ou approchent le Sacré, le Divin, Dieu (dans les cultures occidentales), ou une vérité ou une réalité ultime ou un nirvana (dans les cultures orientales) ».

Une spiritualité ancrée dans ses racines religieuses est ainsi exemptée de dimensions communes à la santé mentale, comme le sens à la vie, la connexion avec les autres, la paix, l'harmonie ou la satisfaction de la vie. L'étude d'éventuelles relations entre spiritualité et santé mentale se voit ainsi affranchie de ce biais (Koenig, 2008). Cette approche vise ainsi à assurer la pertinence de résultats scientifiques. Cette conceptualisation de la spiritualité rejoint celle de Pargament (1999).

2.6.4. De la conceptualisation de Pargament (1999) et Hill et al. (2000) appliquée à la spiritualité des AA

Nous avons vu que le cœur de la spiritualité des AA était le développement d'une relation de qualité avec une Puissance supérieure. Il s'agit donc d'une recherche du sacré, ce qui correspond à la définition de la spiritualité de Pargament (1999).

Grâce à l'opérationnalisation qu'en ont fait Hill et al. (2000), il apparaît que cette spiritualité peut être évaluée au travers les moyens mis en place, leurs modes d'expression pour atteindre ce but, ainsi que le but en soi. Autrement dit, Hill et al. (2000) légitiment l'appréciation de la spiritualité au travers celle du vécu émotionnel, pensées et comportements qui lui sont liées. Le but ici étant le développement d'une relation avec une Puissance supérieure, l'évaluation de sa qualité semble aussi pouvoir être un estimateur de la spiritualité.

Précision, par ailleurs, le programme en 12 étapes préconise des méthodes pour parvenir à cet objectif, qui sont la prière et la méditation (étape 11) ainsi que le don de soi au travers d'une transmission du programme et l'aide prodiguée à d'autres alcooliques (étape 12). Ces méthodes relèvent du champ du sacré. La spiritualité des AA, selon la conceptualisation de Pargament (1999) peut apparaître comme religieuse. Des instruments élaborés pour évaluer l'intensité d'une religiosité semblent ainsi appropriés pour estimer la spiritualité des AA. Toutefois, ces méthodes ne revêtent un caractère sacré que si l'individu les y associe au sacré. Aussi, la spiritualité des AA peut relever de la définition de la spiritualité ou de la religion selon le paradigme exposé.

Toutefois, le Dieu « tel que chacun le conçoit » des AA, laisse la liberté aux individus de le dépourvoir de son caractère sacré. Moyens et buts peuvent en devenir laïques, définissant alors cette spiritualité par ses dimensions périphériques comme la recherche de sens et but à la vie, de sérénité ou de connexions aux autres et l'apparentant à des approches humanistes.

Il en résulte que la qualification du programme en 12 étapes de religieux, spirituel ou mouvement humaniste dépend du sens et des représentations que s'en font les individus.

Ainsi, il apparaît que des instruments qu'ils soient destinés à évaluer une religiosité ou une spiritualité sont pertinents pour apprécier la spiritualité des AA, pourvus qu'ils s'intéressent à la qualité de la relation avec une Puissance supérieure, et à la prière et la méditation. Ces outils d'évaluation devront être capable d'évaluer conceptions plus ou moins large de la spiritualité, allant de celles ancrées sur des croyances religieuses à des philosophies de vie d'approches humanistes.

3. Dimensions de la spiritualité

3.1. La spiritualité, un concept multidimensionnel

Les chercheurs s'accordent pour dire que la spiritualité est un concept multidimensionnel (Oman, 2013). Zinnbauer et al. (2005) dressent la liste suivante non exhaustive des dimensions psychologiques pouvant intervenir dans la spiritualité : sensation, affect, cognition, comportement, identité, signification, moral, relations, rôles, créativité, personnalité, conscience de soi et la saillance. Cette multidimensionnalité ne s'arrête pas au domaine de la psychologie. Ainsi, Emmons et Paloutzian (2003) appellent à une collaboration entre les psychologues spécialisés dans le domaine de la religion et de la spiritualité et leur collègue spécialisés en biologie évolutionniste, neurosciences, philosophie, anthropologie et sciences cognitives. Selon ces auteurs, un phénomène aussi complexe et multifacette exige une approche pluridisciplinaire. Ils rappellent d'ailleurs les nouveaux développements survenus en sciences cognitives de la religion, en neurobiologie de l'expérience religieuse, la psychologie évolutionniste de la religion et la génétique du comportement. Selon ces auteurs, le paradigme a évolué vers un « paradigme interdisciplinaire multiniveaux » (Emmons & Paloutzian, 2003, p. 395).

3.2. De la création de mesures spécifiques

Gorsuch, (1984), trouvait qu'il existait, en psychologie, des mesures suffisamment diversifiées et efficaces de la religion. Il encourageait ainsi les chercheurs à ne pas construire de nouveaux outils à moins qu'ils ne soient absolument nécessaires.

Près de vingt ans plus tard, Hill et Pargament (2003), constatant la quantité de publications reliant la religion et la spiritualité à la santé, remarquaient que de nouvelles mesures spécifiques pouvaient être nécessaires en fonction de la population étudiées, comme la dépendance alcoolique, de l'apparition de nouvelles théories et aussi pour tenir compte d'une spiritualité et d'une religion qui s'étend au-delà de la tradition judéo-chrétienne.

Hill (2013) a recensé 225 échelles évaluant la religiosité et/ou la spiritualité. Suivant les recommandations de Tsang et McCullough (2003), ils ont ordonné leur recensement selon deux axes, le premier étant un axe dispositionnel qui évalue une intensité religieuse et le second un axe

fonctionnel qui évalue la façon dont les personnes expérimentent les réalités religieuses et spirituelles, leurs motivations, à être religieuses ou spirituelles et leur utilisation de leur religion ou spiritualité pour résoudre les problèmes du monde. Ils ont alors comptabilisé les échelles pour lesquels, sur les quatre critères d'évaluation (fondement théorique, représentativité de l'échantillon/généralisation, fiabilité et validité), ils ont pu établir un score au minimum « acceptable », sur une échelle de Likert (0= minimal ou aucun, 1 = acceptable, 2 = bon, 3 = exemplaire).

Ils ont ainsi listé 66 échelles, 40 sur leur premier axe et 26 sur le second et observé 13 subdivisions, 9 sur le premier axe (la religiosité et la spiritualité (3 échelles) ; le bien-être religieux ou spirituel (2) ; l'engagement spirituel et religieux (4) ; les croyances spirituelles ou religieuses (9) ; le développement spirituel ou religieux (5) ; l'attachement religieux (3) ; le soutien spirituel/religieux ou la participation sociale religieuse (8) ; les pratiques spirituelles ou religieuses privées (4) ; l'histoire spirituelle et religieuse) et 4 sur le second axes (les expériences religieuses et spirituelles (7), la religion ou spiritualité comme une force de motivation (7), le coping religieux et spirituel face à l'adversité (7), valeur et signification spirituelles (5).

Parmi les échelles satisfaisant leurs critères d'évaluation, les auteurs ont retenu la SWBS (Spiritual Well Being Scale, échelle du bien-être spirituel de Paloutzian & Ellison, 1982) et la RBB (Religious Background and Behavior, Contexte et comportements religieux de Connors et al., 1996), échelles que nous avons utilisé dans notre étude. L'auteur dit de la SWBS qu'elle comporte trois dimensions : le bien-être religieux, le bien-être existentiel et un bien-être spirituel global qui est la combinaison des scores de la RWB et la EWB. Les items de RWB s'agrègent pour former un facteur, suggérant ainsi une mesure du bien-être général de la religiosité. Hill (2013) dit de la RBB qu'elle est dévolue à la mesure des pratiques privées et de spiritualité et qu'elle n'est pas exclusivement centrée sur la tradition chrétienne, contrairement à de nombreuses autres échelles. Cette échelle n'évalue pas seulement les pratiques privées, mais comporte également deux items globaux évaluant les pensées sur Dieu et les expériences de Dieu.

Nous aimerions attirer l'attention sur l'échelle multidimensionnelle développée par le Fetzer Institute et le National Institute on Aging (Institut National du vieillissement, 1999). Cette échelle a été produite par un groupe de travail formé à partir des instituts de recherche américains sur le vieillissement (NIA, National Institute on Aging) et sur la santé (NIH, National Institutes of Health). Les auteurs expliquent dans leur introduction qu'ils ont été sensibles aux résultats scientifiques établissant que des dimensions de leur religiosité et de la spiritualité pourraient encourager un bien-être et réduire la morbidité et la mortalité, ils citent respectivement pour preuve : Ellison (1991), Idler

(1987) et Williams, Larson, Buckler, Heckmann, et Pyle (1991). Ils ajoutent que ces découvertes ont suscité l'attention de chercheurs en médecine, épidémiologie, psychologie, sociologie, gérontologie et d'encore d'autres domaines. Cependant, ils déplorent que de nombreux chercheurs intégrant la spiritualité ou la religion dans leur domaine d'étude ne soient pas familiers de l'histoire complexe de la conceptualisation de ces concepts et leurs évaluations qui doit nécessairement être multidimensionnelle. D'ailleurs, les auteurs regrettent que des dimensions, pourtant pertinentes pour la santé, ne soient que très rarement prises en compte. C'est pourquoi ils ont convié un groupe d'experts de la religiosité et spiritualité et la santé et le bien-être. Leur mission a été de déterminer les domaines de la religiosité et de la spiritualité qui étaient les plus enclins à avoir un impact sur la santé, identifier les éventuels mécanismes d'action de ces variables et proposer une échelle courte multidimensionnelle à destination de la clinique et de la recherche. Le groupe de recherche a ainsi identifié 12 domaines essentiels d'étude de la religiosité et la spiritualité qui pouvaient avoir un impact sur la santé. Ils ont aussi choisi ces domaines pour la solidité de leur conceptualisation et de leur relation empirique ou théorique avec la santé. Les 12 domaines considérés sont les suivants : les expériences spirituelles quotidiennes, le sens, les valeurs, les croyances, le pardon, les pratiques religieuses privées, le coping religieux/spirituel, le soutien religieux, l'histoire spirituelle et religieuse, l'engagement, la religiosité organisationnelle, la préférence religieuse.

Les membres du groupe de travail mentionnent que d'autres aspects de la religiosité et la spiritualité pourraient avoir des effets sur la santé, ils citent ainsi : la maturité spirituelle, les expériences spirituelles, la compassion, l'espoir, la prière et l'intégration spirituelle. La relation de ces dimensions à la santé n'aurait pas été traitée et les auteurs recommandent d'initier toute recherche par un effort de conceptualisation d'un éventuel lien avec la santé.

Dans notre étude (Cf. partie « méthodologie », Chap. IV, §2), nous allons évaluer une intensité spirituelle en nous basant sur des dimensions expérientielles, cognitives et comportementales ainsi qu'en appréciant, entre autres, la qualité de la relation à une Puissance supérieure. Les échelles utilisées comportent à la fois une dimension substantielle (qualité de la relation à une Puissance supérieure, pensées et expériences de Dieu) et fonctionnelle, comme par exemple la relation à une Puissance supérieure permettant de ne pas se sentir seul ou de ressentir soutien et force dans les situations quotidiennes).

4. Spiritualité et santé physique et mentale

Avant de traiter du domaine plus spécifique du trouble de l'usage d'alcool, un détour par le domaine de la santé en général nous semble incontournable. Les études ayant été nettement plus

nombreuses dans ce secteur plus général, elles ont pu donner lieu à des méta-analyses portant sur de nombreux échantillons. Ainsi, par exemple, Salsman et al. (2015) ont retenu 148 études et obtenu 617 effets de taille ou encore Smith, McCullough, et Poll (2003) ont travaillé sur 147 échantillons indépendants. En outre, certaines analyses se sont appuyées sur des populations très importantes, comme par exemple un effectif de 92 395 personnes dans l'étude de Schnall et al. (2010). Ces résultats donnent ainsi un aperçu représentatif d'un éventuel effet salutaire de la spiritualité.

Avant tout, voyons ce qui a pu motiver le choix de la spiritualité comme objet de recherche.

4.1. Naissance de la recherche sur une éventuelle relation entre santé et spiritualité

Avant les années 1990, la relation entre santé et religion ou spiritualité n'était pas un champ de recherche en soi : des mesures à visées exploratoires, souvent simplistes consistant en une seule question, étaient incluses dans des études épidémiologiques. Leur analyse a posteriori a révélé un lien positif et significatif entre la religion et la santé (Miller & Thoresen, 2003). La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, organisme américain à but non lucratif qui accrédite et certifie plus de 21 000 organisations et programmes de santé aux Etats-Unis, a alors reconnu que les valeurs psychosociales, spirituelles et culturelles des patients affectaient la façon dont ils répondaient aux soins. C'est pourquoi elle a exigé que les systèmes de santé intègrent les aspects spirituels dans les soins prodigués (Clark, Drain, & Malone, 2003). Différents instituts américains (instituts sur le vieillissement, l'abus d'alcool et l'alcoolisme, les médecines alternatives, etc.) ont initié des études sur ce thème. Des revues dédiées à la spiritualité ont émergé (*Psychology of Religion and Spirituality*, de l'APA en 2008 ou encore *Spirituality in clinical practice* de l'APA en 2014). Des numéros spéciaux sur la spiritualité ont été lancés par des revues généralistes (*Journal of Community Psychology*, 2000, 28(2) ; *American Psychologist*, 2003(1) ; *Journal of Clinical Psychology*, 2007, 63(10) ; *International Review of Psychiatry*, Vol 26(3), 2014) et des revues spécialisées dans des domaines très diversifiés, comme, par exemple, la médecine comportementale (*Journal of Behavioral Medicine*, Vol 34(6), 2011), les soins infirmiers (*Mental Health Nursing*, Vol 27(2), 2006 ; *Issues in Mental Health Nursing*, Vol 35(4), 2014) ; ou les addictions (*Substance Use & Misuse*, Vol 48(12), 2013).

4.2. Mesures et principaux résultats

Concernant l'éventuel lien entre santé et la Spiritualité/Religiosité (S/R), ce qui été étudié, de façon prépondérante est son possible rôle protecteur, et principalement vis-à-vis de la mortalité en général, c'est-à-dire quelle qu'en soit la cause (Chida, Steptoe, & Powell, 2009; Helm, Hays, Flint, Koenig, & Blazer, 2000; Koenig et al., 1999; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000; Musick, House, & Williams, 2004; Powell, Shahabi, & Thoresen, 2003; Schnall et al., 2010), puis vis-à-

vis des cancers (Caplan, Sawyer, Holt, & Brown, 2014; Gillum & Williams, 2009; Jim et al., 2015; Visser, Garssen, & Vingerhoets, 2010) ou des maladies cardiovasculaires (Goldbourt, Yaari, & Medalie, 1993; Masters & Hooker, 2013; Oman, Kurata, Strawbridge, & Cohen, 2002; Schnall et al., 2010).

L'examen de ces études, révèle déjà un emploi d'une terminologie appartenant au champ lexical de la religion, dans les premières études pour s'ouvrir à celui de la spiritualité. Ainsi, pour leur méta-analyse, McCullough et al. (2000), ont sélectionné des études en considérant les termes « *religion, religiousness, religiosity* et *religious* ». Néanmoins, certaines dimensions qu'ils étudient pourraient relever de la spiritualité comme « les sentiments de proximité avec Dieu ou la nature ». Cette approche est caractéristique de la période, dont nous avons parlé précédemment, où le concept de spiritualité était inclus dans celui de religion. Plus tard, Chida et al. (2009) stipuleront clairement que leur méta-analyse englobe la religion et la spiritualité, ils titreront ainsi leur article « *Religiosity/Spirituality and Mortality* » et adopteront une terminologie inclusive. Les notions seront néanmoins traitées conjointement.

Puis, au-delà de ces considérations, la revue de ces études met en exergue l'hétérogénéité des mesures de la S/R et une prédominance de son évaluation par l'assistance à un culte/un service S/R. Ainsi, nous avons relevé que 29 des 52 mesures de la religiosité (et spiritualité) recensées par McCullough et al. (2000), dans leur méta-analyse de 42 échantillons indépendants, concernent l'assistance à des services religieux. Les autres mesures de la S/R sont diversifiées et aucune n'a été majoritairement employée. Ont ainsi, par exemple, été évalués : la religion comme force (2 mesures), la religiosité privée (6 mesures), le rôle de la foi dans la vie personnelle (1), le coping religieux (2), le nombre de personnes connues dans la congrégation (1), l'orientation morale-religieuse de la famille (1), les croyances religieuses (1), l'appartenance à une église (1), les sentiments de proximité avec Dieu ou la nature (1). Chida et al. (2009) faisaient ce même constat. En ventilant les 69 études portant sur des populations saines, en six catégories de mesures, ils ont remarqué que pour 50 d'entre-elles (soit 75,5%), l'évaluation S/R avait consisté en une estimation de l'implication dans une communauté religieuse, qui comprenant la participation à des services S/R. En revanche, pour les populations de malades (soit 22 études), les activités organisationnelles, non-organisationnelles (prière, méditation, étude de textes sacrés), le coping religieux/spirituel actuel, les aspects multidimensionnels de la S/R (mesures qui incluent plus d'une des dimensions précédentes) ont été évaluées dans des proportions comparables.

Concernant les résultats, les études sur la relations entre S/R et mortalité, toute cause confondue, ont établi que la S/R était associée, après prise en compte des variables confondantes socio-démo-économiques et facteurs de risque, à une diminution de 25% de la mortalité (McCullough

et al., 2000; Powell et al., 2003) ou de 10 à 20% (Schnall et al., 2010). Deux études ont prouvé une relation dose-dépendante (Hummer, Rogers, Nam, & Ellison, 1999; Musick et al., 2004).

Le choix des estimateurs est en accord avec la force des résultats. Des études ont prouvé que sur des échantillons représentatifs de populations générales, la dimension S/R la plus fortement corrélée à la santé physique et mentale et la mortalité est l'assistance à un service religieux (Ellison, 1995; Koenig et al., 1999; Koenig et al., 1998). Les pratiques privées S/R (regroupant la fréquence des prières, de la méditation et de la lecture de textes S/R) semblent avoir un effet paradoxal sur le risque de mortalité. Helm et al. (2000) n'ont pas trouvé d'effet significatif dans leur étude longitudinale sur 3851 personnes âgées représentatives de la population américaine. Cependant, lorsqu'ils ont départagé leur population en deux sous-groupes en fonction de la présence d'un affaiblissement ou non de leur faculté pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, ils ont trouvé un effet réducteur des pratiques privées S/R sur le risque de mortalité uniquement dans le groupe exempt de facultés amoindries ($RH=0,65$; $p<,05$). Dans leur étude longitudinale de 7,5 ans sur 3617 adultes de plus de 25 ans représentatifs de la population américaine, Musick, House, et Williams (2004) ont démontré que les croyances et comportements avaient tendance à supprimer l'effet de l'assistance à un service S/R sur le risque de mortalité (soit une diminution de 30 à 35%). De ces variables, les plus suppressives étaient celles estimant les pratiques privées religieuses. Ils en ont conclu que le manque d'ajustement des pratiques privées pourrait sous-estimer l'effet de l'assistance à un service S/R. Relativement aux troubles psychiatriques, Baetz, Bowen, Jones, et Koru-Sengul (2007) ont trouvé dans leur étude longitudinale sur 15 ans sur 37 000 participants, que les personnes assistant plus fréquemment à des cultes avaient un odds ratio plus faible de troubles psychiatriques que les autres, alors que, les individus qui considéraient les valeurs spirituelles supérieures comme étant importantes pour la recherche de sens et puisaient de la force pour faire face aux difficultés de la vie présentaient des odds ratios plus élevés sur la plupart des troubles psychiatriques. Smith, McCullough, et Poll (2003) se sont centrés sur la symptomatologie dépressive et ont réalisé une méta-analyse de 147 échantillons indépendants ($N=98\ 275$) en répartissant les évaluations de la S/R selon une large palette de catégories : (a) les comportements religieux (fréquence des prières, participation aux cultes, lecture de textes sacrés, services religieux), (b) les attitudes et croyances religieuses (importance perçue de la religion, croyance en la divinité, valeurs religieuses), (c) l'orientation religieuse (motivation intrinsèque et extrinsèque), (d) coping R/S, France le bien-être religieux, et (g) des aspects multidimensionnels de la religiosité (mesures qui comprenaient plus d'un des domaines précédents). Après contrôle du genre, de l'âge et de l'origine ethnique, ils ont trouvé une corrélation négativement, significative, mais faible ($r=-,096$; $p<,01$), avec les symptômes dépressifs, à l'exception de deux dimensions :

l'orientation religieuse extrinsèque et le coping religieux négatif se sont avérés être associés avec des symptômes dépressifs plus importants.

Ainsi, de nombreuses études ont prouvé que la S/R avait un rôle protecteur en diminuant le risque de mortalité de 10 à 35% et la diminution d'une survenue de trouble psychiatrique ou d'une symptomatologie dépressif. Toutefois, la nature et le nombre de dimensions de la S/R évaluées conditionne la significativité, la force, voire le sens pour quelques-unes de la relation S/R et protection de la santé physique et mentale.

Une proportion nettement moindre d'études se sont intéressées à la S/R comme éventuel facteur de rémission. Sur les 22 études de patients avec une maladie diagnostiquée, Chida et al. (2009) n'ont pu conclure à un effet significatif de la S/R sur la mortalité que lorsque la S/R était évaluée selon au moins deux dimensions. Des études longitudinales ont été menées sur un éventuel lien entre la S/R et le ralentissement de la progression d'un cancer (Kune, Kune, & Watson, 1992; Loprinzi et al., 1994; Ringdal, Götestam, Kaasa, Kvinnsland, & Ringdal, 1996; Spiegel, Bloom, & Gottheil, 1983; Yates, Chalmer, James, Follansbee, & McKegney, 1981; Zollinger, Phillips, & Kuzma, 1984) ou avec le rétablissement d'une maladie aiguë (Fitchett, Rybarczyk, DeMarco, & Nicholas, 1999; King, Speck, & Thomas, 1995; Koenig et al., 1998; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2001). Pour le premier groupe, la S/R a été évaluée par l'activité religieuse, l'appartenance à une religion, la fréquence d'assistance à un service religieux, l'orientation religieuse, ou encore les croyances religieuses et pour le second par le coping positif ou négatif, de croyances, de nombre de personnes connues dans la congrégation, de la force et réconfort retirée de la S/R, de pratiques S/R privées, d'assistance à un service religieux ou d'intensité religieuses. Une seule étude a observé un effet positif de la S/R, celle estimée par la force et le réconfort S/R, après ajustement des variables socio-démographiques et facteurs de risques sur le rapport de risque (Oxman, Freeman, & Manheimer, 1995). Les autres études ont soit observé des relations non significatives ou soit un effet négatif du coping négatif (Fitchett et al., 1999; King et al., 1995; Pargament et al., 2001). Dans leur méta-analyse sur 23 études estimant l'effet d'interventions S/R au travers d'essais cliniques randomisés, Gonçalves, Lucchetti, Menezes, et Vallada (2015) ont trouvé que ces interventions S/R avaient des effets significatifs ($p < ,05$) pour réduire les symptômes de troubles anxieux, dépressif, de stress et d'alcoolisme, comparativement aux groupes contrôles. Les études analysées portent sur des interventions de type services pastoraux, méditation, ou visualisation/l'écoute de sources S/R.

Nous allons maintenant nous centrer sur les troubles de l'usage de substances psychoactives, et plus particulièrement sur le trouble de l'usage d'alcool

5. Spiritualité/religion et trouble de l'usage de substances psychoactives

Nous allons d'abord examiner l'éventuelle efficacité de la S/R des programmes en 12 étapes. Puis, en nous appuyant sur les résultats portant sur la santé générale, nous ferons des hypothèses sur les potentiels mécanismes d'efficacité de la S/R des programmes en 12 étapes.

5.1. Spiritualité/religion et rémission d'un trouble de l'usage d'une substance psychoactive

Le rôle protecteur de la S/R des addictions a été largement étudié et est un phénomène connu, comme l'établit Koenig (2009) dans sa revue de la littérature.

En revanche, l'éventuelle adjonction de S/R dans les traitements des addictions ou son lien potentiel avec un rétablissement des addictions a été relativement peu étudié (Borras et al., 2010).

De notre revue de la littérature sur les études portant sur la S/R et la rémission d'un trouble de l'usage ressort que ces études se sont focalisées soit sur une population de membres d'un programme en 12 étapes, principalement celui des AA, parfois également des NA, soit sur des personnes hospitalisées et recevant un traitement encourageant l'adhésion à un programme en 12 étapes (TSF, Twelve-Step Facilitation) et pour l'essentiel participant au projet MATCH (Longabaugh & Wirtz, 2001).

Ainsi, la recherche s'est vraisemblablement davantage axée sur l'étude des mécanismes d'efficacité des programmes en 12 étapes que sur l'éventuel impact de la S/R sur la rémission d'une addiction.

Néanmoins, la S/R comme éventuel mécanisme d'efficacité des AA a été relativement peu étudiée (Kelly, 2017).

5.2. Spiritualité/Religion et participation aux AA

Des études ont prouvé une corrélation significative et positive entre la participation aux AA et la S/R (Carroll, 1993; Hiernaux & Varescon, 2015; Rush, 2000). Dans leur étude, Mathew, Georgi, Wilson, et Mathew (1996) ont établi que la S/R d'individus présentant un trouble de l'usage de substances (N=62) était plus faible que dans une population ne présentant pas de trouble de l'usage d'alcool (N=61). Cependant, après obtention de l'abstinence et une participation d'au moins six mois aux AA/NA, la S/R de ces individus en rémission avait augmenté pour égaler celle du groupe témoin. Cette étude comporte cependant un biais de rappel, car l'étude est transversale : Les données ont été recueillies sur un seul temps pour deux périodes différentes, autrement dit, celles sur la période correspondant à l'abus d'alcool ont été reconstruites rétrospectivement.

Caldwell et Cutter (1998) ont étudié l'acceptation de vecteurs d'efficacité recommandés par les AA en fonction de la fréquence de l'assistance à des réunions. Ils ont ainsi obtenu que le groupe se caractérisant par une participation modérée aux AA (entre 20 et 59 réunions en 90 jours) était moins enclin à accepter le concept de Puissance supérieure du programme des AA que le groupe ayant suivi la prescription des AA/NA d'assister à 90 réunions en 90 jours. Au-delà, de ce manque d'acceptation d'une Puissance supérieure, les auteurs ont établi que le groupe d'assistance modérée aux AA, se caractérisait par une acceptation à la carte du programme des AA : ils admettaient le principe d'impuissance (étape 1), recouraient au parrainage et au travail des étapes, mais étaient moins en lien avec d'autres membres des AA/NA, lisaient moins de publications AA/NA que le groupe fréquentant assidument les réunions AA/NA. Ce groupe d'assistance modérée se singularisait aussi par un taux de rechutes plus important que le groupe d'assidus.

Horstmann et Tonigan (2000) ont étudié la relation entre le style de coping S/R utilisé et la participation aux AA. Le coping a été défini par Lazarus et Folkman (1984) comme étant l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Le coping est compris comme un processus dynamique de transaction entre l'individu et l'environnement. Pargament (2011, p. 52) définit le coping religieux comme étant « les efforts pour comprendre et traiter les stressors de la vie selon des voies reliées au sacré ». Afin de tester une éventuelle relation entre la participation aux AA et un style de coping S/R, Horstmann et Tonigan (2000) se sont appuyés sur la conceptualisation du coping religieux de Pargament et al. (1988) et ont considéré trois types de relation à Dieu/une Puissance supérieure : une relation de soumission où l'individu dépend de Dieu pour trouver une solution, une relation coopérative, les problèmes sont traités conjointement avec l'aide de Dieu et une auto-gestion des problèmes où l'individu résout seul ses problèmes sans s'en remettre à une Puissance supérieure, correspondant respectivement à des copings passifs, interactif et actif. Le style de coping collaboratif a été associé à un coping plus efficaces dans les maladies chroniques (Dunn & Horgas, 2004). L'implication aux AA s'est avérée être significativement et négativement reliée à un coping religieux de soumission ($\beta = -0,43$, $t = -2,61$, $p < ,01$), et l'abstinence significativement et positivement reliée à un coping religieux collaboratif ($\beta = 0,34$, $t = 2,21$, $p < ,03$) (Horstmann & Tonigan, 2000).

Enfin, Robinson, Krentzman, Webb, et Brower (2011) ont trouvé qu'au cours des six mois de participation aux AA, seuls la tendance à se considérer Spirituel ou religieux, le pardon de soi, des autres et de Dieu, les expériences spirituelles quotidiennes, le sens et but de la vie et les pratiques S/R privées avaient augmenté significativement, et le coping religieux diminué significativement. Krentzman (2013) a prouvé que l'implication aux AA prédisait une augmentation des pratiques privées

religieuses, des expériences spirituelles quotidiennes et du pardon des autres, mais pas du coping religieux négatif ni du sens de la vie.

5.3. Spiritualité/Religions avant l'adhésion AA/traitement et résultats

Les résultats sur l'effet de la S/R initiale sur le résultat de la participation aux AA et de traitement facilitant l'adhésion aux AA sont mitigés.

Kelly et Moos (2003) ont relevé 40% d'abandon d'un programme en 12 étapes et 41% d'un projet MATCH. Ils ont constaté, que, parmi d'autres facteurs, qu'une implication S/R faible (fréquence d'assistance à un service religieux) était un facteur d'abandon. Des auteurs ont, par ailleurs, étudié l'impact de la S/R initiale sur la participation aux AA. Ils ont démontré que les personnes se désignant comme athée ou agnostique avaient un niveau plus faible de participation aux réunions AA que les personnes s'identifiant comme spirituelles ou religieuses. Cependant, ils n'ont observé aucune différence significative sur les résultats en termes de consommation d'alcool ou d'abstinence entre les différentes catégories S/R (Tonigan, Miller, & Schermer, 2002). D'autres études ont également trouvé qu'agnostiques ou athées bénéficiaient autant des AA que les religieux ou spirituels (Kelly, Stout, Zywiak, & Schneider, 2006; Winzelberg & Humphreys, 1999) ou encore que l'intensité de la croyance en Dieu initiale n'était pas liée au maintien de l'abstinence (Atkins & Hawdon, 2007).

Des auteurs ont cependant constaté un léger avantage de ceux présentant une S/R initiale faible, (Kelly et al., 2011). Ce constat leur fait avancer que la nature S/R du programme en 12 étapes, a priori rebutante pour les agnostiques ou athées, pourrait être dépassée, par certains facteurs, comme la gravité perçue du trouble alcoolique ; Les individus pourraient alors changer et adopter de nouvelles croyances S/R ou bénéficiairement des AA. Des auteurs ont à l'inverse trouvé de meilleurs résultats chez les personnes présentant une S/R initiale plus élevée (Connors et al., 2001).

5.4. Spiritualité/religion et abstinence

5.4.1. Dimensions de la Spiritualité/religion associées à l'abstinence

Les mesures de la S/R le plus souvent associées à l'abstinence sont le score des 7 premiers items de l'échelle des antécédents et comportement religieux (RBB, Religious Background and Behavior, Connors et al., 1996) (Hoepfner et al., 2014; Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2012; Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Krentzman, Farkas, & Townsend, 2010; Tonigan, Rynes, & McCrady, 2013; Wilcox et al., 2015; Zemore, 2007) et les pratiques privées religieuses de l'échelle multidimensionnelle d'évaluation de la Religiosité/spiritualité, BMMRS (Multidimensional measurement of religiousness/spirituality, Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999)

(Krentzman, 2013; Robinson, Cranford, Webb, & Brower, 2007; Robinson, Krentzman, Webb, & Brower, 2011).

Sur leur échantillon de 364 personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, Robinson, Krentzman, Webb, et Brower (2011) ont étudié 10 mesures de la S/R. Parmi les variables testées, Seuls les pratiques privées religieuses, les expériences spirituelles religieuses (DES), le pardon de soi, des autres et de Dieu, le coping négatif (sa diminution), et le sens de la vie ont été significativement associés à l'abstinence dans une régression multiple. Krentzman, Farkas, et Townsend (2010) ont également trouvé une association significative entre le sens de la vie et l'abstinence. Concernant les pratiques privées, Carroll (1993) trouvé une corrélation positive et significative ($r=0,25$; $p<,05$) entre la pratique de l'étape 11, qui est une incitation à la prière et la méditation, et l'abstinence.

En revanche, la médiation (Krentzman, Cranford, & Robinson, 2013; Oakes, 2008) ou corrélation (Carroll, 1993) du sens et but de la vie et la médiation des expériences quotidiennes S/R, du pardon et du coping négatifs (Krentzman, 2013) ne se sont pas avérés significatives dans d'autres études.

Des auteurs ont recouru à des mesures peu usitées en addictologie. Rush (2000) a ainsi utilisé l'inventaire de l'orientation spirituelle (spiritual orientation inventory, Elkins et al., 1988). Cette échelle comprend 9 sous-échelles. Elles évaluent notamment la dimension transcendantale, le sens et but de la vie, le fait d'avoir une mission dans la vie, le caractère sacré de la vie, l'altruisme, l'idéalisme, etc. Ils n'ont, cependant, obtenu aucune corrélation significative entre la S/R ainsi évaluée et l'abstinence. Cependant, les critères d'inclusion et évaluation de l'abstinence diffèrent des autres études : les participants devaient avoir au moins un an d'abstinence et l'abstinence a été évaluée en durée.

Piderman, Schneekloth, Pankratz, Maloney, et Altchuler (2007) se sont intéressés au bien-être spirituel et ont trouvé une corrélation positive et significative entre celui-ci et l'abstinence.

5.4.2. La spiritualité/religion médiate l'effet de la participation AA sur la rémission du trouble de l'usage d'alcool

Des études ont prouvé une médiation de la S/R relativement à l'effet de la participation AA sur la rémission du trouble alcoolique par la S/R.

Pour tester une éventuelle médiation de la S/R la plupart des études ont évalué l'ampleur de la diminution de l'effet direct, c'est-à-dire de la participation AA vers la rémission, quand le médiateur, la S/R, était ajouté (Kaskutas, Turk, Bond, & Weisner, 2003; Oakes, 2008; Tonigan, 2003; Zemore, 2007). Des études plus récentes (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Krentzman et al., 2013;

Tonigan et al., 2013) ont suivi une méthode plus rigoureuse, celle préconisée par MacKinnon (Mackinnon & Dwyer, 1993; MacKinnon & Fairchild, 2009; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002), permettant l'obtention d'un coefficient de médiation, méthode de Baron et Kenny (1986) étant devenue obsolète, car contestée.

Nous allons décrire plus en détail l'analyse de (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011), car elle constitue une référence et a été répliquée, puis approfondie (Krentzman, 2013; Tonigan et al., 2013).

Sur un échantillon issu du projet MATCH (N=1 726, N=952 en ambulatoire 72% hommes, N=774 en postcure, 80% hommes) de personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool, Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et Pagano (2011) ont testé, à l'aide de modèles linéaires généralisés et d'analyses de médiation contrôlées avec effet retard si l'effet de la fréquence d'assistance à des réunions AA durant les 3 premiers mois de la prise en charge sur le pourcentage de jours d'abstinence (PDA, percentage days of abstinence) entre le 12^{ème} et le 15^{ème} mois et la quantité d'alcool consommée les jours de consommation (DPDD, Drinks per Drinking Days) entre le 12^{ème} et 15^{ème} mois était médiatisé par le niveau S/R à 6 mois. La S/R a été évaluée par la somme des 7 premiers items de la RBB (Religious Background and Behavior, Connors et al., 1996), qui évaluent l'auto-désignation du statut religieux et les fréquences des pensées S/R, de la prière, de la méditation, de la lecture de textes S/R, de l'assistance à un culte et des expériences S/R sur l'année écoulée. Dans leur analyse, les auteurs ont considéré quatre modèles, en traitant séparément les patients en ambulatoire de ceux en postcure et les résultats en termes d'abstinence de ceux en termes de consommation d'alcool.

Ils ont trouvé un effet des réunions AA sur l'abstinence ($\beta=0,21$; $p<,001$ patients en ambulatoire, $\beta=0,24$; $p<,001$ patients postcure) et sur la consommation d'alcool ($\beta=-,18$; $p<,001$ ambulatoire ; $\beta=-,25$; $p<,001$; postcure). L'abstinence en ligne de base ($\beta=0,30$; $p<,001$; $\beta=0,18$; $p<,001$) et la consommation d'alcool en ligne de base ($\beta=0,16$; $p<,001$; $\beta=0,17$; $p<,001$) ont un effet significatif sur les résultats d'abstinence et de consommation.

Ils ont également établi que les réunions AA avaient un effet sur le niveau S/R ($\beta=0,14$; $p<,001$ en ambulatoire ; $\beta=0,24$; $p<,0001$ en postcure).

Enfin, ils ont prouvé un effet du niveau S/R sur l'abstinence ($\beta=0,21$; $p<,001$ en ambulatoire ; $\beta=0,29$; $p<,001$ en postcure) et sur la consommation d'alcool ($\beta=-,17$; $p<,001$ en ambulatoire $\beta=-,25$; $p<,001$ en postcure). Les auteurs ont également constaté un effet pour les patients en postcure de la S/R en ligne de base sur l'abstinence ($\beta=-,11$; $p<,05$) et sur la

consommation d'alcool ($\beta=0,14$; $p<,01$), jouant en faveur de ceux possédant un niveau S/R initial plus faible.

Une analyse de médiation (Mackinnon & Dwyer, 1993; MacKinnon et al., 2002) leur a permis de déterminer que le niveau S/R à six mois expliquait respectivement 14% (Mack $Z = 3,35$; $p<,01$) et 13% (Mack $Z = 3,31$; $p<,01$) de l'effet des réunions des trois premiers mois sur l'abstinence et la consommation d'alcool entre le 12^{ème} et 15^{ème} mois pour les patients en ambulatoire. Ces chiffres deviennent 28% (Mack $Z = 4,38$; $p<,01$) et 24% (Mack $Z = 3,97$; $p<,01$) pour les patients en postcure.

Ces analyses ont été répliquées et des résultats similaires, à quelques petites variantes près, ont été trouvés (Krentzman et al., 2013; Tonigan et al., 2013). Ainsi, sur leur échantillon de 130 personnes nouvellement membres des AA et suivis sur une période de 9 mois, Tonigan, Rynes, et McCrady (2013) ont également prouvé un effet médiateur de la S/R comptant pour 15% de l'effet direct de la participation à des réunions AA sur l'abstinence. Au-delà de ce résultat, sur la base de l'analyse factorielle réalisée par Connors, Tonigan, et Miller (1996) et en la modifiant, ils ont déterminé que les items médiatisant cet effet étaient ceux évaluant la croyance en Dieu, les pensées sur Dieu, la prière et la méditation.

Krentzman, Cranford et Robinson (2013) ont reproduit l'analyse de Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et Pagano (2011) en approfondissant la mesure de la S/R. Dans leur étude ($N=364$, $t=18$ mois), ils ont évalué la S/R au travers six mesures (pratiques privées religieuses, expériences spirituelles quotidiennes, pardon, coping religieux positif, coping religieux négatif, sens et but de la vie). Seules les pratiques religieuses privées (méditation, prière, lectures S/R, émission TV S/R, dire les grâces avant le repas) médiatisaient significativement l'effet de la participation aux AA (estimée par une échelle composite, AAI, Alcoholics Anonymous Involvement de Tonigan, Connors, et Miller; 1996)) sur la consommation d'alcool.

Sur la base de régressions logistiques, Zemore (2007) avait déjà conclu en la médiation de la S/R de l'effet de la participation aux AA sur l'abstinence, sur leur échantillon de 537 personnes suivies pendant un an. Ils avaient ainsi trouvé qu'une augmentation de la participation aux AA (estimée, par AAI) prédisait un Odds ratio d'abstinence plus élevé, et que cet effet était partiellement expliqué par une augmentation de la S/R, que celle-ci soit mesurée par la RBB ou la survenue d'un éveil spirituel (un item de la AAI). Ils avaient, en effet, obtenu que l'odds ratio d'avoir été abstinent les 30 jours précédant l'évaluation à 1 an passait de 9,35 ($p<,001$) à 7,5 ($p<,001$) quand était pris en compte le changement dans le score S/R et atteignait 6,54 ($p<,001$) lorsque l'éventualité de la survenue d'un éveil spirituel était prise en compte.

Sur une durée de temps plus longue, Kaskutas, Turk, Bond, et Weisner (2003) avaient démontré que ceux qui avaient expérimenté un éveil spirituel dans l'année précédant l'évaluation à 3 ans, avaient une probabilité d'être abstinent d'alcool à 3 ans, quatre fois supérieure à ceux qui n'en avaient pas expérimenté. En revanche, ils n'ont pas trouvé d'impact du statut S/R (c'est-à-dire se considérer comme athée, agnostique, sans opinion, spirituel ou religieux) sur l'odds ratio d'une abstinence d'au moins un an à l'évaluation de trois ans.

L'étude de Tonigan (2003) (N=806) est la seule à ne pas valider la médiation de la S/R dans l'effet de la participation AA sur la rémission. La prise en compte de la survenue d'un éveil spirituel diminue, certes, l'effet de l'assistance aux réunions AA pendant la première année sur le pourcentage de jours d'abstinence à trois ans, mais d'une ampleur non significative (4%, $p>.05$). Plusieurs hypothèses de cette absence de validation ont été avancées par l'auteur. Tout d'abord que l'intervalle entre participation AA et éveil spirituel et résultat de consommation était trop long. Ensuite, la mesure de la S/R par la survenue d'un éveil spirituel peu précise, car trop subjective et peut-être peu représentative de la spiritualité des AA, donc manque de fiabilité. Enfin, peut-être que l'évaluation des effets du programme des 12 étapes en termes d'abstinence n'est plus représentatif de l'objectif recherché dans la participation aux AA à 3 ans d'ancienneté.

Des auteurs ont par la suite voulu relativiser les effets de la S/R par rapport à d'autres facteurs d'efficacité inhérents à la participation aux AA.

Kelly, Hoepfner, Stout, et Pagano (2012) ont reproduit la même analyse que l'analyse de référence précédemment décrite, mais en considérant d'autres mécanismes d'efficacité.

Nous avons vu dans une section précédente que les facteurs d'efficacité de la participation aux AA les plus étudiés étaient : les modifications dans le réseau social, la confiance en sa capacité à maintenir l'abstinence dans des situations sociales et face à des affects négatifs. Ainsi, les auteurs ont inclus ces variables ainsi que la dépression, aux côtés de la S/R dans leur modèle de médiation.

L'inclusion des autres facteurs d'efficacité change le poids de la S/R décrit précédemment, dans la médiation.

Néanmoins, la S/R reste un médiateur significatif pour les patients en postcure. Elle représente 23% de l'effet direct sur l'abstinence, elle a un effet moindre que l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence dans la situation sociale (34% de l'effet direct) et légèrement moindre que la réduction du réseau pro-consommation (24%). Concernant la médiation des effets de la participation aux AA sur les consommations d'alcool, l'effet de la S/R pour les patients en postcure est aussi

importante que l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence dans les situations sociales (21%) et tout juste supérieur, à l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence face à des affects négatifs.

En revanche, la S/R n'est plus un médiateur significatif pour les patients en ambulatoire. La médiation est quasi exclusivement assurée par les variables sociales : auto-efficacité dans les situations sociales, réseau pro-abstinence et réseau pro-consommation.

Les auteurs ont précisé que les patients en postcure étaient aussi ceux les plus sévèrement atteints par le trouble de l'usage de substance. Ils en concluent que la S/R des AA pourrait surtout bénéficier aux personnes les plus gravement atteintes.

Les auteurs ont tenté d'apprécier un éventuel effet modérateur de l'âge ou du genre.

La comparaison des résultats des multi-médiation en fonction du genre n'a pas fait émerger de différences au niveau de la S/R (Kelly & Hoepfner, 2013).

La S/R est un médiateur significatif chez les adultes de 30 ans et plus, il intervient juste après les médiateurs sociaux (auto-efficacité dans une situation sociale, réseau pro-abstinence et pro-consommation). En revanche, la S/R n'est pas un médiateur significatifs chez les 18-29 ans (Hoepfner et al., 2014). Chez les jeunes adultes seuls la réduction du réseau pro-consommation et l'auto-efficacité dans des situations sociales seraient des médiateurs significatifs.

L'amplitude de l'effet médiateur de la S/R est comparable aux autres mécanismes d'efficacité. La S/R apparaît ainsi comme un mécanisme d'efficacité important. Cependant, la S/R sortie de son contexte pourrait s'avérer moins efficace. L'efficacité des pratiques et croyances S/R est vraisemblablement également dû à leur association avec l'apprentissage auprès des AA d'un coping de l'abstinence et le soutien social que constitue la communauté d'un programme en 12 étapes.

D'une façon générale, concernant l'ensemble des études cités, signalons que leurs comparaisons restent complexes, car elles sont faites sur des populations différentes (patients en traitement, membres des AA avec des anciennetés dans l'association différentes), les données ont été recueillies à des temps différents (études transversale, différents effets retard) et leurs analyses à l'aide de méthodes statistiques différentes (modèles à médiation simple avec ou sans retard, modèle à médiations multiples, régressions linéaires multiples ou logistiques avec calcul de la diminution de l'effet direct, modèles à équations structurelles). A cela s'ajoute des évaluations des concepts de spiritualité/religion et participation aux AA avec des échelles différentes.

La S/R a ainsi été le plus souvent estimée soit par la RBB (soit en sommant les 7 premiers items (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Zemore, 2007), soit en regroupant certains items

(Tonigan et al., 2013) ou en n'en considérant que l'item 1 appréciant le statut S/R (Kaskutas, Turk, et al., 2003)) par certaines échelles de la BMMRS (Krentzman et al., 2013) ou encore par une simple question « avez-vous connu un éveil spirituel » (Tonigan, 2003). La participation aux alcooliques anonymes a été soit simplement appréciée par la fréquence d'assistance aux réunions (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Tonigan, 2003; Tonigan et al., 2013) soit par le score à l'AAI (Kaskutas et al., 2003; Krentzman, 2013; Robinson et al., 2011) (Cf §1.2.3.4. pour la description). De la même façon, l'abstinence et la consommation d'alcool n'ont pas toujours été appréciées selon les mêmes critères.

En outre, certaines études ne communiquent pas de coefficients standardisés (Tonigan, 2003; Wilcox et al., 2015) ce qui rend la comparaison encore plus complexe.

5.5. Facteurs explicatifs de la relation Spiritualité/religion et santé

Notre étude vise à tester une éventuelle relation entre la spiritualité des membres des AA et leur rétablissement de leur trouble de l'usage d'alcool. Elle n'a pas vocation à mettre en exergue de possibles mécanismes d'efficacité de la spiritualité. Une telle recherche serait prématurée puisque l'éventualité de relations entre la participation aux AA, la spiritualité et le rétablissement, tel que nous allons le définir n'a pas encore été prouvé. Néanmoins, avancer des éléments explicatifs assoit le bien-fondé de notre étude. A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à évaluer les éventuels mécanismes d'efficacité de la S/R dans la rémission d'un trouble de l'usage d'alcool via le développement spirituel. Seules des hypothèses explicatives ont été apportées. En revanche, des facteurs explicatifs ont été testés dans le domaine de la santé, en général. Nous allons exposer ces en mettant en parallèle ceux de la recherche sur la S/R et la rémission du trouble de l'usage d'alcool qui pourraient procéder du même mécanisme.

5.5.1. La spiritualité/religion induit une meilleure observance des comportements de santé

Les chercheurs ont investigué les éventuels facteurs explicatifs de cet effet réducteur de l'assistance à un service S/R sur la mortalité. Le facteur explicatif le plus souvent mis en évidence est celui d'une meilleure observance de comportements de santé. Ainsi, dans leur étude sur 1504 adultes représentatifs de la population texane, Hill, Burdette, Ellison, et Musick (2006) ont observé que par rapport aux personnes qui assistaient sporadiquement voire pas du tout à des services religieux, celles qui y assistaient hebdomadairement présentaient une augmentation de la probabilité d'avoir un examen médical de 65%, un examen dentaire de 56%, de consommer régulièrement des vitamines de 68%, de fréquenter rarement des bars de 116%, de porter une ceinture de sécurité en roulant de 120%, de s'adonner à la marche au moins 5 jours par semaine de 73%, de pratiquer des exercices physiques soutenus au moins trois fois par semaine de 84%, de ne pas consommer de tabac de 103% et de boire avec modération de 103%. Des auteurs ont abondé en ce sens et prouvé que les personnes

religieuses avaient davantage tendance à adopter un style et des règles de vie sains (Gillum & Williams, 2009; Hoff, Johannessen-Henry, Ross, Hvidt, & Johansen, 2008; Mechanic, 1999; Strawbridge, Shema, Cohen, & Kaplan, 2001), ne pas fumer (Feinstein, Liu, Ning, Fitchett, & Lloyd-Jones, 2010; Helm et al., 2000; Salmoirago-Blotcher et al., 2011; Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan, 1997), des régimes alimentaires stricts (Gillum & Williams, 2009; Hoff et al., 2008; W. A. McIntosh & Shifflett, 1984; Salmoirago-Blotcher et al., 2011), à recourir à des examens médicaux préventifs (Maureen R. Benjamins, 2006; Maureen Reindl Benjamins & Brown, 2004; Salmoirago-Blotcher et al., 2011), à pratiquer davantage d'exercices physiques (Idler & Kasl, 1997; Strawbridge et al., 1997), à être moins enclines à abuser de substances psychoactives (Gartner, Larson, & Allen, 1991; Hughes M. Helm et al., 2000; Idler & Kasl, 1997; Salmoirago-Blotcher et al., 2011).

Concernant les addictions, en interprétant ses résultats Tonigan (2003) avançait que la spiritualité, en soi, ne prédisait pas l'abstinence. Mais, les croyances S/R qu'elle véhiculait étaient susceptibles d'ériger un code de vie en accord avec l'abstinence et en dissonance avec une consommation problématique d'alcool et ainsi mobiliser des comportements prédisant l'abstinence.

L'effet de l'assistance à un service religieux sur l'exercice physique ou le régime alimentaire est cependant mitigé.

Salmoirago-Blotcher et al. (2011) ont trouvé que l'assistance à un service religieux n'était ni associé à la pratique régulière de l'exercice physique ni à une consommation moindre de graisses saturées, ou plats caloriques. D'autres auteurs ont obtenu que les personnes assistant plus fréquemment à un service religieux avaient une probabilité d'être obèses plus élevée (avec par exemple un odds ratio de 1.57, IC_{95%}] 1.12 ; 1.72) (Feinstein et al., 2010; Shmueli & Tamir, 2007). Ce lien pourrait s'expliquer par les grandes quantités d'aliments servis lors d'événements sociaux religieux qui inciteraient à une surconsommation ou au réconfort que trouveraient les personnes obèses dans les communautés religieuses (Masters & Hooker, 2013).

Cette grande conformation aux comportements de santé peut trouver trois explications principales. Tout d'abord, les différents courants S/R prescrivent, proscrivent et fournissent des normes, des règles de conduites et des limites pour diriger les individus vers un style de vie qu'ils jugent sain, et qui, majoritairement, est en adéquation avec les comportements de santé. La vision par la S/R de la vie comme étant pure et sacrée, expliquerait les croyances mises en œuvre pour tenter de la préserver et maintenir une santé du corps et de l'esprit. Ensuite, comme nous allons le voir au paragraphe suivant, l'appartenance à un mouvement S/R fournit un réseau social important, qui permet à l'individu d'accéder à une meilleure information sur les dispositifs de santé et les comportements de santé.

5.5.2. *La spiritualité/religion procure un soutien social*

Une deuxième explication souvent avancée est que la participation régulière à un service religieux procure un soutien social important. Des preuves théoriques et empiriques ont déterminé, d'une part, que les participants réguliers à des services religieux bénéficient de réseaux sociaux plus vastes et plus denses, et, d'autre part, que comparativement aux personnes qui assistent moins fréquemment aux services religieux, les personnes y assistant plus fréquemment profitent d'échanges plus fréquents et plus variés de biens, services et information (Bradley, 1995; Ellison & George, 1994; Ellison & Levin, 1998).

L'ampleur de ce soutien social a été estimée en termes d'intégration sociale (Hummer, Rogers, Nam, & Ellison, 1999 ; Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan, 1997), qui était favorisée par le partage de croyance et valeurs communes (George, Ellison, & Larson, 2002; Idler, 1987; Idler & Kasl, 1997), de soutien instrumental (Ellison & George, 1994), soutien émotionnel (Ellison & George, 1994) et soutien perçu (McIntosh, Silver, & Wortman, 1993).

Or, de nombreuses études ont prouvé les effets salutogènes des ressources sociales sur la santé physique et mentale. Plus spécifiquement, elles ont prouvé le rôle bénéfique de l'intégration sociale, c'est-à-dire la taille du réseau et la fréquence des interactions, du soutien objectif ou reçu qui comprend le soutien émotionnel, d'estime, informatif et matériel, et enfin le soutien subjectif ou perçu, c'est-à-dire l'identification de personnes susceptibles de fournir de l'aide en cas de besoin et la satisfaction de leur soutien (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Quick, Nelson, Matuszek, Whittington, & Quick, 1996).

Ainsi, de nombreux auteurs soutiennent qu'une part de la relation entre l'implication religieuse et son résultat positif sur la santé provient du soutien social ((Idler, 1987; Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan, 1997; Williams et al., 1991).

Le lien entre S/R et soutien social peut s'expliquer de plusieurs façons.

En encourageant le sentiment communautaire, les mouvements S/R font naître chez l'individu le sentiment d'être aimé, valorisé, intégré et que l'on prend soin de lui, ce qui devrait renforcer le soutien perçu (Ellison & George, 1994).

Par ailleurs, le partage de croyances, normes, valeurs et pratiques communes non seulement renforce significativement l'appartenance à un groupe social (Terry, Hogg, & White, 2000), mais aussi peut servir de base à un discours commun sur les conceptions de la souffrance, son ajustement et son soutien (Maton, 2002). Or, les relations les plus soutenantes sont celles qui impliquent des personnes ayant des caractéristiques, expériences et valeurs communes (Ellison & Levin, 1998), celles où l'aidant

et l'aidé partagent des interprétations similaires des stressors et des croyances communes à propos des motivations pour le comportement d'aide et de l'adéquation entre les stressors et le comportement de soutien (Jacobson, 1987).

En outre, les mouvements S/R incitent au développement de la relation d'aide, puisque l'individu qui procure une telle aide à son semblable sait qu'il en sera honoré, étant donné les normes sociales d'altruisme et de réciprocité. Enfin, la qualité des relations sociales se trouve renforcée par des impératifs, que sont la compassion et la gentillesse, communs à la plupart des mouvements S/R.

Néanmoins, dans leur revue de littérature, George, Ellison, et Larson (2002) ont recensé des résultats mitigés sur l'éventuelle médiation de chacune des dimensions du soutien social.

Les chercheurs ayant étudié cette thématique évoquent quasi exclusivement l'appartenance religieuse. Or, rappelons que d'une part la spiritualité peut émaner d'une religion, et une spiritualité en dehors de l'appartenance à une religion n'est pas nécessairement individualiste (cf paragraphe sur la tendance à la polarisation des concepts qui est une réduction abusive).

La S/R des AA est indissociable du soutien social. Le soutien social des AA est inhérent au statut de groupe d'entraide de l'association et son effet sur la rémission du trouble de l'usage d'alcool prouvé (Humphreys, Moos, & Cohen, 1997; Kaskutas et al., 2002; Laudet et al., 2004), l'éventuel rôle de la S/R du programme des 12 étapes dans ce soutien social n'a cependant pas été étudié. Toutefois, il a été argumenté que le soutien social des AA était prescrit par la 12^{ème} étape du programme spirituel des AA, qui encourage un don de soi envers d'autres alcooliques (Hiernaux & Varescon, 2016).

5.5.3. Le coping S/R positif

Une troisième explication de l'effet bénéfique de la S/R est le coping S/R positif qu'elle peut procurer. Rappelons que Pargament (2011) définit le coping religieux comme étant « les efforts pour comprendre et traiter les stressors de la vie selon des voies reliées au sacré » (p. 52). Selon la théorie de Pargament (2001), le coping religieux a de multiples fonctions qui sont la recherche de **sens**, d'intimité avec les autres, d'identité, de contrôle, la réduction de l'anxiété, la transformation de la vie, et aussi la recherche du sacré ou de la spiritualité eux-mêmes.

Kremer et Ironson (2014) ont mené une étude qualitative longitudinale sur 10 ans sur 177 personnes séropositives pour évaluer leurs stratégies de coping pour faire face au stress généré par leur séropositivité et les événements les plus stressants de la vie quotidienne. Les auteurs se sont intéressés au coping spirituel et en ont identifié 15 formes :

- La connexion spirituelle à une Présence supérieure, qui peut inclure la recherche du sacré et des aspects de la vie perçus comme sacrés par l'individu ;
- Les pratiques spirituelles, c'est-à-dire toute activité que l'individu associe à la culture de la spiritualité comme aller à l'église, méditer, prier, pratiques corporelle et spirituelle comme le yoga ou la relaxation, la participation à des rituels spirituels spécifiques et la lecture de livres spirituels comme la bible,
- L'empowerment spirituel, qui se rapporte à l'évaluation secondaire positive, c'est-à-dire au sentiment d'auto-efficacité augmenté par la connexion spirituelle ;
- La transformation/croissance spirituelle qui décrit un changement marqué dans les stratégies de coping spirituel qui mènent à des changements durables positifs dans les attitudes, les croyances spirituelles, les comportements et les visions de soi et des autres ;
- La gratitude spirituelle qui peut s'exprimer au travers une reconnaissance en lien avec une Puissance supérieure pour un bienfait reçu ou qui sera reçu.
- Le sens spirituel, où la spiritualité est perçue comme donnant un plus grand sens ou but à la vie ;
- Le soutien spirituel retiré, il implique à la fois l'appartenance à une communauté spirituelle et la connexion à une Puissance supérieure ;
- La capitulation (lâcher-prise), qui désigne l'abandon de l'individu de sa propre volonté et la soumission de ses pensées, ses idées et ses actes à la volonté et aux enseignements d'un Pouvoir supérieur. Elle peut être négative si la personne l'utilise comme stratégie d'évitement. ;
- Le conflit spirituel, idée selon laquelle la personne est connectée spirituellement mais n'est pas d'accord avec ou contrevient à des règles, des doctrines ou des croyances du système.
- La réinterprétation positive spirituelle, qui est une évaluation primaire moins toxique du stresser. ;
- La lutte spirituelle ; qui peut être constructive ou destructrice et consiste en un questionnement sur l'existence ou la bienveillance d'une Présence supérieure ou douter de sa propre spiritualité.
- La culpabilité spirituelle, qui fait référence à un jugement de soi négatif et peut s'exprimer par des sentiments de mal faire ou des préoccupations qui ont trait au mécontentement d'une puissance supérieure au sujet du comportement de l'individu.
- La colère spirituelle, qui comprend la frustration ou l'indignation envers une puissance supérieure ou des émotions négatives envers une communauté spirituelle et des institutions spirituelles.

- Le respect de son propre corps, qui génère des comportements de santé en lien avec une spiritualité.
- Le désengagement spirituel, qui est, au-delà d'un désengagement d'une pratique, un désengagement de la recherche de connexion avec une puissance supérieure.

L'intérêt de ce descriptif est de constater que, finalement, de nombreuses dimensions de la S/R peuvent être vues comme un coping.

Selon Pargament (2001) le coping religieux est multimodal et implique des comportements, émotions, relations interpersonnelles et des cognitions. Il est un processus dynamique qui évolue à la fois dans le temps et en fonction du contexte. Il a plusieurs valences, il est soit positif soit négatif et peut produire des résultats bénéfiques ou nocifs. Dans une étude de (1998), Pargament, Smith, Koenig, et Perez, ont établi que le coping religieux bénéfique consistait en un pardon religieux, la recherche de soutien spirituel, un coping religieux coopératif, c'est-à-dire un contrôle qui s'exerce au travers une relation collaborative avec une Puissance supérieure, une connexion spirituelle, une purification religieuse et une réévaluation religieuse bienveillante. Le coping religieux nuisible consistait, quant à lui, en un mécontentement spirituel, une insatisfaction dans les relations interpersonnelles religieuses, une réévaluation à travers un Dieu punisseur ou démoniaque et une soumission au pouvoir de Dieu pour influencer la situation stressante. Tombe également dans le coping négatif, le sentiment d'avoir été abandonné ou d'interpréter la maladie comme une punition de Dieu. L'expression lutte religieuse désigne ce phénomène.

Relativement au contrôle exercé par l'individu pour atteindre ses objectifs et gérer les situations Pargament et al. (1988) ont repéré trois styles de coping religieux : l'auto-gestion, où l'individu traite seul ses problèmes sans se tourner vers Dieu pour trouver une solution ; la soumission ou subordination, où l'individu n'entreprend aucune action et attend que Dieu intervienne ; et la coopération, où l'individu et Dieu ont un rôle actif et coopèrent pour trouver une solution.

Les rituels religieux et autres symbolismes intervenant dans la S/R pourraient générer des émotions positives comme *l'empowerment*, l'optimisme, la sérénité ou le pardon (Williams, 1994), qui à leur tour peuvent affecter la santé au travers le système immunitaire ou endocrinien (Ader & Cohen, 1993).

Dans leur méta-analyse de 147 études Smith, McCullough, et Poll (2003) ont prouvé que la corrélation négative modérée et robuste ($r=-0,096$) entre S/R et les symptômes dépressifs, était en partie due à un effet favorable du coping S/R des événements de vie stressants.

Plus spécifiquement, les études ont associé le coping S/R positif avec des résultats positifs de santé et le coping négatif à des résultats de santé négatifs (Fitchett et al., 1999; King et al., 1995; Pargament et al., 2001). L'effet du coping positif serait médiatisé par l'espoir, l'optimisme et le soutien social (Ai, Park, Huang, Rodgers, & Tice, 2007).

Kremer et Ironson (2014) ont obtenu que pour 65% des individus, les stratégies de coping spirituels utilisées produisent un effet positif au cours du temps.

Ils ont également trouvé que les résultats positifs du coping spirituel survenaient plus fréquemment chez les femmes plutôt que chez les hommes (83% vs. 57%, LR = 11.58, $p = 0.001$), les hétérosexuels plutôt que les homosexuels (77% vs. 55 %, LR = 8.94, $p < 0.003$).

Des auteurs ont expliqué l'impact du coping positif et du coping négatif en se référant à la théorie de la gestion de la terreur. Edmondson, Park, Chadoir, et Wortmann (2008) ont ainsi estimé le soutien religieux, la lutte religieuse, la croyance de la vie après la mort, les préoccupations au sujet de la mort, et la dépression. En contrôlant la croyance d'une vie après la mort, ces auteurs ont trouvé que les préoccupations sur la mort médiatisaient totalement, d'une part, la relation entre la lutte religieuse et la dépression, et d'autre part, celle entre le soutien religieux et la dépression. Ils en déduisaient que la vision du monde adoptée par l'individu offre une gestion de la terreur de la mort différente. Ainsi la lutte religieuse, ou autrement dit, la perception d'un Dieu punisseur, rendait l'individu vulnérable à la terreur de la mort, alors qu'une vision d'un Dieu bienveillant offraient un réconfort en adoucissant ses préoccupations sur la mort.

Dans le trouble de l'usage d'alcool, concernant le coping en général, il a été prouvé que la participation aux AA prédisait une augmentation du coping comportemental (Morgenstern et al., 1997), une diminution du coping d'évitement (Kelly et al., 2011; Timko, Finney, & Moos, 2005). Rappelons que la consommation d'alcool peut constituer une stratégie de coping négatif.

Relativement très peu d'études ont utilisé des outils de mesures du coping S/R (Horstmann & Tonigan, 2000; Krentzman, 2013; Oakes, Allen, & Ciarrocchi, 2000; Robinson, Cranford, Webb, & Brower, 2007; Robinson, Krentzman, Webb, & Brower, 2011). Les seules relations significatives trouvées ont été une association négative de la participation AA avec le coping S/R négatif (Krentzman, 2013; Robinson et al., 2007; Robinson et al., 2011) et avec le coping de soumission (Horstmann & Tonigan, 2000), un effet négatif du coping négatif sur l'abstinence et positif sur la consommation d'alcool (Robinson et al., 2011), et un effet positif du coping collaboratif sur l'abstinence (Horstmann & Tonigan, 2000).

Néanmoins, de nombreuses études ont démontré une association positive entre les pratiques privées S/R et la rémission de l'alcool. Or, les pratiques privées peuvent être considérées comme des stratégies de coping. Ces dernières, en renforçant les croyances et en offrant une structure et une stabilité, contribuent à l'apport de sens et peuvent donner un sentiment de contrôle dans des situations imprévisibles (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982). Il a d'ailleurs été démontré que le coping S/R serait très aidant dans des situations de deuil et de maladie grave, c'est-à-dire dans des situations où très peu de contrôle direct est possible (Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999). Les pratiques S/R privées sont ainsi susceptibles de réduire l'incertitude et l'anxiété. Enfin, des auteurs soutiennent que les pratiques privées et les croyances S/R renforcent les réponses alternatives de santé aux stimulus stressants et aversifs (Kelly et al., 2011).

5.6. Autorégulation émotionnelle et contrôle de soi

Des études ont prouvé que la S/R était solidement reliée à la régulation émotionnelle et au contrôle de soi (Aziz & Rehman, 1996; Bergin, Masters, & Richards, 1987; French, Eisenberg, Vaughan, Purwono, & Suryanti, 2008).

Nous pouvons remarquer que les valeurs qu'incarnent les mouvements S/R requièrent une régulation émotionnelle. La recherche a, en effet, mis en évidence que les personnes S/R privilégiaient davantage les valeurs favorisant des relations sociales harmonieuses et conservatrices de l'ordre social (tradition, conformité, sécurité), un dépassement de soi limité (bénévolat) et rejettent davantage l'ouverture au changement et l'autonomie (stimulation et auto-direction), des conduites individualistes d'auto-réalisation (réussite, pouvoir) et hédonistes que les personnes non S/R (Roberts & Robins, 2000; Saroglou, Delpierre, & Dernelle, 2004). Adopter ces valeurs nécessite un contrôle de soi et une régulation émotionnelle.

Il a été montré que chez des personnes ayant intégré des croyances S/R, les concepts S/R étaient activés automatiquement incitant les personnes à vivre en accord avec ces concepts (Wenger, 2004).

Par ailleurs, les rituels S/R comme la prière, la méditation, l'imagerie religieuse et la lecture de texte S/R encouragent la régulation de soi. Des études ont établi que la méditation et la prière avaient un impact sur des régions corticales intervenant dans la régulation de soi (Aftanas & Golosheykin, 2005; Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson, 2007; Guleria, Kumar, Kishan, & Khetrapal, 2013; Newberg, Pourdehnad, Alavi, & d'Aquili, 2003), influençaient les variables attentionnelles (Chan & Woollacott, 2007; Hodgins & Adair, 2010; Jo, Schmidt, Inacker, Markowiak, & Hinterberger, 2016) qui sont fondamentales dans la régulation émotionnelle. D'autres études suggèrent que la lecture de textes S/R pourrait servir des fonctions régulatrices (Wenger, 2004).

Aucune étude, à notre connaissance, n'a étudié un éventuel rôle de la S/R des programmes en 12 étapes dans une régulation des émotions ou un auto-contrôle.

Des études ont néanmoins prouvé que la participation aux AA prédisait une augmentation du contrôle des stimulus (Laffaye et al., 2008). D'autres auteurs ont démontré le rôle de la capacité à résister à l'envie de consommer de l'alcool dans des situations sociales à risque ou face à des affects négatifs dans l'effet de la participation aux AA sur la rémission (Hoepfner et al., 2014; Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2012), situations dans lesquelles nous pouvons faire l'hypothèse de la mise en œuvre d'un auto-contrôle et d'une régulation émotionnelle. Cependant, dans ces études l'éventuelle influence de la S/R n'a pas été étudiée. Des auteurs ont, toutefois, démontré une association entre la S/R et l'expérience moins fréquente de craving (Galanter, 2007).

D'autres auteurs ont souligné que le programme en 12 étapes offrait une interprétation et des techniques permettant de surmonter des sentiments de culpabilité, dégoût de soi ou de honte. Selon Kelly, Magill, et Stout (2009), l'effet désinhibiteur de l'alcool entraîne l'individu dans des conduites s'écartant de ses valeurs et son code moral. Les auteurs ajoutent que ces conduites déviantes lui font répéter encore et encore le scénario de « Mr Hyde et Dr Jekyll » ce qui peut lui occasionner un sentiment profond d'échec moral, d'auto-accusation et de dégoût de soi. Ces sentiments peuvent être renforcés par le reproche de proches. En outre, l'aggravation de l'incapacité à contrôler les quantités d'alcool consommées du fait d'altérations structurelles et fonctionnelles induites par une consommation répétée d'alcool peut renchérir les sentiments négatifs de la personne à son égard. Ainsi, selon ces auteurs, le sentiment de rédemption historiquement et implicitement contenu dans la philosophie des AA pourrait fournir une purification et un apaisement qui amènerait au pardon soi.

5.7. Identité sociale, concept de soi et estime de soi

Au travers une revue de la littérature, Baumeister et Leary (1995) ont établi que l'individu avait besoin d'interactions fréquentes et non aversives, et au sein d'un lien relationnel permanent, car autant les individus sont enthousiastes à créer des liens, autant ils sont réticents à les casser. Leur revue prouve que ce souci d'appartenance façonne la pensée humaine, car les individus interprètent des situations et événements en fonction de leur implication dans des groupes. Par ailleurs, leur revue démontre que les personnes ayant de plus hauts niveaux de motivation à créer de l'intimité ont tendance à connaître davantage de joie et de bien-être subjectif, qui serait le résultat de leur inclination à former et maintenir un réseau amical et d'autres relations riches. En revanche, les auteurs établissent que l'absence de lien sociaux proches est fortement liée à la tristesse et la dépression, et, autrement dit, a des effets néfastes sur la santé, l'adaptation et le bien-être. Le besoin humain

d'appartenance pousse ainsi l'individu à s'affilier et s'identifier à un groupe. Cette identification constitue une identité sociale.

Selon la théorie de l'identité sociale (Tajfel, 2010), les individus cherchent à maintenir une identité sociale positive. Pour cela, ils adhèrent à des groupes connotés positivement. Cette connotation positive est renforcée par une comparaison favorisant l'endogroupe par rapport à l'exogroupe. L'identification au groupe et la différenciation des autres groupes préserve une estime de soi positive et encourage l'amélioration de soi (Tajfel, 2010). En outre, une identité sociale positive renforce le sentiment de bien-être de l'individu, notamment, en réduisant la symptomatologie dépressive (Mossakowski, 2003).

L'estime de soi et le bien-être retirés de l'identité sociale seront d'autant plus importants que l'identification à un groupe offre un statut et un soutien élevés (Tajfel, 2010). Cette identification sociale, qui a des dimensions cognitives, affectives et évaluatives, fait partie du sentiment de soi de l'individu (Roccas, Sagiv, Schwartz, Halevy, & Eidelson, 2008).

Certains groupes sont centraux dans le concept de soi, et peuvent être particulièrement saillant dans des circonstances bouleversantes. L'identité religieuse pourrait être particulièrement importante quand le sentiment de sécurité est entamé (Kinnvall, 2004; Muldoon, Trew, Todd, Rougier, & McLaughlin, 2007).

Les caractéristiques spécifiques de la religion peuvent générer un concept de soi issu de cette identité sociale qui va au-delà de l'adhésion à d'autres groupes (Kinnvall, 2004). La religiosité propose un système de croyances qui constitue une grille d'analyse pour interpréter son expérience et y donner un sens (Park, 2007). La religion comporte aussi des croyances épistémologiques, qui disent ce qui peut ou ne peut pas être connu et des croyances ontologiques, qui délimitent ce qui existe de ce qui n'existe pas. Par loyauté envers leur religion, la plupart des individus tiennent leur religion comme étant celle à suivre, la véritable. Cette comparaison intergroupe positive, ou glorification intra-groupe, (Roccas et al., 2008), renforce une supériorité perçue par rapport aux autres groupes religieux, qui à son tour renforce la centralité de cette appartenance au concept de soi (Haslam, Jetten, Postmes, & Haslam, 2009).

Le système de croyances, les certitudes épistémologiques et ontologiques, ainsi que son caractère permanent et les expériences exaltantes que génère ce groupe social, confère une identité sociale puissante, contribuant fortement au concept de soi.

En ceci, il constitue une ressource psychosociale, puisqu'il peut venir étayer ou participer à la formation ou reconstruction d'une identité personnelle. En outre, le peu d'études qui ont examiné

l'éventuelle relation entre l'identité religieuse et la santé mentale, ont prouvé une réduction de la symptomatologie dépressive (Koteskey, Little, & Matthews, 1991) et des niveaux de bien-être subjectifs plus élevés (Greenfield & Marks, 2007).

Le programme spirituel des AA comporte un système de croyances sur l'alcoolisme : son étiologie, sa gravité et son remède qui lui sont propres. Le programme en 12 étapes offre également une structure pour attribuer du sens à des situations, des relations, des ressentis, des états émotionnels et thymiques et suggèrent des pratiques pour faire face à des situations, des difficultés. Ainsi au travers leur programme S/R, les AA offrent une grille d'interprétation, une méthode et un langage commun. Selon Tonigan, Rynes, et McCrady (2013), la spiritualité des AA constitue donc une doctrine originale et partagée par les membres d'un programme en 12 étapes. Cette spiritualité a donc pour effet de renforcer le sentiment perçu de cohésion et d'identification avec le groupe en 12 étapes. Au même titre que ce qui a été développé pour les religions elle donne une identité sociale forte et participe au concept de soi. La juxtaposition de son identité quasi anonyme à celle du groupe, dans la présentation de soi bien connue, « bonjour, je m'appelle X, et je suis alcoolique » que fait chaque membre de ce groupe, à chaque prise de parole, illustre bien la forte identification sociale au groupe et sa participation au concept de soi.

Cependant, le rôle de la S/R des AA dans la constitution d'une identité sociale a été relativement peu étudiée : Tonigan et Connors (2015) décrivent comment l'adhésion aux AA incite à adopter une identité d'alcoolique, Peteet (1993) défend que la S/R des AA répond, notamment, aux besoins d'identité et d'intégrité de ses membres, enfin Westermeyer (2014) défend que la S/R des AA fait passer l'individu de l'anomie à l'identité personnelle.

5.8. Sentiment de cohérence

Le sentiment de cohérence est un concept élaboré par (Antonovsky, 1979, 1987). Il est une orientation globale qui exprime à quel point l'individu a un sentiment profond, durable, bien que dynamique de confiance dans le fait que les stimulus provenant de son environnement interne et externe sont (1) structurés, prévisibles et explicables ; (2) qu'il dispose de ressources pour répondre aux exigences de ces stimuli ; et (3) ces exigences sont des défis dignes d'investissements et d'engagements. (Antonovsky, 1987, p. 2)

La S/R contribue à donner un sentiment de cohérence, puisqu'elle procure un sentiment de structure (Ladd, 2007), qu'elle donne du sens via un processus d'attribution (Spilka, Shaver, & Kirkpatrick, 1985). Certains l'appréhende même comme étant un schéma (McIntosh, 1995). En outre, elle inculque des techniques, comme la prière, la méditation et autres rituels, pour faire face aux

événements et stimulus de la vie quotidienne. Ces rituels impliquent activement les individus et leur donnent un sentiment de maîtrise personnel et augmentent le sentiment de sécurité.

Comme nous l'avons vu précédemment le programme en 12 étapes offre une structure pour attribuer du sens à la pathologie, mais aussi à des situations, des relations, des états émotionnelles et thymiques et recommande des pratiques pour y faire face. Par ailleurs, nous verrons que le renforcement vicariant qui se produit via le témoignage de personnes, permet aux membres des AA d'anticiper les résultats que pourront lui procurer le travail des étapes. Les 12 promesse des AA sont des exemples de résultats que l'individu peut escompter du travail des 12 étapes. Donc, le programme des 12 étapes explique la pathologie et les phénomènes de la vie quotidienne, recommande des actions, via son programme, promet des résultats, mais pour cela exige le travail de l'alcoolique anonyme.

Aucune étude n'a, à notre connaissance, tenté d'expliquer l'effet de la S/R des AA sur la rémission du trouble de l'usage d'alcool par le sentiment de cohérence qu'elle prodigue.

La recherche a prouvé que la dimension sens du sentiment de cohérence médiatisait l'effet de la S/R sur la santé (Cowlshaw, Niele, Teshuva, Browning, & Kendig, 2013) et que les pratiquants d'une spiritualité disposaient d'un plus grand sentiment de cohérence que les non-pratiquants (Kohls, Walach, & Wirtz, 2009).

5.9. *Affect positifs, optimisme, pardon, espoir, confiance, gratitude*

La S/R encourage des émotions positives (Krause, 2002; Steffen & Masters, 2005), telles que l'espoir, la confiance, l'humilité, la compassion, la sympathie, l'empathie, le pardon et la gratitude (Kendler et al., 2003; Krause, 2006; Krause & Hayward, 2015; Schultz, Tallman, & Altmaier, 2010). Emmons (2005) a, en outre, identifié des émotions en lien avec le sacré : la vénération, l'amour et l'espoir. Des niveaux élevés de S/R sont souvent associés à des affects positifs (Ellison & Fan, 2008; Lewis & Cruise, 2006). Or, la recherche en psychologie a associé les affects positifs avec la santé physique et mentale (Park & Slattery, 2012). Donc l'effet de la S/R sur la santé pourrait être médiatisé par les affects positifs (Fredrickson, 2002; Kendler et al., 2003; Krause & Hayward, 2015; Lawler-Row, 2010). Kelly (2017) avance que l'essence de la spiritualité des AA pourraient être la gratitude, l'espoir, le pardon et la compassion, qualités sur lesquelles se focalisent les AA. Ainsi un mécanisme d'efficacité de la S/R des AA via ces émotions positives pourrait être étudié.

5.10. *Mécanismes physiologiques*

Ce mécanisme se focalise sur la relaxation induite par certaines pratiques S/R.

La recherche a démontré que, par le biais de messagers neuroendocriniens, tels que les catécholamines, la sérotonine et le cortisol, le stress pouvait avoir des effets délétères sur la santé et jouer un rôle dans la survenue de maladies cardiovasculaires (Jiang et al., 1996; Kawano et al., 2000; Munakata, 2018; Patterson et al., 1995; von Känel et al., 2008), de la réduction de la réponse immunitaire (Stone & Bovbjerg, 1994; Uchoa et al., 2014), de maladies inflammatoires (Wirtz & von Känel, 2017) et dans l'augmentation des facteurs de risque (Brindley & Rolland, 1989). Or, il a été démontré que des pratiques S/R, comme la prière, la méditation réduisaient l'activation de l'axe hypophyso-cortico-antérieur et du système nerveux autonome et augmentaient l'activation du système nerveux autonome orthosympathique et, ainsi, généraient une réaction de relaxation qui venait s'opposer au stress et effets délétères sous-jacents aux maladies précédemment énoncées (Elkins, Anchor, & Sandler, 1979; Gordon, Shonin, Dunn, Garcia-Campayo, & Griffiths, 2017; Hulett & Armer, 2016; Moraes, Miranda, Loures, Mainieri, & Mármora, 2018; Tartaro, Luecken, & Gunn, 2005).

5.11. Mécanismes propres à la S/R des AA

Les croyances et pratiques S/R devraient faciliter une restructuration des schémas cognitifs, par l'activation de schémas de rétablissement.

La pratique S/R des 12 étapes est mobilisée dans le contexte spécifique du rétablissement de l'alcoolisme des AA. Ainsi, recourir à des pratiques S/R en dehors du cadre des AA, comme réciter la prière de la sérénité devrait activer un schéma plus général de rétablissement qui à son tour devrait induire un regain motivationnel et un coping comportemental (Kelly et al., 2011).

Par ailleurs, il a été avancé que les pratiques privées et les croyances S/R renforçaient les réponses alternatives de santé aux stimulus stressants et aversifs (Kelly et al., 2011)

La centration sur les pratiques S/R spécifiques aux AA pourrait augmenter la vigilance cognitive et ainsi protéger de la rechute (Kelly et al., 2011). L'aide prodiguée à d'autres membres des AA (Zemore & Kaskutas, 2008) est ainsi associée au maintien de l'abstinence.

5.12. La religion/spiritualité peut aussi nuire à la santé mentale

Selon George et al. (2002) des études psychologiques et psychiatriques ont établi que des participations ou croyances religieuses ont pu être nuisibles. Cependant ces études se baseraient sur des études de cas ou de petits échantillons cliniques. Pour la plupart des individus, la religion a un effet soit neutre soit positif. Les preuves basées sur de grands échantillons selon lesquelles la religion nuirait à la santé sont de deux ordres. Il s'agit tout d'abord de religions qui interdisent le recours aux soins médicaux. George, Ellison, et Larson (2002) citent alors Simpson (1989) pour donner l'exemple, des scientifiques chrétiens qui meurent en moyenne à un âge moins élevé que celui de la population

générale. Enfin, le second type de situation est celle du coping religieux négatif. Comme nous l'avons vu précédemment le coping négatif augmente les symptômes dépressifs et d'anxiété (Koenig, George, & Siegler, 1988; Pargament et al., 1998; Pargament, 1997). Par ailleurs, il a aussi été démontré les personnes ayant des relations négatives avec des membres de leur mouvement S/R avaient tendance à être moins satisfaites de leur santé (Krause & Wulff, 2005).

6. Modérateurs et variables confondantes de la relation entre S/R et la santé physique et mentale

Les chercheurs ont pu isoler des variables modératrices de la relation entre la S/R et la mortalité toutes causes confondues. Il a ainsi été établi, que l'association entre l'assistance à un culte et la baisse de mortalité était plus forte chez les femmes (House, Robbins, & Metzner, 1982; Koenig et al., 1999; Oman et al., 2002). Cet effet plus fort chez les femmes s'explique parce que, d'une part, elles assistent plus fréquemment à un service religieux que les hommes et, d'autre part, parce qu'elles vivent plus longtemps (Levin, Taylor, & Chatters, 1994; Strawbridge et al., 2001).

Il a aussi été constaté que la corrélation négative entre la participation à un service S/R et la dépression était plus forte chez les femmes que chez les hommes (Ellison, Finch, Ryan, & Salinas, 2009).

Il a également été prouvé que les afro-américains assistaient plus souvent à un service religieux et rapportaient de plus haut taux de participation à des activités religieuses que les blancs (Feinstein et al., 2010; Levin et al., 1994).

Par ailleurs, il a été observé que les églises afro-américaines fournissaient davantage de réseau et soutien social et de ressources psychosociales et de coping que les églises des communautés blanches (Levin et al., 1994). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces églises afro-américaines assurent un statut, une intégration et un soutien social, quand les autres voies sont bloquées à cause de la discrimination raciale (Lincoln et Mamiya, 1990).

Il a également été démontré que les personnes plus âgées avaient tendance à être plus religieuses (Chatters & Taylor, 1989; Levin et al., 1994). Néanmoins, certains auteurs n'ont pas trouvé d'influence de l'âge dans la relation de la participation S/R sur la mortalité (House et al., 1982; Hummer et al., 1999; Koenig et al., 1999; Krause, 1998; Musick et al., 2004; Oman et al., 2002; Douglas Oman & Reed, 1998). Toutefois, une interaction significative entre âge et genre a été trouvée, avec une association plus forte de la baisse de la mortalité avec la participation plus fréquente à un service religieux chez les femmes de plus de 70 ans (Oman et al., 2002).

Des auteurs ont constaté que les personnes recourant le moins souvent à des pratiques S/R avaient tendance à être des personnes jeunes et d'origine caucasienne (Hummer et al., 1999).

Le statut socio-économique a dû aussi être contrôlé, car un faible statut socio-économique constitue un risque de mauvaise santé et de mortalité (Lantz et al., 1998), que les prières privées, les croyances doctrinales et expériences religieuses personnelles seraient inversement reliées au statut socio-économiques (Stark & Bainbridge, 1985). Schnall et al. (2010) ont cependant avancé que les personnes en bonne santé et avec un haut revenu étant plus à même de vivre plus longtemps et de participer à des services religieux, il était indispensable de contrôler le statut économique. Powell, Shahabi, et Thoresen (2003) abondent en ce sens et soutiennent que les personnes en bonne santé et avec un plus haut niveau d'études avaient tendance à participer davantage à des services religieux et à vivre plus longtemps.

Enfin le statut marital a aussi été contrôlé dans certaines études, car la stabilité maritale constitue un facteur protecteur de la santé (Powell et al., 2003).

Synthèse du chapitre « la spiritualité dans la recherche en psychologie »

Le concept de spiritualité. Les définitions de la spiritualité sont disparates et se répartissent sur un large spectre allant de celles se recentrant sur son caractère sacré, une dimension transcendante à celles englobant des dimensions relevant également d'approches humanistes, comme une croissance personnelle, sa relation aux autres. Son articulation avec la religion est complexe. La spiritualité a d'abord été confondue avec la religion, puis opposée, pour ensuite être redéfinie, comme entité propre mais moins caricaturale et comportant des recouvrements avec la religion. En addictologie spiritualité et religion restent traitées conjointement au sein d'un concept global R/S ou S/R (Spiritualité/Religiosité). Une définition prédominante considère la spiritualité comme étant la recherche du sacré (Pargament, 1999). La spiritualité se caractérise ainsi par un processus de recherche dirigé vers un but sacré et dont les méthodes peuvent l'être ou non (Hill, et al., 2000). Ces méthodes sont de nature cognitive, expérientielle ou comportementale. La spiritualité consiste ainsi en l'ensemble des sentiments subjectifs, pensées et comportements émanant de la recherche du sacré (Hill, et al., 2000). Les meilleurs prototypes du sacrés sont : un être divin, un objet divin, une Réalité ou une Vérité Ultime tels que les perçoit l'individu (Hill et al., 2000). Le caractère sacré est susceptible d'être élargi à des buts, méthodes, objets qui a priori ne le sont pas, par phénomène de sanctification : pour cela, il suffit que l'individu les investissent d'un tel caractère. Finalement, cette définition, a priori recentrée sur l'essence de la spiritualité, son caractère sacré peut être plus ou moins large en fonction de la perception du sacré de l'individu.

Spiritualité & santé physique et mentale. Les études portent principalement sur un possible lien de la S/R avec la mortalité, le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. La S/R est évaluée de façon hétérogène, sa mesure prédominante est l'assistance à un culte/un service S/R. Un rôle protecteur de la S/R a été mis en évidence : la S/R est associée à une diminution de la mortalité de 10 à 25% et une diminution du risque de survenue d'un trouble psychiatrique (après contrôle des variables socio-démo-économiques et facteurs de risque). La dimension la plus fortement corrélée à la santé physique et mentale est l'assistance à un culte. Les pratiques privées (prière, méditation, lectures S/R), les croyances, la force et soutien tirés de la S/R auraient un effet paradoxal, elles peuvent être suppressives de l'effet de l'assistance à un culte. D'où l'importance de les prendre en compte. Le coping S/R négatif et l'orientation extrinsèque de la S/R se sont avérés corrélés négativement avec la santé. La S/R comme éventuel facteur de rémission ou de ralentissement de la progression de la maladie (physique ou mentale) a été nettement moins étudiée. Les résultats sont moins conclusifs. Les évaluations multidimensionnelles ont davantage tendance à être significatives. La méditation, l'assistance à un service pastoral, l'écoute/la visualisation de sources S/R sont associées à une diminution du stress, de troubles anxieux, dépressifs, et de l'usage d'alcool.

Synthèse du chapitre « la spiritualité dans la recherche en psychologie » (suite)

S/R et TUA.

La S/R est un facteur protecteur du TUA. Son effet possible sur la rémission du TUA a été peu étudiée. L'essentiel des études sur le TUA portent sur des populations de membres d'un programme en 12 étapes ou recevant un traitement de facilitation aux 12 étapes (TSF). La spiritualité a été majoritairement évaluée par l'échelle des antécédents et comportement religieux (RBB, Connors et al. 1996) et l'éventualité de la survenue d'un éveil spirituel, puis de façon moindre par l'échelle de mesure multidimensionnelle de la S/R (BMMSR, Fetzer Institut, 1999) et encore plus marginalement par celle du bien-être spirituel (SWBS, Paloutzian & Ellison, 1982)

Spiritualité initiale et participation aux AA. Les athées et agnostiques ont tendance à moins participer aux AA et à davantage abandonner que les personnes spirituelles ou religieuses.

La participation aux AA a été associée positivement avec la spiritualité, sauf avec le coping religieux de soumission à une PS.

Spiritualité et abstinence d'alcool. Le score à la RBB, les pratiques privées de la BMMRS et le bien-être spirituel (SWBS) ont été associés positivement à l'abstinence. La significativité de la relation du sens et but de la vie, des expériences quotidiennes S/R, du pardon et du coping négatif avec l'abstinence est mitigée. Pris conjointement la transcendance, le sens et but à la vie, la croyance en une mission dans la vie, le caractère sacré de la vie, l'altruisme, l'idéalisme ne sont pas corrélés significativement à l'abstinence. Les résultats sur la relation entre le niveau initial S/R et l'abstinence/consommation alcool sont mitigés.

Médiation de la S/R de l'effet de la participation aux AA sur l'abstinence. La spiritualité médiate 14 à 15% de l'effet direct de la participation aux AA sur l'abstinence. Elle constitue un médiateur nettement moins puissant que les changements dans les réseaux pro/cons abstinence, plus puissant que la régulation des affects négatifs et symptômes dépressifs et peut être équivalent à l'auto-efficacité à maintenir l'abstinence dans des situations sociales en fonction des caractéristiques de l'échantillon considéré.

Principaux arguments plaçant en faveur d'une relation entre S/R des AA et abstinence. L'éventuelle action de la S/R sur l'abstinence pourrait s'expliquer via l'observance des comportements de santé, un soutien S/R particulièrement fort, le coping S/R positif, le sentiment de cohérence, les affects positifs qu'elle peut générer ou encore via des mécanismes physiologiques résultants de l'état de relaxation que pourraient induire la prière et la méditation.

IV - Conceptualisation du rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord, montrer la disparité des réalités que recouvre le terme de rétablissement (« *recovery* ») dans les études sur les addictions, ainsi que le manque de consensus dans les définitions existantes. Puis, en nous appuyant sur notre revue de littérature sur cette thématique et sur notre lecture de textes des AA, nous en proposerons une conceptualisation.

1. Le rétablissement : un concept flou

Le terme *recovery* appliqué aux addictions est très répandu dans le discours nord-américain (Witbrodt, Kaskutas, & Grella, 2015). Selon Borkman, Stunz, et Kaskutas (2016) et Kaskutas et al. (2014), la notion est apparue avec le livre intitulé « *Alcoholics Anonymous: The Story of How Thousands of Men and Women have Recovered from Alcoholism* » (Alcoholics Anonymous, 1939). Le vocable a été traduit en français par celui de « rétablissement ». *Recovery* est devenu un terme à la mode dans les agences gouvernementales américaines (Laudet, 2008). Cependant, il n'existe pas de consensus sur sa définition (Kaskutas et al., 2014; Laudet, 2007; White, 2007; Worley, 2017).

En outre, ce qu'entendent les chercheurs par *recovery* est abscons et le terme disparaît souvent sans explication au profit de celui d'abstinence et est évalué en termes d'abstinence ou de critères diagnostiques (Laudet, 2008).

Nous avons fait ce même constat concernant les études sur la participation aux AA et/ou la spiritualité que nous avons analysées : lorsque le terme *recovery* a été employé, il n'a pas été défini et a été estimé en termes d'abstinence (Galanter, 2013; Hoepfner et al., 2014; Kelly & Greene, 2013; Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2011; Kelly et al., 2013; Murray, Malcarne, & Goggin, 2003; Oakes, 2008; Robinson et al., 2011; Young, 2013; Zemore, 2007; Zemore & Kaskutas, 2004, 2008) et/ou de consommation (Kelly & Greene, 2013; Kelly & Hoepfner, 2013, 2013; Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Kelly et al., 2013; Krentzman, 2013; Robinson et al., 2011).

Dans la recherche sur les addictions le terme de *recovery* est flou, tantôt équivalent à celui d'abstinence et tantôt à celui de rémission.

Des institutions ont cependant tenté de définir le terme et de le spécifier relativement aux substances psychoactives, l'abstinence par le fait de ne consommer aucune drogue et en particulier par le fait de ne boire aucune boisson alcoolisée (WHO, 2016). La sobriété a été distinguée de l'abstinence par sa durée prolongée (WHO, 2016). L'ASAM (American Society of

Addiction Medicine, Société américaine de l'addiction) ajoute à la sobriété comme condition qu'il doit y avoir une recherche manifeste de stabilité dans les aspects biologiques, sociaux, psychologiques et spirituels et biologique de la santé et du bien-être de l'individu qui avaient été compromis par l'addiction (ASAM, 2013). Comme nous l'avons vu ultérieurement, la rémission se caractérise par la résolution des signes et symptômes du trouble de l'usage d'une substance psychoactive (à l'exception du craving). Elle peut être précoce (entre trois et 12 mois) ou prolongée (au-delà d'un an) (APA et al., 2015). L'OMS ne définit pas la rémission, mais définit la rémission spontanée, encore appelée rémission naturelle, par la cessation du mésusage d'alcool ou de drogues, de la dépendance ou des problèmes sans recourir à une thérapie, un traitement ou à un groupe d'entraide (WHO, 2016). Ainsi la rémission ne suppose pas nécessairement une abstinence.

L'OMS définit le rétablissement par le maintien de l'abstinence quels que soient les moyens mis en œuvre. Elle insiste sur son association avec les groupes d'entraides tels que les Alcooliques anonymes ou autres groupes d'entraide en 12 étapes. Selon cette organisation, par rétablissement, ces groupes d'entraide entendraient un processus sur la durée de vie d'atteinte et de maintien de l'abstinence, d'où la qualification de ses membres comme étant en rétablissement et non rétablis. Ainsi, selon les précisions apportées par l'OMS, le rétablissement se distinguerait de l'abstinence par le fait qu'il n'est pas un état ou un aboutissement, mais un processus s'étendant sur la durée de vie.

Cette considération fait écho à l'appréciation de l'addiction comme étant une affection chronique, ponctuée de fréquentes rechutes (Connors, Maisto & Zywkiak, 1996 ; Leshner, 1999), d'où cette nécessité de penser le rétablissement selon un processus dynamique se poursuivant tout au long de la vie, en amont (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992) et après l'arrêt de la consommation (Laudet & White, 2008).

Cependant, cette acception du rétablissement en termes de processus s'étend au-delà de la simple prise en compte du caractère chronique des addictions et désigne davantage un processus développemental se déployant sur plusieurs dimensions.

Ainsi l'association psychiatrique américaine (APA, 2018) associe le rétablissement du trouble de l'usage de substances à celui des troubles mentaux et le considère comme « un processus de changement par lequel les individus améliorent leur santé et leur bien-être, mènent une vie autonome et s'efforcent d'atteindre leur plein potentiel ». Plus spécifiquement, le comité de consensus de l'institut Betty Ford (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007) définit le « rétablissement de la dépendance à une substance [comme étant] un mode de vie maintenu volontairement, caractérisé par la sobriété, la santé personnelle et la citoyenneté ». Cette définition prend en compte le caractère volontaire et maintenu dans le temps mais n'intègre pas la notion de processus. Celle de White (White,

2007, p. 230) n'impose pas une abstinence mais un contrôle du trouble, ajoute une nouvelle dimension celle de sens à la vie, en définissant le rétablissement comme « l'expérience (processus et statut durable) par laquelle les individus, familles et les communautés affectées par de graves problèmes d'alcool et autres drogues (AOD) guérissent les blessures causées par les problèmes liés à l'AOD, gèrent activement leur vulnérabilité persistante liée à ces problèmes et développent des vies saines, productives et ayant un sens ».

De la même façon, la commission britannique de politique en matière de drogue (UK Drug Policy Commission, 2008) définit le rétablissement comme un processus contrôlé, volontaire et soutenu qui maximise la santé, le bien-être et la participation aux droits, rôles et responsabilités de la société et considère trois stades de rétablissement basés sur la durée d'abstinence : la sobriété récente (inférieure à un an), la sobriété soutenue (entre un et cinq ans) et la sobriété stable (au moins égale à cinq ans). Dans cette lignée, (Laudet, 2007) a distingué quatre stades (moins de 6 mois d'abstinence, entre 6 et 18 mois, entre 18 et 36 mois, plus de 36 mois) et repéré des comportements de rétablissement principalement focalisés sur l'arrêt de la consommation à des stades plus récents, mais nettement plus proactifs et productifs dans les phases plus anciennes.

Ainsi, au-delà de l'obtention et du maintien d'une abstinence ou d'une rémission soutenue le rétablissement est un processus développemental concernant la santé physique, mentale et l'intégration dans la société, et, en fonction des auteurs, le développement de son potentiel et la recherche d'un sens à la vie.

2. Capital rétablissement

Des auteurs ont pensé le rétablissement en termes de capital (Cloud & Granfield, 2008; Duffy & Baldwin, 2013; Laudet & White, 2008), c'est-à-dire en termes de quantité et de qualité des ressources externes et internes qui permettent à un individu de supporter, initier et maintenir un rétablissement d'une addiction (Laudet & White, 2008). Quatre types de capital de rétablissement ont été identifiés : le capital social, physique, humain et culturel.

« Le capital social peut être considéré comme l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations, plus ou moins institutionnalisées, d'interconnaissance et d'interreconnaissance (Bourdieu & Wacquant, 1992 cités par Cloud & Granfield, 2008/1973).

Le capital physique fait référence au capital financier et économique et comprend les revenus, l'épargne, les biens immobiliers, les investissements et autres actifs tangibles.

Le capital humain est composé d'attributs individuels, tels que les connaissances, aptitudes, diplômes d'études, l'employabilité, la santé physique et mentale et autres traits acquis et hérédités, qui permettent à la personne de fonctionner efficacement dans la société. Le capital culturel comprend les normes culturelles, c'est-à-dire les valeurs, croyances, dispositions, perceptions, et appréciations inhérentes à l'appartenance à un groupe, et la capacité de l'individu à agir selon ces normes à fin de satisfaire ses besoins fondamentaux et maximiser ses opportunités. (Cloud & Granfield, 2008)

Dans leur étude, Laudet, Morgen, et White (2006) (N=353, personnes de minorités ethniques et de quartiers défavorisés en rétablissement d'une addiction au crack) ont identifié comme capital de rétablissement le soutien social, la spiritualité et la religiosité et l'appartenance à un groupe en 12 étapes, qui par leur effet tampon sur le stress contribuent à expliquer 22% de la variance du bien-être. Par ailleurs, Duffy et Baldwin (2013) ont, dans leur étude qualitative (N=45), en plus du soutien social, mis en évidence comme capital de rétablissement l'attribution de logements thérapeutiques, car ils fournissent une capacité à vivre de façon autonome et une stabilité des ressources financières et de la santé.

Un capital négatif de rétablissement a également été mis en exergue. Ainsi, plus une personne a commencé tôt dans sa vie à consommer régulièrement des substances psychoactives plus elle est à risque de développer une addiction. Le fait d'être une femme constitue un capital soit positif ou négatif : les tabous socioculturels et la stigmatisation des femmes présentant un trouble de l'usage de substances peut constituer un facteur aggravant mais aussi être une incitation majeure à y faire face. La santé comporte aussi un caractère ambivalent dans la constitution du capital de rétablissement (Cloud & Granfield, 2008). Enfin, Duffy et Baldwin (2013) ont établi que les relations familiales et la volonté de maintenir un capital physique et social peuvent continuer un capital négatif s'ils deviennent des stressors en exigeant des efforts dépassant les ressources de l'individu. C'est pourquoi, ils recommandent qu'en début de rétablissement les projets de réintégration se limitent à des communautés de rétablissement et de soins.

3. Des études sur la perception du rétablissement par les intéressés

La notion de rétablissement est en construction. Nous avons vu que le terme est utilisé dans la quasi-totalité des études qui le mentionne comme équivalent de l'abstinence ou de la rémission. Toutefois quelques études et institutions ont singularisé la notion et lui ont attribué un sens plus global et dynamique qui évalue le processus développemental d'un individu en rémission d'un trouble de

l'usage d'une substance psychoactive, en s'intéressant, pour l'essentiel, à l'évolution de sa santé mentale et physique et à son intégration sociale.

Finalement, cette conceptualisation cherche à appréhender ce que l'individu lui-même entend par « se rétablir d'une addiction ».

Le projet « Qu'est-ce que le rétablissement », WIR (*What Is Recovery*) est celui qui a généré le plus d'études en la matière : Borkman, Stunz, et Kaskutas, 2016; Kaskutas et al., 2014; Kaskutas et Ritter, 2015; Subbaraman et Witbrodt, 2014; Witbrodt et al., 2015. Ce projet s'est déroulé sur plusieurs phases, sur des échantillons de personnes s'identifiant comme étant en rétablissement ou ayant eu et n'ayant plus de problèmes d'alcool ou de drogues, de tailles différentes et a recouru à diverses méthodes (entretiens, analyses quantitatives sur 167 éléments de rétablissement du WHOQOL, revues de littérature et sites web). Le projet a permis d'identifier 47 éléments de rétablissement (Kaskutas et al., 2014; Witbrodt et al., 2015). A notre sens, ces éléments peuvent être regroupés selon huit catégories : la rémission ou maintien de l'abstinence (10 items), le coping (situations, émotions, et résolution de problèmes : 5 items), les aptitudes et qualités personnelles (honnêteté, estime de soi, fiabilité, locus de contrôle interne, reconnaissance : 5 items), l'intégration sociale (relations saines, soutien sociale, contribution sociale : 5 items), un changement dans les cognitions (perception de soi, cohérence avec pensées et valeurs, attribution de sens, décentration : 5 items), la santé (physique, mentale, satisfaction de la vie, style de vie : 6 items), processus de croissance et développement (développement et croissance, développement des ressources internes, processus continu : 4 items), et la spiritualité/religion (connexion, soutien : 4 items).

Parmi les éléments identifiés, 90% des participants ont validé les six éléments suivants : être honnête avec soi-même, gérer des émotions négatives sans consommer de drogue ni d'alcool, être capable de profiter de la vie sans boire ni consommer de drogue comme auparavant, vivre un processus de croissance et de développement, réagir aux hauts et aux bas de la vie de manière plus équilibrée que par le passé et assumer la responsabilité de ce que je peux changer (Kaskutas et al., 2014).

Par ailleurs, dans son étude qualitative (N=289), dans laquelle était demandé de définir le rétablissement, (Laudet, 2007) a établi que les éléments les plus souvent cités étaient : des éléments en lien avec la consommation de substances (44% des participants, avec 40% pour l'abstinence et 4% pour une consommation contrôlée), la perception du rétablissement comme une nouvelle vie (22%), le bien-être (13%), un processus de travail sur soi (11%), l'acceptation de ce qui peut survenir (10%), l'amélioration de soi (9%), apprendre à vivre sans drogue (8%), la reconnaissance du problème (5%), et l'obtention d'aide (5%).

Donc y figurent majoritairement des éléments en lien avec une abstinence, mais aussi des éléments de résilience (nouvelle vie, acceptation, apprendre à vivre sans drogue, soit 40%), de développement personnel et de bien-être).

Dans leur étude qualitative sur des membres NA depuis au moins 10 ans (N=21), DeLucia, Bergman, Formoso, et Weinberg (2015) ont repéré trois types d'éléments du rétablissement : des éléments personnels (volonté, espoir, responsabilité, persévérance, engagement dans le changement), du programme des 12 étapes (réunion, parrainage, travail des étapes, service), de fraternité (cultiver l'espoir, l'interconnexion, l'amusement dans le rétablissement).

Par ailleurs, Gonzales, Hernandez, Douglas, et Yu (2015) ont réalisé une analyse factorielle à partir des réponses à l'échelle d'évaluation du rétablissement (RAS, Recovery Assessment Scale) de (Giffort, Schmook, Woody, Vollendorf, & Gervain (1995) de 80 jeunes (Ages moyen = 20,5 ans, SD = 3.5) ayant présenté un trouble de l'usage de substances psychoactives. Ils ont pu isoler quatre facteurs : la détermination personnelle, des aptitudes au rétablissement (identification des stimulus déclenchant une consommation de substances et signes d'une maladie, une capacité à demander une aide appropriée et à apprendre de ses erreurs), un auto-contrôle du rétablissement (méthode propre, capacité, cognitions aidantes pour rester en bonne santé), le soutien social et dépassement du rétablissement (soutien social, persévérance, acteur de son développement, style de vie sain).

Enfin, dans une analyse phénoménologique interprétative (IPA, Interpretative Phenomenological Analysis), Gubi et Marsden-Hughes (2013) ont mis en exergue la compréhension qu'avaient huit membres des AA depuis 8 à 48 ans du rétablissement. Ils ont ainsi établi que le rétablissement consistait, selon eux, en un développement personnel qui leur permettait d'être sobre et rester abstinent. Le socle sur lequel repose ce développement personnel en est les 12 étapes qui constituent un soutien moral, éthique et philosophique de la sobriété.

De leur IPA, il ressort que le maintien du rétablissement dépendait de l'assimilation que l'alcoolisme était une maladie incurable où la fraternité des AA en était le seul sursis. Leur analyse a aussi établi que ce rétablissement était atteignable grâce à l'abstinence, le partage d'expériences avec les autres, le développement d'amitiés au sein des AA profondes, intimes, nourrissantes et durables et grâce au ressourcement que procurent les réunions AA. De leur IPA se détache également que le rétablissement était un processus quotidien qui requérait patience et exigence, qu'il générerait un sentiment de confiance, gratitude, réconfort, d'apaisement, et acceptation de soi, un libre arbitre et ne nécessitait pas une compréhension de l'étiologie de l'alcoolisme, mais de l'action, un équilibre et par-dessus tout, une réflexion quotidienne, la prière, la méditation, une autoévaluation, une vigilance et une discipline quotidienne du fait de la chronicité de la maladie et le risque élevé de rechute et

enfin un engagement dans le service au sein des AA. Pour cela, l'individu avait besoin de développer sa spiritualité, c'est-à-dire une croyance en une déité bénigne et indéterminée, une aptitude à la gratitude, l'honnêteté et l'intégrité. Le rétablissement devait s'inscrire dans la société afin que l'individu y devienne un membre utile.

Cette synthèse extraite de l'IPA des auteurs, fait en un sens écho à ce que nous avons relevé des publications des AA (Cf. Chap. II de cette partie, §6).

Nous avons en effet dégagé que les éléments contribuant au rétablissement étaient : le développement d'une relation de qualité avec un Dieu/Puissance supérieure, le travail des 12 étapes, la décentration de soi, l'altruisme, l'aide prodiguée à d'autres alcooliques, l'autoévaluation, la réparation des dommages causés, la résolution de conflits, la prière et la méditation. Enfin, nous avons identifié que les résultats escomptés dans le rétablissement étaient : l'inscription dans un processus de croissance, la liberté, le bonheur, l'acceptation du passé, la sérénité, un sentiment d'utilité, la résolution de la peur des autres et de l'insécurité financière, la capacité à gérer les situations, un sentiment de gratitude et des qualités personnelles telles que la tolérance, la patience, et la bonne volonté.

4. Mesures du rétablissement

Le rétablissement tel que nous l'avons décrit au paragraphe précédent peut se résumer en un processus visant l'amélioration de la santé, au sens spécifié par l'OMS, à savoir « un état de complet de bien-être physique, mental et social » et comme « ne consist[ant] pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948, p. 100). Afin de pouvoir apprécier la qualité de cette santé, l'OMS a développé le concept de Qualité De Vie (QDV) et un outil pouvant la mesure, le WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life).

Ainsi, une des évaluations possibles du rétablissement pourrait être une mesure de la Qualité De la Vie (QDV).

Rappelons à cet effet, que les auteurs de la psychologie de la santé et du domaine médical reconnaissent aujourd'hui que la notion de qualité de vie (QDV) est un ensemble complexe comptant entre trois et six dimensions, au travers desquelles nous pouvons retrouver quatre catégories essentielles : le bien-être physique, le bien-être psychologique, les relations sociales et enfin le bien-être matériel.

Le bien-être physique comprend à la fois la notion de santé physique (énergie, vitalité, sommeil, repos, douleurs, symptômes et autres indicateurs biologiques) ainsi que celle de capacités

fonctionnelles (c'est-à-dire le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes réalisables et la relative autonomie/dépendance).

La catégorie bien-être psychologique inclut les émotions et états affectifs positifs et éventuellement l'absence d'affects négatifs comme l'anxiété, la dépression. La délimitation de cette catégorie varie en fonction des auteurs et peut englober le développement personnel ou la réalisation de soi (créativité, sens donné à la vie, morale, vie spirituelle, compréhension du monde). Sa démarcation avec le bien-être physique n'est pas consensuelle : les compétences et performances neuropsychologiques, cognitives et psychomotrices sont soit recensées dans le bien-être physique, soit dans le bien-être psychologique en fonction des auteurs.

La catégorie relations sociales s'intéresse à la vie sociale (en opposition à l'isolement ou au retrait) dans les sphères familiale, amoureuse, amicale, professionnelle et citoyenne. Y sont évaluées la participation à des activités sociales et le réseau social, d'un point de vue quantitatif (composition, densité, dispersion géographique, fréquence des contacts, intensité des liens, ancrage social dans la communauté) et qualitatif (le soutien social perçu, authenticité, soutien émotionnel, instrumental, informationnel, socialisant...etc.).

Enfin, la catégorie bien-être matériel évalue le statut socio-économique, la sûreté, la sécurité, l'environnement, l'habitat, le mode de transport... etc.

Certains auteurs incluent dans la QDV la dimension de bonheur, c'est-à-dire la disposition personnelle relativement stable consistant à éprouver fréquemment des états émotionnels, à être globalement satisfait de sa vie et à n'éprouver que rarement des affects négatifs.

5. Le rétablissement, un processus de résilience ?

Au cours de notre analyse des études qualitatives présentées et de la littérature des AA, nous avons établi que le rétablissement consistait en un processus développemental qui se caractérisait par un apprentissage d'un nouveau mode de vie ou une renaissance (« une nouvelle vie », Laudet, 2008) et une amélioration de soi, et qu'il était accessible grâce à un développement spirituel qui procurait les ressources internes et externes indispensables à l'amélioration de la santé.

Ainsi, il s'agit pour l'individu membre des AA, après l'effondrement que lui a occasionné son trouble de l'usage d'alcool, et vraisemblablement un traumatisme premier qui aurait précipité ce trouble (Didier, 2003), d'expérimenter un néo-développement, celui du développement spirituel, en vue de braver la menace d'une rechute toujours imminente et d'accroître sa qualité de vie. Autrement dit, il s'agit, pour l'individu, suite à un processus de résistance et éventuellement de désilience, selon

la conceptualisation de Pourtois, Humbeeck, et Desmet (2011), qui s'est achevé par son effondrement psychique, de rebondir et d'expérimenter une résilience.

Rappelons à ce propos, que la résilience peut être définie comme « un processus à partir duquel une personne manifeste sa capacité à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'éléments déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères et/ou répétés ou encore comme le mécanisme illustrant la reprise d'un développement après un effondrement » (Pourtois, Humbeeck, & Desmet, 2012, p. 7) ou encore comme la « capacité de ceux qui sont exposés à des facteurs de risque identifiables à surmonter ces risques et d'éviter des conséquences négatives telles que la délinquance et des problèmes de comportement, une inadaptation psychologique, des difficultés scolaires et des complications physiques » (Rak & Patterson, 1996, p 368).

Le programme des AA ne viserait alors pas un simple « retour à une ligne de base », et donc « un recouvrement », mais un épanouissement psychique (Ionescu, 2011, p. 7). Pourrait-il de ce fait être appréhendé comme un programme de « résilience assistée » (Ionescu, 2011) et le rétablissement en termes de processus de résilience ? La description du rétablissement que nous avons extraite des publications des AA soutient cette compréhension.

Synthèse de notre analyse du concept de rétablissement

Nous avons vu que le **rétablissement** était **une notion complexe, multidimensionnelle et dynamique**, que la **durée** du maintien **de l'abstinence** (ou des critères de rémission) était **un indicateur du stade de rétablissement** atteint, mais ne représentait qu'un estimateur parmi d'autres. En effet, nous avons constaté que le rétablissement visait à ce que l'individu addict devienne un individu maintenant son abstinence dans le temps, prenant soin de sa santé mentale et physique, et assumant son rôle et ses responsabilités de citoyen. Ainsi perçu, le **rétablissement s'apparente à la définition de la santé de l'OMS** et devrait pouvoir être évalué par la qualité de vie.

Nous avons en outre établi que la qualité et la **durabilité du rétablissement** dépendaient des **ressources externes et internes** de l'individu, également désignées **capital de rétablissement**. Des études et la littérature des AA ont déterminé que ces ressources étaient : le soutien social, l'appartenance à une communauté des 12 étapes, le développement d'une spiritualité, des comportements prosociaux et une intégration sociale, une disposition à la gratitude, la persévérance, l'auto-contrôle et la détermination.

Dans notre recherche nous privilégierons une de ces ressources, la spiritualité et nous nous intéresserons à un moyen pour développer cette ressource : la participation à un programme spirituel d'entraide en 12 étapes.

Nous considérons que **le développement spirituel** consiste, pour l'individu, **en un engagement dans un nouveau processus développemental après avoir expérimenté une désilience ou une résistance pendant la présence du trouble de l'usage d'alcool**. Il s'agit donc pour l'individu d'enclencher un processus de résilience au travers un développement spirituel.

L'augmentation de ressources au travers un **développement spirituel** est **susceptible d'engager l'individu** présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives **dans une résilience et d'améliorer sa qualité de vie**. Le **programme spirituel de rétablissement en 12 étapes** des AA pourrait ainsi constituer **un programme de résilience assistée**.

Les éléments mis en exergue tout au long de cette partie théorique vont nous permettre de proposer un modèle heuristique et compréhensif des possibles mécanismes d'efficacité de la spiritualité des programmes en 12 étapes.

V - Addiction, spiritualité et rétablissement : hypothèses explicatives de leurs possibles interrelations au sein d'un groupe d'entraide en 12 étapes, les Alcooliques anonymes

1. Facteurs favorisant adhésion aux AA

Nous avons constaté, à partir des données publiées, que les personnes se désignant comme athées ou agnostiques étaient moins enclines à participer aux AA que celles se désignant comme spirituelles ou religieuses (Tonigan et al., 2002). Il a également été prouvé que les individus participant aux AA avaient tendance à être de type caucasien, avoir des niveaux d'étude élevés, des expériences antérieures de groupes d'entraide et présenter un trouble grave de l'usage d'alcool (Kelly et al., 2006). Il a aussi été démontré que les personnes ayant été familiarisées avec l'approche des AA étaient davantage disposées à participer aux AA (Walitzer et al., 2009). La sévérité de comorbidités psychiatriques, le genre (Witbrodt, Mertens, et al., 2012) et la motivation au changement peuvent affecter la détermination à participer aux AA (Humphreys et al., 2014).

Ainsi il apparaît que le niveau spirituel, des caractéristiques bio-psycho sociales (genre, comorbidités, gravité du trouble de l'usage de substances, niveau d'étude, ethnie) et la motivation au changement peuvent influencer la participation aux AA.

En plus de ces facteurs propres à l'individu, des facteurs externes peuvent encourager la participation d'une personne. Parmi ces facteurs, nous dénotons, les comportements appris par les anciens membres qui visent à favoriser l'adhésion de membres potentiels.

Ces attitudes comprennent l'empathie (Alcoholics Anonymous, 2003; Galanter, 2013; Gubi & Marsden-Hughes, 2013), l'écoute, une considération positive inconditionnelle (Gubi & Marsden-Hughes, 2013), des comportements prosociaux (Galanter, 2013), une relation de coopération, et une synchronie (Alcoholics Anonymous, 2003).

En outre, la fourniture d'un cadre (durée, lieu et responsables de la réunion stables) avec des rituels (lectures, prière de la sérénité, façon de se présenter) et des règles (consommation de drogues/alcool et détention proscrites, portables en mode veille, pas d'interruption de la parole) peuvent contribuer à donner un sentiment d'ordre et être des incitateurs pour des personnes qui ont pu vivre une vie chaotique à cause de leur consommation d'alcool.

L'identification, principe de base des groupes d'entraide (Magura et al., 2003), renforce l'adhésion.

Enfin une autre qualité essentielle pour faciliter l'adhésion dont font preuve les membres des AA est celle du sens de l'accueil : une attention et une place particulière est réservée au nouvel arrivant pendant la réunion. En fin de réunion, des membres plus anciens se chargeront de lui fournir des informations, l'écouter, et éventuellement si l'occasion s'y prête lui parleront de leur expérience.

Nous avons vu qu'il existe des facteurs internes et externes qui favorisent l'adhésion aux AA. Nous allons maintenant exposer les facteurs qui incitent l'individu à dépasser une simple utilisation des bienfaits d'un groupe d'entraide et le motivent à apprendre et mettre en œuvre le programme spirituel en 12 étapes.

2. Apprentissage et application du programme spirituel en 12 étapes : les facteurs incitatifs

Notre explication découle d'une combinaison des théories de l'action planifiée (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1997) et de l'apprentissage social (Bandura, 1969, 1986, 1994, 2003)

Répondre à cette interrogation exige tout d'abord de réfléchir sur ce qui suscite l'adhésion au discours spirituel des AA.

La sensibilisation du nouvel arrivant au discours des AA se fait en tout premier lieu au travers des réunions. Celles-ci se caractérisent par le témoignage de participants sur une thématique en lien avec le programme en 12 étapes, choisie par les serviteurs de la réunion. Ces partages donnent à voir au nouvel arrivant l'expérience d'une souffrance et un parcours de vie affecté par le trouble de l'usage d'alcool plus ou moins similaire au sien. La multiplicité des participants permettra au participant d'entendre des personnes présentant des caractéristiques personnelles (âge, genre, statut social et familial, etc.) et ayant rencontré des difficultés similaires aux siennes, assurant par là une forte identification.

Ces narrations à la première personne sont l'occasion d'interpréter des événements de vie au travers l'idéologie spirituelle des AA ainsi que les résultats obtenus par la mise en œuvre du programme spirituel. Par ailleurs, ces révélations de soi font ressortir l'expertise de participants par son assimilation du discours des AA, son aptitude à appliquer la méthode spirituelle des AA, la longueur de son temps d'abstinence et son apparente bonne santé. Ces attributs lui confèrent un respect et un statut élevé au sein de la fraternité des AA. Ainsi, les similitudes avec l'écouter, les compétences, le respect et le crédit de l'orateur font de lui un modèle attrayant (Bandura, 1986).

Le dispositif des AA se prête à un apprentissage social du programme spirituel, comme nous allons l'exposer.

Par ailleurs, des auteurs ont soutenu que l'apprentissage par modeling était applicable à la transmission de valeurs, systèmes de pensées, pratiques et styles de vie spirituels (Bandura, 2003; Oman & Thoresen, 2003a, 2003b; Silberman, 2003; Williamson & Hood, 2015) grâce à des modèles soit exaltés (Mère Thérèse, le Pape, etc.) soit de la vie quotidienne. Alors que les modèles exaltés motivent des idéaux les plus hauts, ceux de la vie quotidienne illustrent les pratiques et comportements spirituels supposés nécessaires à une vie réussie (Oman & Thoresen, 2003a).

L'apprentissage social se singularise, d'une part, par sa puissance bien supérieure à celui par essais-erreurs, et, d'autre part, par le fait d'être bien plus qu'une simple imitation. L'observation de modèles permet, en effet, à l'individu d'extraire les principes et standards dans les pensées et actions du modèle (Bandura, 1999). L'apprentissage sociale spirituel décrit ainsi la fonction cognitive de l'acquisition d'un système de significations spirituelles comme grille d'analyse de la réalité (Silberman, 2003).

Cet apprentissage repose sur la symbolisation. Celle-ci va alors orchestrer la transformation d'expériences virtuelles en modèles cognitifs qui guideront le raisonnement et l'action. La symbolisation fournit ainsi structure, sens et continuité. En outre la représentation présente d'événements futurs constitue des motivateurs et régulateurs du comportement. L'individu est ainsi incité à modifier ses standards personnels et développer des capacités d'auto-évaluations, des exigences personnelles et des auto-sanctions. Ces standards personnels sont des motivations par l'autosatisfaction et l'estime de soi qu'ils peuvent induire et des garde-fous pour éviter les auto-sanctions (Bandura, 1999).

Ainsi, l'auto-régulation du comportement et la perception de son efficacité en fonction des réactions anticipées et des normes internalisées constituent un auto-renforcement, en ceci qu'il constitue une motivation à l'apprentissage. La motivation peut également être accentuée par un renforcement vicariant, qui consiste en ce que « voir des personnes dans des circonstances similaires réussir grâce à la persévérance de leurs efforts devant la difficulté augmente la croyance des observateurs en leur capacité [...] à changer leur vie pour un mieux » (Bandura, 2003, p. 171). La motivation peut également être fortifiée par un renforcement externe.

Donc, dans le contexte des AA, l'observation de modèles de rétablissement permet à l'individu d'extraire les éléments du programme spirituel et de les intégrer dans un modèle cognitif de rétablissement.

Ceci fait écho aux considérations de Galanter (2013) qui, en remarquant que l'empathie, la mentalisation et la mémoire autobiographique activaient les mêmes zones cérébrales, émet l'hypothèse qu'une exposition répétée aux perspectives des AA, validées par à des récits autobiographiques pouvait induire une intégration consciente ou non des éléments du discours dans un schéma de rétablissement.

Nous avons également vu précédemment que les qualités de certains participants faisaient d'eux des modèles d'apprentissage attrayant.

L'acquisition de ces éléments permettra à l'individu de modifier ses standards pour intégrer les normes des AA. Sa capacité à autoréguler son comportement en fonction des normes spirituelles des AA constituera alors un auto-renforcement, qui renchérira son sentiment d'auto-efficacité sa motivation à l'apprentissage du programme spirituel.

Nous avons également exposé que le discours de ces modèles illustre une interprétation de leurs expériences de vie au travers la grille d'analyse du programme spirituel ainsi que les pratiques spirituelles mises en œuvre pour faire face aux difficultés du quotidien, et donc orchestre un renforcement vicariant. Ce dernier aura aussi pour conséquence d'améliorer le sentiment d'auto-efficacité de l'observateur étant donnée son identification au modèle. Enfin, les applaudissements, les distributions de médailles, la reconnaissance et autres encouragements constituent des renforcements externes de la motivation à l'apprentissage et au sentiment d'auto-efficacité.

Donc, nous avons établi que le dispositif des AA permettait un apprentissage social de son programme spirituel. Nous allons maintenant voir que d'autres mécanismes contribuent également à cette envie d'apprendre et appliquer le programme spirituel.

Selon la théorie de l'action planifiée de Ajzen et Fishbein (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein, 1997), l'intention d'adopter un comportement, c'est-à-dire, ici, apprendre et appliquer le programme spirituel des AA, est prédite par trois facteurs : l'attitude générale vis-à-vis de ce comportement, des normes subjectives et du contrôle perçu.

A son tour, l'attitude vis-à-vis du comportement dépend de l'évaluation du comportement et des croyances relatives à ses conséquences. Quant aux normes subjectives, elles dépendent d'une part des normes sociales, c'est-à-dire de la pression externe incitant l'individu à initier le comportement, et d'autre part de l'adhésion de l'individu à ses normes. Enfin, précisons que le contrôle comportemental perçu est la croyance en sa capacité à réaliser un comportement.

Au travers de notre analyse des publications des AA (Alcoholics Anonymous, 1981, 2003), nous avons observé que les croyances développées par le programme des AA sont que l'alcoolisme est une maladie mortelle et incurable. En outre, nous avons constaté un sentiment de vulnérabilité extrême de l'individu, puisqu'il est convaincu que ses connaissances, sa volonté et les traitements humains sont inefficaces. Les AA soutiennent également que l'étiologie de l'alcoolisme en est un vide spirituel (Alcoholics Anonymous, 2003; Chen, 2010), d'où leur conclusion que le remède doit être un développement spirituel.

Les apports du développement spirituel transparaissant dans le livre de référence des AA (Alcoholics Anonymous, 2003) sont, pour l'essentiel : la résolution de la problématique alcoolique, la disparition du craving, disparition de l'anxiété, confiance en sa capacité à faire face aux situations de la vie, le bonheur, la sérénité, la créativité, un sens à la vie, un réseau durable d'amis, une identité sociale, une amélioration de l'estime de soi. Cependant, l'obtention de ses résultats exige un travail continu du programme et une vigilance quotidienne.

Nous avons vu précédemment que les anciens membres incarnaient des qualités les érigeant en modèles. Par ailleurs des phénomènes neurobiologiques pourraient soutenir l'argument selon lequel des éléments du programme sont intégrés consciemment ou non au travers une exposition répétée de narrations autobiographiques les incarnant.

En outre, l'identification de l'individu à la souffrance et au sentiment d'impuissance vécus par d'anciens membres pourrait inciter à essayer un remède tenu pour miraculeux, et donc favoriser une adhésion à l'ensemble du discours des AA.

Cette hypothèse semble conforter le fait que les personnes présentant un trouble grave de l'usage d'alcool sont plus enclines à participer aux AA (Kelly et al., 2006; Witbrodt, Kaskutas, Bond, & Delucchi, 2012) et à adhérer à la spiritualité de leur programme (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011) que celles présentant un trouble léger.

Enfin, il a été démontré que l'appartenance à un groupe façonnait la pensée d'un individu (Baumeister & Leary, 1995) et contribuait à la construction d'une identité sociale (Tajfel, 2010).

Aussi, nous apparaît-il qu'un individu maintenant sa participation aux AA, en s'affiliant aux AA, ils s'affiliaient également sciemment ou non au discours des AA et devenait convaincu de la dangerosité mortelle, l'incurabilité et l'étiologie spirituelle de l'alcoolisme, son impuissance face à cette maladie, et que le seul remède en était un développement spirituel.

Selon ce même argumentaire et au travers des éléments exposés lors de notre application de l'apprentissage social au contexte des AA, nous considérons que l'individu participant aux AA adhère

aux normes sociales, à savoir le maintien de l'abstinence, l'application des 12 étapes et le respect des 12 traditions.

Enfin, l'auto-contrôle comportemental perçu fait appel aux mêmes mécanismes que l'auto-renforcement que nous venons d'exposer

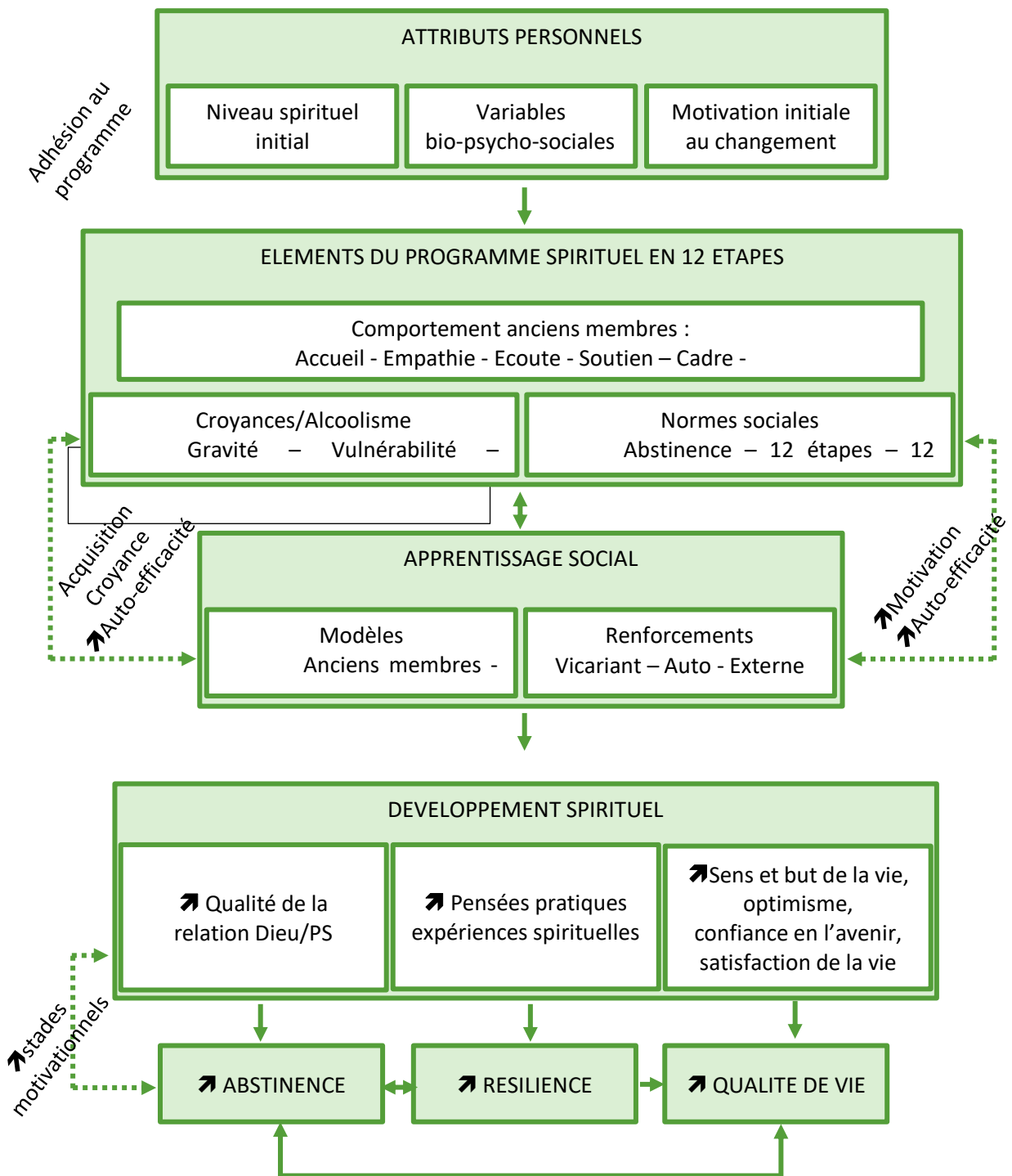
Ainsi, de l'adhésion de l'individu aux croyances et normes développées par les AA associé à son sentiment d'auto-efficacité devrait découler une intention suivie d'une adoption comportementale effective, à savoir l'apprentissage et l'application d'un programme spirituel.

Cet apprentissage devrait induire un développement spirituel, qui devrait s'illustrer par une perception de soi comme étant spirituel ou religieux, une relation de qualité avec un Dieu ou une Puissance supérieure, une augmentation des pensées en rapport avec Dieu/une PS, des expériences de la présence d'un Dieu ou d'une Puissance supérieure et des pratiques spirituelles (méditation, prière, examen de soi, comportements prosociaux).

Comme nous l'avons vu précédemment ce développement spirituel devrait induire de meilleures résiliences et qualités de vie.

Nous avons résumé cette compréhension dans le schéma suivant (Fig. 3), issu du modèle de Hiernaux et Varescon (2016).

Figure 3. Modèle des mécanismes d'efficacité de la spiritualité des groupes d'entraide en 12 étapes



Notre compréhension de la spiritualité des AA et notre conceptualisation de la notion de rétablissement, ouvre sur le questionnement suivant : Le développement spirituel, tel qu'il est préconisé dans le programme en 12 étapes des AA, favorise-t-il un processus de rétablissement de l'alcoolisme ? Si tel est le cas, quels en sont les facteurs ? Nous allons, dans la prochaine partie, présenter le protocole de recherche visant à répondre à ces questions.

Partie II :
MÉTHODOLOGIE

Aider la personne présentant un trouble de l'usage d'alcool à s'inscrire dans un processus de résilience et accéder à une meilleure qualité de vie, en dépassant une simple rémission de son trouble, constitue un véritable défi pour le clinicien.

Par son programme spirituel de rétablissement en 12 étapes, les Alcooliques Anonymes (AA) semblent engager leurs membres sur cette voie. Comme nous l'avons vu dans la première partie, des études qualitatives et quantitatives ont soutenu une conception du rétablissement s'étendant au-delà d'une abstinence d'alcool, et une appréciation du rétablissement avec des indicateurs positifs et non uniquement en fonction de la régression d'une symptomatologie. A notre connaissance, aucune étude n'a tenté de l'estimer en termes de résilience et une seule comme l'amélioration de la satisfaction de la vie (Laudet & White, 2008). Ainsi, en évaluant le rétablissement par une augmentation de la résilience et de la qualité de vie, cette étude, tout en se situant dans le prolongement de ces recherches et réflexions, est novatrice. Une seconde originalité de l'étude est de tester une possible prédiction de la résilience et la qualité de vie par la spiritualité des AA. Enfin, l'étude décrira une population de membres des AA, qui restent encore très peu connus en France, malgré leur effectif important.

Le protocole de cette étude va être exposé dans cette partie. Le premier chapitre en présentera les objectifs, la problématique et les hypothèses. Le deuxième chapitre concernera la population de l'étude et y seront précisés les critères d'inclusion et la procédure de recrutement. Un troisième chapitre sera consacré à l'éthique et la déontologie, spécifiques à cette étude. Les outils seront alors décrits dans un quatrième chapitre. Enfin, dans un cinquième chapitre la méthode d'analyse des données sera explicitée. L'ensemble de ces informations seront alors synthétisées dans un schéma.

I - Objectifs, problématique, hypothèses

1. Objectifs

Les objectifs de la thèse sont les suivants :

- Conceptualiser le rétablissement et définir la participation aux AA et la spiritualité des AA
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques, du parcours de consommation d'alcool, des éventuels usages passés de substances psychoactives, d'un usage passé et actuel de tabac, de la possible présence actuelle d'une addiction comportementale, de suivis psychiatriques et/ou psychologiques et de participation à des groupes d'entraide d'une population de membres des AA.
- Mesurer et caractériser la participation aux AA, la spiritualité, la résilience et la qualité de vie d'une population de membres des AA.

- Analyser les relations entre la participation aux AA, la spiritualité, afin de repérer les éléments de la participation aux AA et de la spiritualité prédictifs d'une augmentation de la résilience
- Etudier les relations entre la participation aux AA, la spiritualité et la qualité de vie en vue d'identifier les éléments de la participation aux AA et de la spiritualité prédictifs d'une augmentation de la qualité de vie
- Tester une éventuelle médiation de la spiritualité des éventuels effets de la participation aux AA sur la résilience et la qualité de vie.

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse théorique principale

Grâce à un développement spirituel induit par sa participation aux AA, l'individu présentant un trouble de l'usage d'alcool améliore sa résilience et sa qualité de vie.

2.2. Hypothèses opérationnelles

Hypothèse 1 : La spiritualité est associée positivement à la participation aux AA.

Hypothèse 1a : La qualité de la relation à un Dieu/une Puissance supérieure et le bien-être existentiel des membres des AA sont supérieurs à ceux d'une population tout venant.

Hypothèse 1b : Le degré de croyance en un Dieu/une Puissance supérieure, la fréquence des pensées sur Dieu/une Puissance supérieure, de la lecture de textes Spirituels/Religieux, de la pratique de la méditation et de la prière de l'assistance à un culte et des expériences de la présence d'un Dieu/une Puissance supérieure malgré leur effectif important actuels des membres des AA sont supérieurs à ceux avant leur arrivée aux AA.

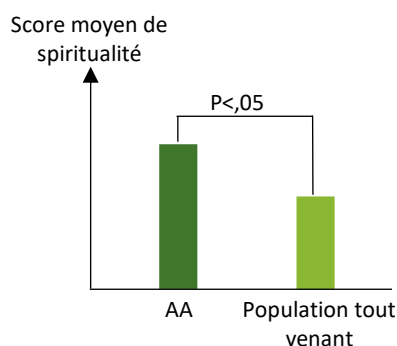


Figure 4. Illustration de l'hypothèse 1a

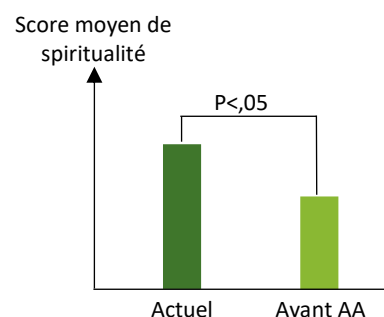


Figure 5. Illustration de l'hypothèse 1b

Hypothèse 1c : Les actions inhérentes à la participation aux AA ainsi que l'ancienneté aux AA sont corrélées positivement avec la spiritualité.

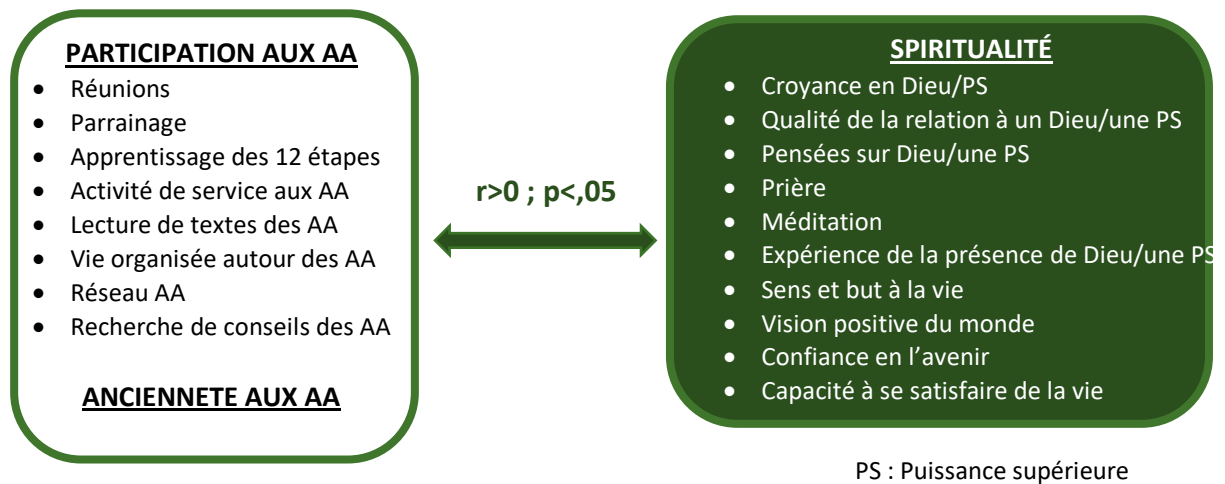


Figure 6. Illustration de l'hypothèse 1c

Hypothèse 1d : L'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA ainsi que l'ancienneté aux AA sont prédictives d'une augmentation des scores de spiritualité.

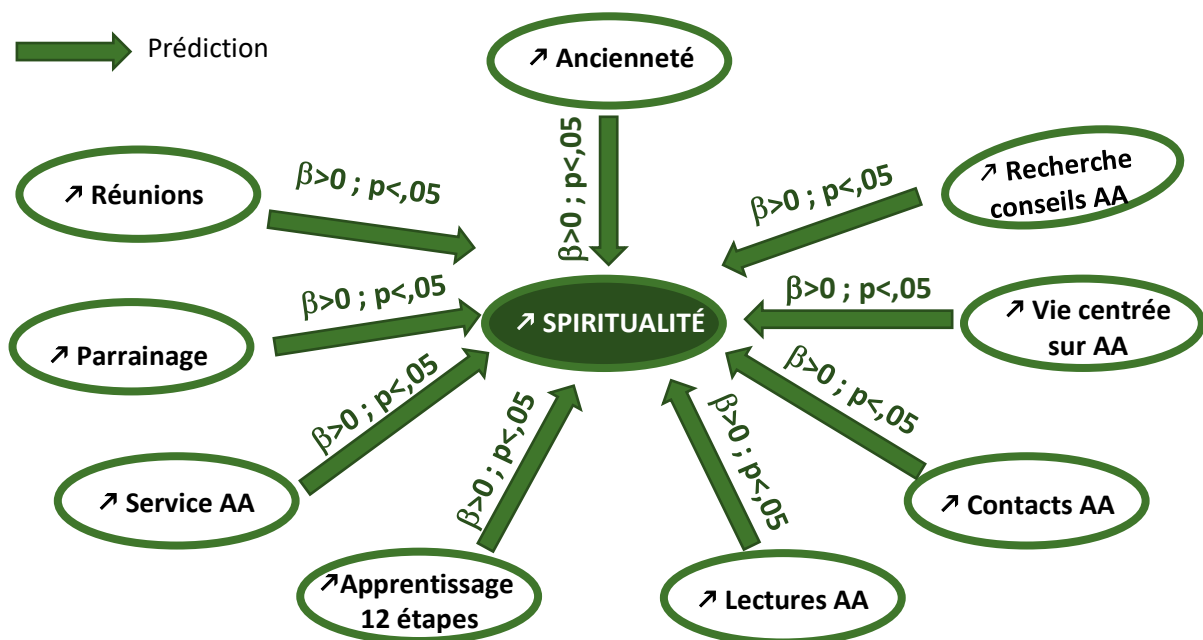


Figure 7. Illustration de l'hypothèse 1d

Hypothèse 2 : la participation aux AA est associée positivement à la résilience.

Hypothèse 2a : le score moyen de la résilience des membres des AA est au moins égal à celui d'une population générale.

Hypothèse 2b : la résilience des membres des AA est corrélée positivement avec l'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA ainsi qu'à l'ancienneté

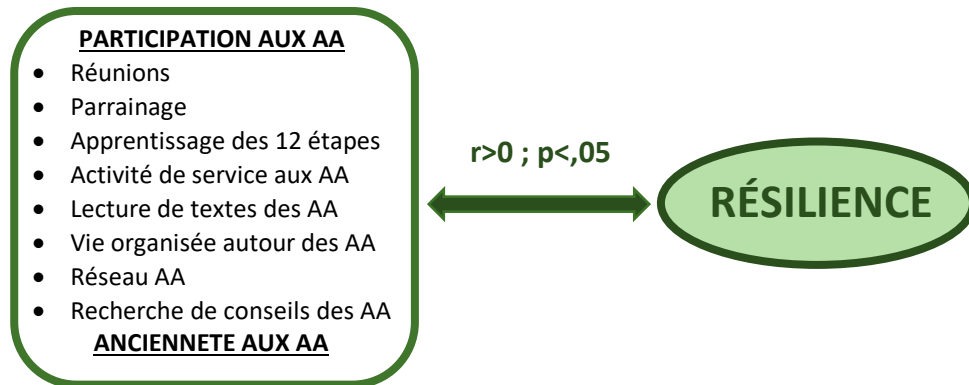


Figure 8. Illustration de l'hypothèse 2b

Hypothèse 2c : L'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA ainsi que l'ancienneté aux AA sont prédictives d'une résilience plus élevée.

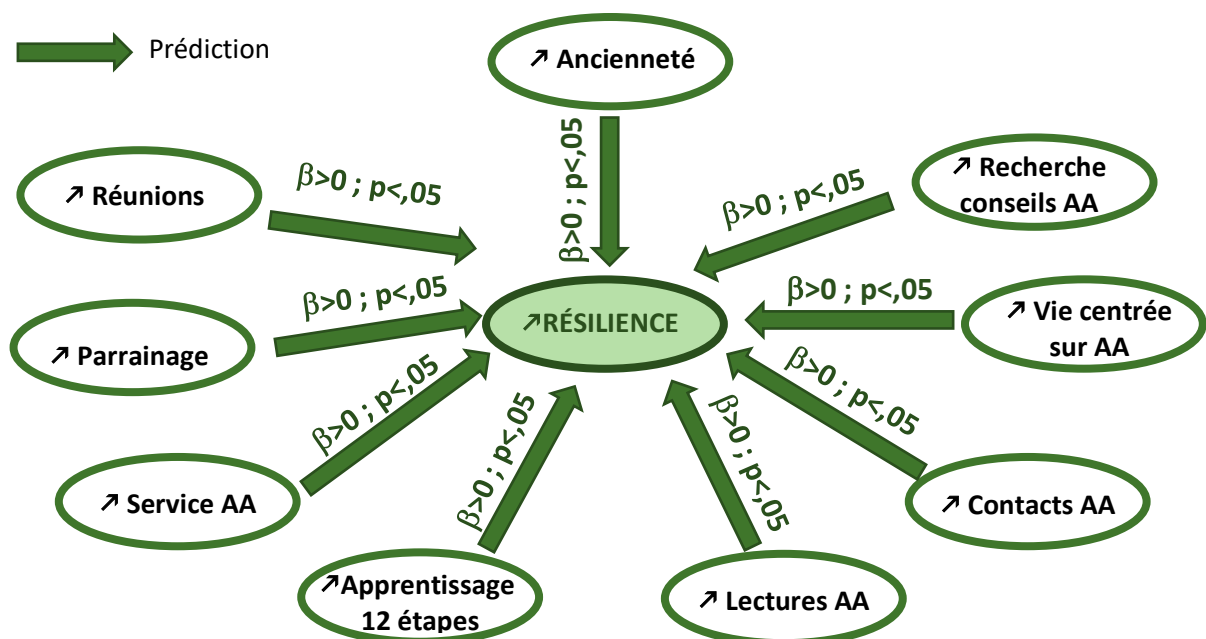


Figure 9. Illustration de l'hypothèse 2c

Hypothèse 3 : la participation aux AA et associée positivement à la qualité de vie.

Hypothèse 3a : le score moyen de qualité de vie des AA est au moins égal à celui de populations saines et supérieur à celui de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool.

Hypothèse 3b : L'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA ainsi que l'ancienneté aux AA sont corrélés positivement avec la qualité de vie.

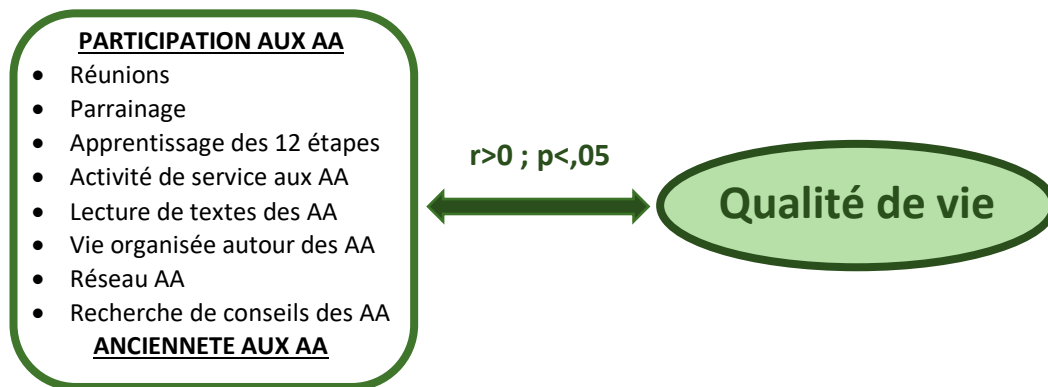


Figure 10. Illustration de l'hypothèse 3b

Hypothèse 3c : L'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA ainsi que l'ancienneté aux AA sont des prédicteurs d'une meilleure qualité de vie.

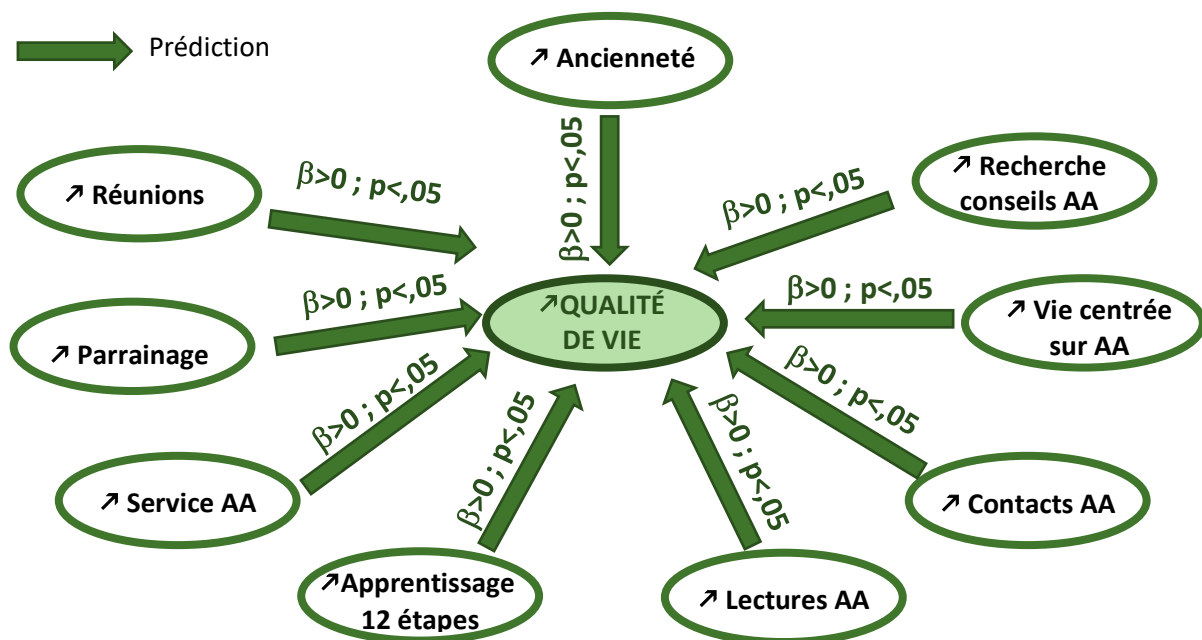


Figure 11. Illustration de l'hypothèse 3c

Hypothèse 4 : la spiritualité des AA est associée à une résilience plus élevée.

Hypothèse 4a : la spiritualité des AA est corrélée positivement à la résilience.

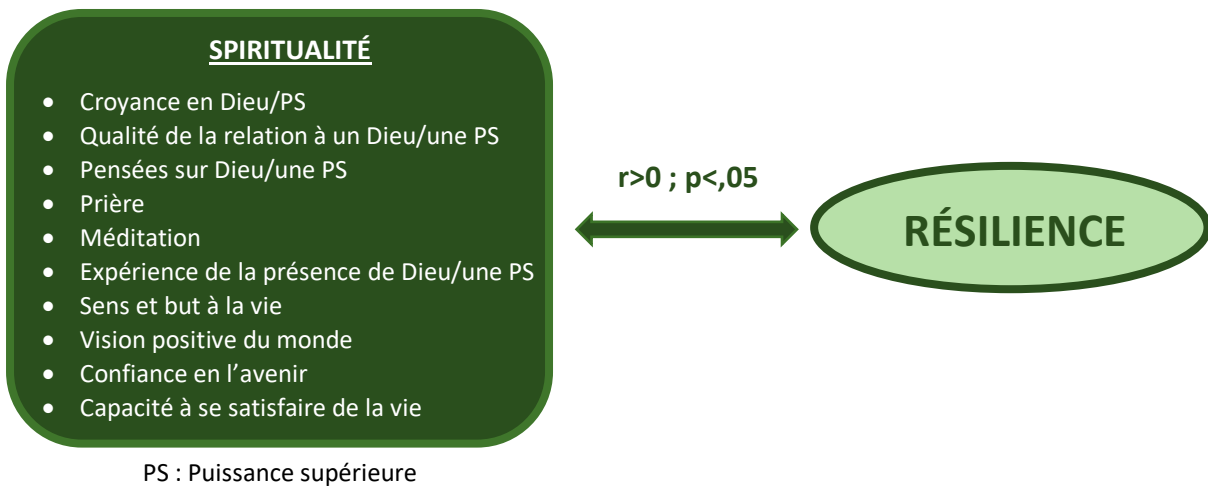


Figure 12. Illustration de l'hypothèse 4a

Hypothèse 4b : La spiritualité des AA est un prédicteur d'une résilience plus élevée.

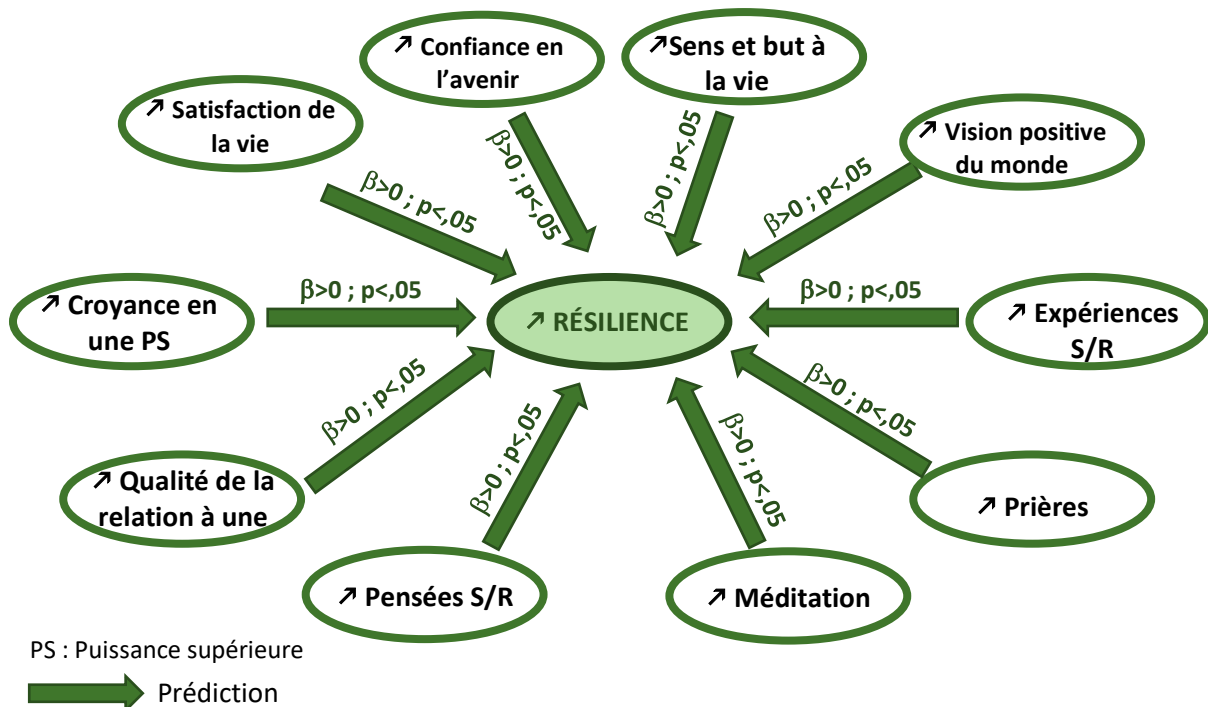


Figure 13. Illustration de l'hypothèse 4b

Hypothèse 5 : la spiritualité des AA est associée positivement à la qualité de vie.

Hypothèse 5a : la spiritualité des AA est corrélée positivement avec la qualité de vie.

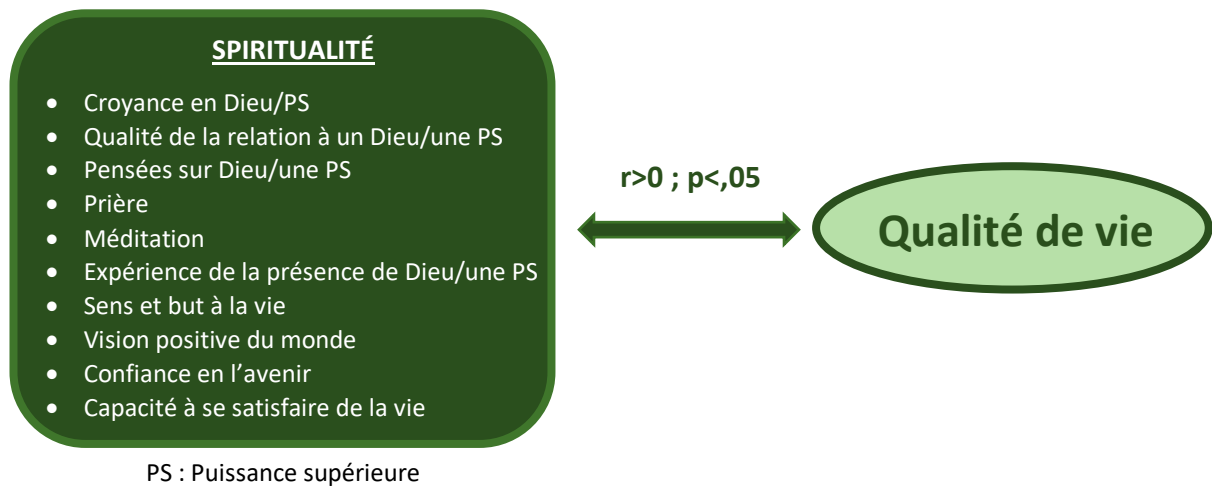


Figure 14. Illustration de l'hypothèse 5a

Hypothèse 5b : la spiritualité des AA est un prédicteur d'une meilleure qualité de vie.

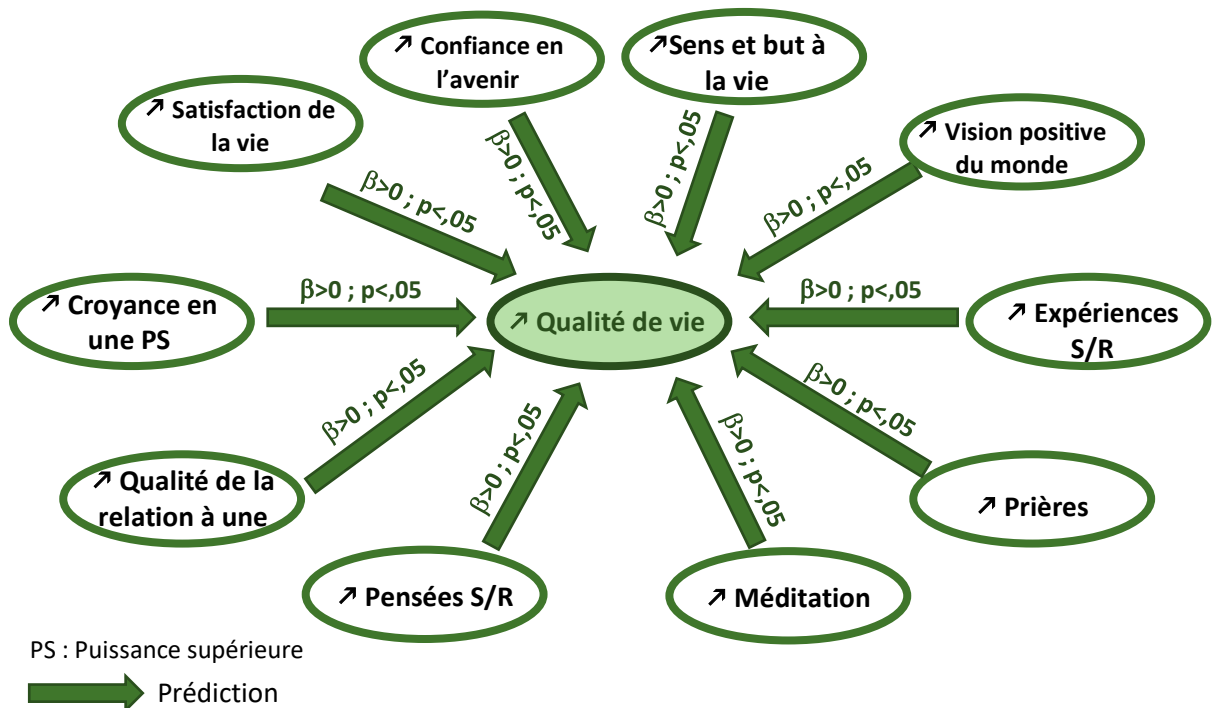


Figure 15. Illustration de l'hypothèse 5b

Hypothèses 6 : la spiritualité des AA médiate l'effet de la participation des AA sur la résilience

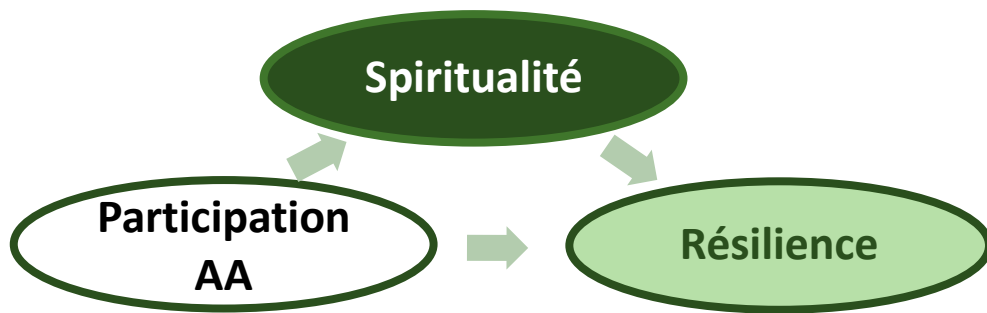


Figure 16. Illustration de l'hypothèse 6

Hypothèse 7 : la spiritualité des AA médiate l'effet de la participation des AA sur la qualité de vie.

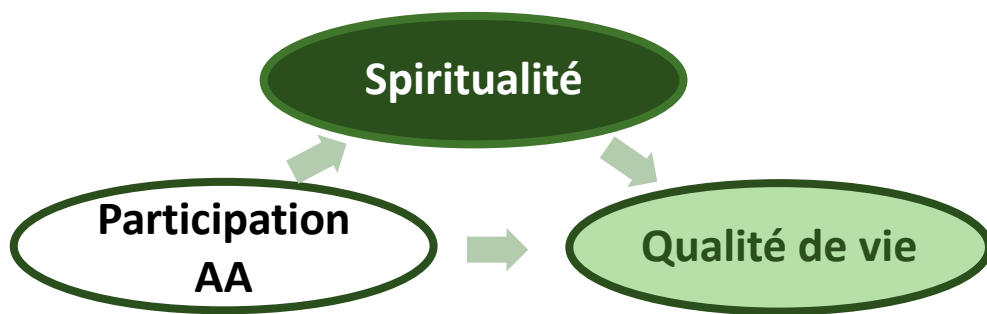


Figure 17. Illustration de l'hypothèse 7

II - Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

L'échantillon de cette recherche est composé de membres des Alcooliques anonymes de France. Pour participer à l'étude, ils devaient être âgés de plus de 18 ans, être membres des Alcooliques anonymes depuis au moins un an, lire couramment le français, avoir accepté les termes du formulaire de consentement libre et éclairé et ne pas consommer de substances psychoactives illicites, au regard de la législation française, au moment de l'évaluation.

Les caractéristiques du recrutement sont détaillées dans le tableau 3. Deux cent soixante-trois membres des AA ont répondu totalement à l'ensemble des questionnaires et cent quatre-vingt-deux

y ont répondu partiellement. Quatre cent soixante-trois personnes ont ouvert le questionnaire en ligne. Le taux de complétion¹ est ainsi de 59,1%.

Tableau 3. *Caractéristiques du recrutement*

Réponses complètes	263
Réponses incomplètes	182
Réponses totales	463
Non inclusion	18
Refus des termes du consentement libre et éclairé	4
Mineur	1
Membre depuis moins d'un an	8
Consommation de substances psychoactives illicites	5
Taux de complétion ⁽¹⁾ (%)	59,1

$$(12) : \text{taux de complétion} = \frac{\text{Réponses complètes}}{\text{Réponses totales} - \text{Non inclusions}}$$

2. Procédure de recrutement

2.1. Brève description de l'organisation des Alcooliques anonymes

Afin de clarifier la procédure de recrutement, une description rapide de l'organisation des AA, en France, semble incontournable. Les AA possèdent un conseil d'administration (Le Bureau des Services Généraux, BSG). Celui-ci comprend plusieurs comités, dont le comité santé appartenant au pôle « collaborations avec les milieux professionnels » (justice, santé, services sociaux, entreprises et collectivités). Les AA sont régionalisés. Chaque région comprend de nombreuses réunions de partage, chacune constitue un groupe qui se caractérise par un lieu et un horaire hebdomadaire et possède son propre comité de direction. En outre, en vertu de la quatrième tradition des Alcooliques anonymes, chacun de ces groupes possède une autonomie sauf pour des sujets affectant d'autres groupes ou l'ensemble du mouvement (Alcooliques Anonymes, 2003, p. 167-171). Le relais entre les comités centraux et les comités régionaux est assuré par les correspondants régionaux puis avec chaque groupe par les représentants des services généraux.

2.2. Procédure de recrutement

Lors d'une étude préliminaire publiée (Hiernaux et Varescon, 2015), le recrutement avait été réalisé, sur des lieux de réunions des AA à Paris ou à la sortie de celles-ci, en fonction de l'autorisation reçue par chaque comité de chaque groupe AA. Afin de faciliter nos démarches et pour obtenir une participation plus importante pour cette étude, nous voulions obtenir, directement, du bureau des

¹ *taux de complétion* = $\frac{\text{Réponses complètes}}{\text{Réponses totales} - \text{Non inclusions}}$

services généraux des AA une autorisation de recruter des participants dans toutes les réunions AA de l'Île de France et l'affichage du lien internet pour les questionnaires sur leur site. Nous leur avons donc adressé une requête par email (bsg@aafrance.fr), qui, d'une part, exposait l'étude, les principaux résultats obtenus dans les études américaines, l'originalité de notre étude et les résultats que nous avons trouvés dans une étude préliminaire et, d'autre part, demandait cette autorisation de recrutement et l'affichage du lien internet des questionnaires en ligne sur leur site.

L'étude a alors été proposée au conseil des services généraux des Alcooliques anonymes, dans sa session de septembre 2016. Elle a reçu un avis favorable.

Les AA se sont proposés de diffuser, eux-mêmes, la lettre d'information de l'étude et le lien des questionnaires en ligne.

Le responsable du comité santé a ainsi rédigé un courrier (Cf. Annexe 3) à l'attention des « correspondants régionaux de santé », intermédiaires entre le comité central et les comités régionaux, afin qu'ils se chargent de diffuser la lettre d'information et le lien internet à l'ensemble des groupes AA de leur région. Ce responsable précisait que la participation était « individuelle, anonyme et laissée à [la] libre appréciation [de chacun] » et « en conformité avec le « Mémoire sur la participation des membres des AA à la Recherche et autres sondages non AA » diffusé par le BSG [Bureau des Services Généraux] de New York ». Il mentionnait également que « plus les réponses [seraient] nombreuses, plus cette étude [serait] susceptible, à sa mesure, de contribuer à la transmission de notre message » et finissait en citant Bill W., un des fondateurs des AA, qui, relativement à la collaboration avec des personnes non membres des AA travaillant sur la problématique alcoolique aurait dit, selon ce responsable : « travaillons donc côte à côte avec tous ces projets qui visent à accélérer le rétablissement de millions de gens qui n'ont pas encore trouvé de porte de sortie. Ces divers travaux n'ont pas besoin de notre appui particulier. Ils n'ont besoin que d'une aide que nous pouvons parfois donner, en tant qu'individus. »

Le recrutement a donc été fait uniquement via un questionnaire en ligne.

Il avait été prévu avec le bureau des services généraux d'afficher une date butoir relativement proche pour la fin du recrutement, puis de la repousser plusieurs fois afin de relancer le recrutement. La date butoir initiale a été fixée au 31/12/2016. Le 5 janvier, le lien des questionnaires a été rendu disponible sur les sites des AA, sur une page réservée aux membres et accessible avec un identifiant et un code d'accès. Il était également mentionné que l'étude était prolongée jusqu'au 31 mars 2017. Les correspondants en ont également été informés et ont été invités à diffuser à l'ensemble des groupes de leur régions l'information selon laquelle l'étude était prolongée jusqu'au 31 mars 2017.

Un mail de relance aux correspondants a été envoyé début février et début mars. Le recrutement a pris fin le 30 juin 2017.

La lettre d'information prévoyait un mail pour la demande de toute information complémentaire ou du lien internet. Seulement quatre personnes nous ont contactés et uniquement pour nous demander le lien internet.

2.3. Recrutement en ligne

Les personnes disposant du lien pouvaient accéder librement à la feuille d'information.

Après avoir lu la lettre d'information (Cf. Annexe 4) pour participer à l'étude la personne devait accepter les termes du consentement libre et éclairé (Cf. Annexe 5) et satisfaire aux critères d'inclusion pour accéder à l'ensemble des questionnaires (Cf. Annexe 8 à 17)

En moyenne, les participants ont répondu à l'ensemble des questionnaires en 40,21 minutes.

III - Ethique et déontologie

1. Lettre d'information et consentement en ligne : un aménagement pour le recrutement en ligne

Comme mentionné ci-dessus, l'accès aux questionnaires en ligne a été organisé de façon à répondre aux règles éthiques et déontologiques de la recherche en psychologie. Ainsi, la première page ouvrait sur la lettre d'information (Cf. Annexe 4) et le participant devait cliquer avoir lu la lettre pour passer à la suivante. Cette deuxième page présentait les termes du consentement libre et éclairé (Cf. Annexe 5), le participant devait alors cocher s'il les acceptait ou non. Seule une réponse positive permettait de poursuivre.

2. Respect de l'anonymat des AA, protection et justification du recueil de données personnelles

Les données ont été récoltées uniquement via un questionnaire en ligne réalisé grâce au logiciel Lime Survey et hébergé sur le site de l'université de Paris Descartes. Les données sont

protégées par un login et un mot de passe. Par ailleurs, la récupération des données a été paramétrée de façon à ne pas conserver les adresses IP des participants.

L'anonymat étant une valeur fondamentale des AA, le formulaire de consentement a été fait de telle sorte que les participants puissent en accepter les termes sans avoir à laisser leur nom.

Aucun nom n'a été demandé au participant. Des données susceptibles d'identifier la personne ont cependant été prélevées. Il a été nécessaire de recueillir la date de naissance, mais ne comportant que le mois et l'année de naissance, afin d'obtenir une évaluation précise de l'âge. Celui-ci étant susceptible d'avoir un effet sur la spiritualité, la résilience et la qualité de vie, il devait être contrôlé avec précision.

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus vaste qui comprend une analyse qualitative. Ainsi, il a été également prévu, à la fin des questionnaires, que le participant puisse laisser un numéro de téléphone ou un email s'il souhaitait prendre part à un entretien de recherche enregistré. Ces numéros et emails ont été stockés sur un fichier indépendant et relié aux informations des questionnaires uniquement par un numéro d'ordre.

Enfin, des données à caractère personnel ont été recueillies soit parce qu'elles constituent l'objet de recherche, comme la spiritualité, soit parce qu'il est nécessaire de les contrôler, comme celles sur la santé (type de traitement actuel), le parcours de consommation de produits et d'éventuelles conduites addictives, la présence de comorbidités ou d'un éventuel suivi et/ou traitement médical.

3. Avis favorables de comités

La recherche a reçu des avis favorables du CERES (conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé, N°IRB : 20163500001072), devenu le CER (Comité d'Éthique de la Recherche de l'université Paris Descartes) (Cf. Annexe 6), du CTTIRS (comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, N° 16-812, (Cf. Annexe 7) et, comme nous l'avons mentionné, du conseil des services généraux des AA (Cf. Annexe 3).

IV - Outils

Dans ce chapitre, sont décrites les échelles et questionnaires utilisés dans l'étude. Ils sont regroupés par grande catégorie de variables : socio-démographiques, en lien avec les addictions, les suivis médicaux et participation à d'autres groupe d'entraide que les AA, sur la spiritualité, la participation aux AA, la résilience et la qualité de vie. Ils seront présentés dans cet ordre.

1. Questionnaires socio-démographiques, de parcours de consommation de substances addictives et addictions comportementales, traitement et groupes d'entraide (créés pour l'étude)

Ces questionnaires visent à contrôler les variables secondaires potentiellement influentes. Ils sont consultables en annexe (Cf. Annexe 8 à 10)

1.1. Questionnaire socio-démographique

Il comprend 10 items permettant d'identifier le lieu de recrutement, l'âge, le genre, les situations familiales, professionnelles et de logement, le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle (Cf. Annexe 8).

1.2. Questionnaire portant sur la santé, les soins et participations aux autres groupes d'entraide.

Il comporte neuf items, trois sur les éventuelles pathologies et traitements médicamenteux habituels, trois sur les éventuels suivis psychiatriques, psychologiques et en addictologies, trois sur les éventuelles participations à d'autres groupes d'entraides que les AA (Cf. Annexe 9).

1.3. Questionnaire sur le parcours de consommation de substances psychoactives et addictions comportementales

Les données concernent le parcours de la consommation d'alcool, les consommations passées et actuelles pour certaines de substances psychoactives et les addictions comportementales (Cf. Annexe 10).

1.3.1. Parcours de consommation d'alcool

Le questionnaire comprend neuf items. Y sont recueillis les âges d'expérimentation, de début de la consommation massive et de prise de conscience d'une consommation problématique, de la durée de la consommation massive d'alcool, la quantité hebdomadaire alors consommée, la durée de

l'abstinence d'alcool, l'éventuelle consommation d'alcool dans les 12 mois écoulés. En cas de réponse positive à cette question le test d'identification de troubles d'usage d'alcool AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) était proposé(Cf. §1.4. de ce chapitre).

1.3.2. *Autres consommations de substances psychoactives*

La liste des substances psychoactives répertoriées par le DSM-5, à l'exception de la caféine et à laquelle ont été ajoutés benzodiazépines/somnifères et une catégorie « autre » a été proposée aux participants. Les items n'ont été proposés que pour les substances cochées. Ils relevaient l'âge de début de la consommation, la fréquence et la quantité habituellement consommée. Le questionnaire contenait, potentiellement, 36 items auxquels a été ajouté un item identifiant si l'alcool était le « produit de choix » de l'individu (Cf Annexe 10).

En accord avec les critères d'inclusion, les questions relatives aux substances illicites n'ont été posées que sur la période passée. Les données sur le tabac concernent la période actuelle et passée.

1.3.3. *Addiction comportementale*

Inspiré des critères Goodman (1990), le questionnaire comporte neuf items, concernant la période actuelle. N'y accédaient que les personnes ayant un comportement régulier dont ils leur seraient difficile de se passer. Une liste des comportements pouvant potentiellement mener à une addiction comportementale était mentionnée (Cf Annexe 10).

Les questionnaires suivants concernent les variables fondamentales de l'étude.

1.4. *Le test d'identification de troubles d'usage d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT, Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001)*

Le test est consultable à l'annexe 11. L'AUDIT est un questionnaire conçu par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour détecter les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives. Il en existe une version française (Beaujouan, Czernichow, Pourriat, Bonnet, & others, 2005) validée. L'outil est une auto-évaluation de la consommation d'alcool des 12 derniers mois en 10 items sur une échelle de Likert de 1 à 4. Il possède de bonnes qualités psychométriques : la sensibilité est de 84 % et la spécificité de 90 % pour le repérage des trois conduites d'alcoolisation combinées. Un score supérieur ou égal à 6 pour les femmes, et 7 pour les hommes, correspond à une consommation à risque ; un score supérieur ou égal à 13 correspond à une dépendance à l'alcool probable.

2. Evaluation de la spiritualité

2.1. L'échelle sur les pratiques et antécédents religieux (*Religious Background and Behavior, RBB*) de Connors et. Al (1996)

L'échelle est consultable en annexe 12.

En psychologie, la religion était traditionnellement traitée comme un concept large incluant celui de spiritualité (Hill et al., 2000 ; Pargament, 1999 ; Zinnbauer et al., 1997 ; Zinnbauer, Pargament, & Scott, 1999). C'est pourquoi, la RBB, malgré son nom, est aussi adaptée pour évaluer la spiritualité des AA. C'est cette échelle qui a été la plus utilisée pour mesurer la spiritualité en lien avec les programmes en 12 étapes. Le projet MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity, Cf. partie Théorique, Chap. II, §8.1) comprenant 1726 participants et comparant les efficacités respectives des thérapies de type comportemental et cognitif, de type motivationnel et fondée sur les programmes en 12 étapes l'a, d'ailleurs, utilisée (Longabaugh & Wirtz, 2001). L'échelle évalue le statut religieux/spirituel, la fréquence avec laquelle l'individu a des pensées sur Dieu/une Puissance supérieure, prie, médite, lit ou étudie des textes sacrés/spirituels et a des expériences de Dieu/d'une Puissance supérieure. Elle compte 13 items. Le premier item concerne le statut religieux (athée, agnostique, incertain, spirituel, religieux). Les réponses sont cotées de 0 à 4. Pour les 6 suivants items, l'individu doit évaluer, sur une échelle de Likert en 8 points, avec quelle fréquence il a pensé à Dieu, médité, prié, assisté à un office religieux, lu ou étudié des textes sacrés, eu des expériences de Dieu. Ces 6 mêmes items sont ensuite évalués sur la durée de vie selon une échelle de Likert de 1 à 3. Elle présente de bonnes propriétés psychométriques (α Cronbach est de 0,69 et 0,68).

Cette échelle reprend tous les aspects de la définition de la spiritualité (Hill et al., 2000) que nous avons proposé dans la partie théorique. C'est pourquoi, elle nous semble incontournable. Il n'en existe pas de version française ni d'échelle équivalente en français. Une traduction selon la méthode de rétro-traduction a été obtenue. Nous avons cependant dû adapter l'échelle aux spécificités de notre étude. Tout d'abord, nous avons veillé à ce que la formulation des items englobe à la fois la religiosité et la spiritualité. Ainsi, à chaque fois qu'un item faisait référence à Dieu avons-nous ajouté « ou Puissance supérieure ». Nous avons également élargi les notions de « sacré » ou « religieux » en les remplaçant par « religieux ou spirituel ». L'item 1 a dû être remodelé. Dans leur outil les auteurs demandent au participant ce qui le décrit le mieux entre : athée, agnostique, ne sait pas, spirituel ou religieux. Les participants de notre étude appartiennent à un programme de rétablissement qualifié de spirituel. Aussi avons-nous craint un biais important envers la réponse « spirituel » si nous avons formulé l'item en ces termes. Nous avons donc proposé la description complète des auteurs plutôt que le terme synthétique. Les propositions sont donc devenues : je ne crois pas en Dieu ou en une

Puissance supérieure, pour athée ; je pense que l'on ne peut pas vraiment savoir ce qu'il en est au sujet de Dieu ou d'une Puissance supérieure, pour agnostique ; je ne sais que croire au sujet de Dieu ou d'une Puissance supérieure, pour « ne sait pas » ; je crois en un Dieu/une Puissance supérieure, mais n'appartiens à aucune religion, pour spirituel ; je crois en un Dieu/une Puissance supérieure et pratique une religion, pour religieux. Ainsi, Cette formulation des items nous fait relever une intensité de la croyance en un Dieu/une PS (Puissance supérieure) plutôt qu'une autodésignation du statut S/R.

Les auteurs (Connors et al., 1996) ont considéré cet item comme une variable quantitative discrète, être religieux se rapportant à croire en un Dieu et appartenir à une religion correspond donc à la graduation la plus élevée. Ainsi, même si l'échelle est destinée à appréhender la spiritualité des AA, elle est davantage une évaluation de l'importance d'une religiosité que celle d'une spiritualité.

Notre conceptualisation se centre sur la spiritualité sans pour autant évincer la religion. Aussi inclure la religion nous semble adapté. Toutefois, la graduation appliquée par Connors, Tonigan, et Miller (1996) nous paraît discutable. Pouvons-nous dire qu'une personne appartenant à une religion a davantage de spiritualité ou croit davantage en un Dieu qu'une personne qui n'appartient à aucune religion ? Néanmoins, que les propositions 3 et 4 représentent des niveaux de spiritualité plus élevés que les propositions 1 à 3 semble vraisemblable, quoique également discutable : en fonction de l'acceptation que prend la spiritualité, ne pas croire en Dieu ou ne pas se positionner par rapport à une croyance en un Dieu, n'implique pas nécessairement une spiritualité plus faible ou une absence de spiritualité. A ce propos, un des chapitres du « big book », le livre de référence du programme spirituel des Alcooliques anonymes, s'intitule « Nous, les agnostiques » (AA, 2003, pp 50-64) et il y est précisé que des membres qui se considéraient comme agnostiques se sont ouverts à la spiritualité. Le texte ne précise pas, cependant, si selon les AA, il est possible d'être spirituel et agnostique ou si même les agnostiques peuvent connaître une forme de conversion et devenir spirituels. Toutefois cette possibilité nous paraît marginale. Appliquée à la spiritualité des AA, puisqu'il s'agit de développer une croyance en un Dieu/une PS, le degré de croyance doit se superposer à un niveau de spiritualité. Une dernière remarque concerne les modalités 2 et 3. Il ne nous semble pas évident que « Je pense que l'on ne peut pas vraiment savoir ce qu'il en est au sujet de Dieu ou une Puissance supérieure » indique un niveau de spiritualité plus élevé ou un niveau de croyance plus fort que « Je ne sais que croire au sujet de Dieu ou d'une Puissance supérieure ». Ainsi, même si nous appliquerons la graduation pour cet item prévue par Connors, Tonigan, et Miller (1996), il nous aurait semblé, relativement à la spiritualité des AA, plus exacte de ne considérer que trois niveaux de croyance ou spiritualité. Pour finir sur cet item, dans certaines comparaisons, nous reprenons les termes d'athées, agnostiques, sans opinion, spirituels et religieux associés aux propositions, mais, en raison de notre formulation, les

modalités et donc le score à l'item constituent des indicateurs d'un niveau de croyance en un Dieu/une PS et non une autodésignation de statut S/R.

Nous avons également appliqué les 7 premiers items sur l'année ayant précédé l'arrivée de l'individu en AA, telle qu'il se la remémore au moment de la passation. Enfin les 6 derniers items ont été évalués sur la période de vie ayant précédé l'arrivée en AA, et sur une échelle de Likert en 6 points (jamais, dans mon enfance, dans mon adolescence, au début de l'âge adulte, à l'âge adulte, toujours), au lieu d'une échelle de Likert en 3 points (jamais ; oui, dans le passé mais pas maintenant ; oui et toujours maintenant). Nous avons observé ce nouveau découpage pour deux raisons. D'une part, au regard d'études antérieures (Connors et al., 2001; Kaskutas, Kaskutas, Bond, & Weisner, 2003; Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011), nous avons estimé pertinent de tester si le niveau spirituel original avait un impact sur l'adhésion aux AA. D'autre part, il nous sera également possible de tester si le niveau de spiritualité pendant la période de présence du trouble alcoolique est plus faible que celui pendant la fréquentation des AA. L'ACP qu'ont réalisée les auteurs sur l'ensemble des items leur a permis de repérer une cohérence entre la contribution des items analogues sur la durée de vie et l'année écoulée. Ils ont alors comparé les items analogues, mais appliqués sur des échelles de temps différentes et trouvé un pourcentage d'accord s'échelonnant entre 72% et 98%. En réalisant des ACP sur les 7 premiers items et les 6 derniers avec le premier item, ils ont trouvé une structure identique entre les items sur l'année écoulée et ceux sur la durée de vie. Ils ont ainsi retenu deux composantes. L'une, les pratiques formelles, rassemble : l'assistance à un culte, la lecture ou l'étude de textes sacrés, les expériences de Dieu et la méditation. L'autre, la conscience de Dieu, regroupe : l'autodésignation de son statut religieux, les pensées sur Dieu et la prière. Les auteurs en concluent, qu'en fonction des besoins du protocole de recherche, il est possible de n'utiliser que les items sur l'année écoulée ou seulement ceux sur la durée de vie. C'est pourquoi nous avons réalisé une ACP uniquement sur les items de l'année écoulée. Les autres items visent à apprécier un éventuel changement et à repérer un éventuel profil spirituel des adhérents aux AA.

Les tests sur la validité de cette adaptation française seront présentés dans la partie résultat.

2.2. L'échelle de bien-être spirituel de Paloutzian et Ellison (Spiritual Well-Being Scale, SWBS, 1982)

L'échelle est consultable en annexe 13.

L'échelle et son adaptation française (Velasco & Rioux, 2009) ont été validées par des études empiriques (α de Cronbach entre 0,87 et 0,91). La SWBS appréhende le degré de spiritualité du sujet en utilisant une composante transcendantale, la qualité de la relation qu'entretient l'individu avec une Puissance supérieure (Bien-être religieux, RWB, Religious Well-Being), et une composante horizontale

mesurant son bien-être existentiel (EWB, Existential Well-Being) au travers une mesure de sa satisfaction de la vie, sa vision positive du monde, sa confiance en l'avenir et son sentiment de but dans la vie. La SWBS compte 20 items. L'individu doit évaluer sur une échelle de Likert de 1 à 6 son adhésion aux énoncés (avec 1 : tout à fait en désaccord ; 2 : en désaccord ; 3 : plutôt en désaccord ; 4 : plutôt en accord ; 5 : en accord ; 6 : tout à fait en accord).

3. Evaluation de la participation aux AA

3.1. Le Questionnaire de rétablissement (*Recovery Interview, RI*) de *Morgenstern, Kahler, Frey, et Labouvie (1996)*

Le questionnaire est consultable en annexe 14.

Contrairement à ce que laisse entendre son appellation, le questionnaire RI n'évalue pas le rétablissement, tout au moins tel que nous l'avons conceptualisé dans la partie théorique (Chap. IV). Cette désignation illustre l'ambiguïté de la notion de rétablissement. Selon notre compréhension, ce questionnaire évalue les moyens mis en œuvre pour aller vers un rétablissement et non le rétablissement en soi. La description suivante étaye notre commentaire.

Le RI est un questionnaire auto-évaluatif de neuf items de l'intensité de l'implication d'un individu dans un programme en 12 étapes. Neuf actions inhérentes à l'implication dans un tel programme sont estimées. Le questionnaire possède une bonne cohérence interne (α de Cronbach : 0,87). Le participant note sur une échelle de Likert en premier lieu les fréquences avec lesquelles, durant le mois précédent l'évaluation, il a assisté aux réunions (item 1), parlé avec son parrain (item 2), pris part à des réunions d'étapes (item 3), été engagé dans une activité de service au sein des AA (item 4), lu de la littérature AA (item 5), pris contact avec d'autres membres AA (item 6), prié ou médité (item 7), recherché des conseils au sein des AA (parrain, big book², partage en réunion) pour prendre des décisions personnelles (item 9) et en second lieu à quel point sa vie s'est organisée autour des activités des AA (item 8). Le format des réponses pour évaluer la fréquence diffère légèrement en fonction des items. Pour l'assistance aux réunions et la relation avec le parrain (items 1 et 2) l'échelle de Likert propose : 0 (jamais), 1 (une à deux fois), 2 (une fois par semaine), 3 (plusieurs fois par semaine), 4 (tous les jours), 5 (plusieurs fois par jour). Pour les réunions étapes, les fréquences considérées sont : 0 (jamais), 1 (une fois), 2 (plusieurs fois) et 3 (au moins une fois par semaine). Pour la lecture de textes AA et le lien avec d'autres membres AA (items 5 et 9), l'échelle devient : 0 (jamais), 1 (une ou deux fois dans le mois), 2 (à peu près une fois par semaine), 3 (plusieurs fois par semaine),

² : « big book », livre de référence des AA (Alcoholics Anonymous, 2003)

et 4 (presque tous les jours). Pour l'engagement dans une activité de service, la prière ou la méditation et la recherche de conseils, l'échelle de Likert est : 0 (jamais), 1 (rarement), 2 (parfois), 3 (souvent), et 4 (très souvent). Enfin pour l'organisation de sa vie autour des AA, l'échelle de Likert est : 0 (pas du tout), 1 (légèrement), 2 (modérément), 3 (Considérablement), et 4 (extrêmement).

Pour concevoir cette échelle, les auteurs avaient procédé à une revue de littérature. Ils en avaient extrait une liste de comportements inhérents à l'adhésion aux AA, qu'ils avaient distribuée à plusieurs personnes à la fois très impliquées dans cette association et familières avec la méthodologie de recherche, donc compétentes pour en juger l'exhaustivité. L'item 9 a été ajouté par la suite. Il vise à apprécier une notion clé des programmes en 12 étapes, celle à laquelle il est fait référence sous les termes de « capitulation » (« *surrender* ») et de « lâcher-prise », et qui désigne « le fait de remettre son contrôle à une entité (« *agency* ») externe, qui peut-être un être transcendantal, un groupe d'entraide, un parrain ou une combinaison des trois » ((Morgenstern et al., 1996, p.47).

La population et l'objectif de notre étude diffèrent de ceux des auteurs du RI. Ces derniers se sont intéressés à des individus hospitalisés pour le traitement de leur dépendance à des substances psychoactives et ont cherché à apprécier l'effet de la prise en charge. Cette dernière avait pour objet de faciliter l'adhésion des patients au programme des AA et le maintien d'une abstinence de substances psychoactives. Pour cela, ils les ont évalués à leur entrée en hospitalisation, à leur sortie, et un mois après leur hospitalisation. C'est pourquoi, ils ont estimé les fréquences des comportements précédemment cités sur un mois. Dans notre étude, nous nous intéressons à des personnes qui sont membres des AA depuis au moins un an et nous cherchons à évaluer leur implication habituelle actuelle. Aussi avons-nous voulu estimer ces mêmes comportements sur l'année écoulée. Cette durée est aussi, la durée d'évaluation pour les comportements, pensées et expériences spirituelles de la RBB, que nous allons présenter dans la section suivante, et celle de l'AUDIT. Pour l'évaluation de certaines fréquences, les auteurs ont observé davantage d'objectivité et proposé un découpage du mois. Nous avons conservé ce principe, à chaque fois que c'était possible en l'adaptant à une durée d'un an. Dans notre étude, les items 2, 3, 4 et 5 sont ainsi évalués sur une échelle de Likert en 7 points correspondant à : 0 (jamais), 1 (Moins d'une fois par mois), 3 (deux ou trois fois par mois), 4 (une fois par semaine), 5 (plusieurs fois par semaine), 6 (tous les jours). Pour l'item 2, nous avons également ajouté la modalité 7 (plusieurs fois par jours), afin de respecter l'étendue du spectre des fréquences de l'outil original. L'assistance aux réunions a été estimée sur une échelle de Likert légèrement différente : 0 (jamais), 1 (moins d'une fois par mois), 2 (une à deux fois par mois), 3 (une fois par semaine), 4 (plusieurs fois par semaine), 5 (tous les jours), 6 (plusieurs fois par jour). Un sondage de 2015 (AA, 2015), avait trouvé que les AA assistaient à 1,5 réunion en moyenne. Il nous est donc apparu pertinent de centrer fréquence « hebdomadairement » dans notre échelle de Likert. L'item du questionnaire

d'informations générales, « avec quelle fréquence assistez-vous habituellement à des réunions Alcooliques anonymes ? », aurait pu nous permettre de corriger cette subdivision, si elle s'était avérée peu judicieuse. Les items restants sont appréciés, comme chez les auteurs, de façon plus subjective, sur une échelle de Likert allant de 0 (jamais/pas du tout) à 4 (très souvent/extrêmement). Nous avons conservé cette estimation plus subjective pour le service, car cette activité peut s'avérer à la fois irrégulière et importante dans certains cas : des personnes peuvent, par exemple, choisir de s'investir de façon intensive lors d'un événement spécial, comme un congrès annuel. Nous avons également opté pour cette appréciation pour la prière ou la méditation qui seront évaluées de façon plus précise dans la RBB. Enfin, les items 8 et 9 ne peuvent pas être appréciés selon un découpage temporel.

Pour l'item 2, sur la relation au parrain, à la demande de l'échantillon de pré-test, il a été prévu une modalité supplémentaire « je n'ai pas de parrain », qui a, pour l'analyse été regroupée avec la modalité « jamais » (pour : « je ne parle jamais à mon parrain »).

A notre connaissance, il n'existe qu'une seule autre échelle cherchant à apprécier l'implication dans un programme en 12 étapes. Il s'agit de l'échelle AAA (Alcoholics Anonymous Affiliation Scale) de Humphreys, Kaskutas, et Weisner (1998). Cette échelle est cependant moins précise, puisque ses 9 items sont appréciés de façon dichotomique. En outre, cette échelle ne balaye pas autant d'actions inhérentes à l'implication aux AA, comme dans le RI : ne sont ainsi pas évalués la mesure dans laquelle la personne s'appuie sur les AA pour prendre des décisions personnelles, elle est en lien avec d'autres membres des AA et sa vie s'organise autour des AA.

Comme nous l'avons mentionné dans la partie théorique (Chap. II, §8), il n'existe, à notre connaissance, que quatre échelles évaluant la participation aux AA : le RI que nous venons de décrire, l'échelle d'affiliation aux Alcooliques anonymes (Alcoholics Anonymous Affiliation, AAA, Humphreys, Kaskutas, & Weisner, 1998), l'échelle d'implication aux Alcooliques Anonymes (Alcoholics Anonymous Involvement, AAI, Tonigan, Connors, & Miller, 1996) et l'échelle multidimensionnelle d'activité des réunions d'entraide (Multidimensional Mutual-help Meeting Activity, MMMA, Scale, Kelly, Urbanoski, Hoepfner, & Slaymaker, 2011). Nous avons également précisé que la majorité des études évaluent la participation aux AA sur la seule base de l'assistance aux réunions.

Nous avons donc choisi le RI, car il nous est apparu plus complet, plus précis et plus adapté à notre étude, selon les arguments développés dans la partie théorique (Chap. II, §8). N'en existant pas de version française nous avons fait procéder à sa traduction selon la méthode de rétro-traduction. La traduction de l'item 3, nous a posé une difficulté, car il n'existe pas, en France, de réunions d'étapes (dans les réunions en français). Il a donc été proposé un item, plus général appréciant la mesure dans

laquelle la personne « travaille ses étapes ». La validité de cette adaptation française sera appréciée dans la partie résultat.

Afin de pouvoir, d'une part, comparer nos résultats aux autres études et, d'autre part, prendre en compte une dimension supplémentaire spécifique à notre étude nous avons ajouté 7 items.

3.2. Items supplémentaires

Pour rapprocher nos évaluations de celles existantes et pour apporter une description fine de notre échantillon, nous avons ajouté trois items concernant les réunions (fréquence, nombre sur l'année écoulée et sur la durée de vie). Ces items sont inspirés de l'échelle AAI, mentionnée ci-dessus.

Par ailleurs, nous avons souhaité relever l'ancienneté des participants aux AA, avec une possibilité de tenir compte des périodes de plus d'un an d'éloignement des AA. Cette évaluation comporte deux ou trois items en fonction des réponses.

Dans nos analyses, nous appellerons participation aux AA, l'évaluation proposée par les items de la RI, que nous désignons aussi comme actions inhérentes à la participation aux AA ou encore éléments constitutifs de la participation aux AA. Comme nous allons l'explicitier ultérieurement dans cette partie (Chap. V, §1.2.5).

4. Evaluation du rétablissement

4.1. L'échelle de résilience Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) de Connor et Davidson (2003)

L'échelle est consultable en annexe 15.

L'échelle est une auto-évaluation de la résilience en 25 items, sur une échelle de Likert en 5 points (0 : pas du tout ; 1 : rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent ; 4 : pratiquement tout le temps). Pour construire leur outil, les auteurs ont procédé à une analyse qualitative d'écrits de personnes résilientes. Ils ont alors écrit les énoncés en fonction des 17 domaines identifiés : voir le changement ou le stress comme une opportunité, l'engagement, la reconnaissance des limites/du contrôle, demander de l'aide aux autres, des relations proches et sécuritaires avec les autres, avoir des buts personnels et collectifs, l'efficacité personnelle, le renforcement par le stress, les succès passés, un sens réaliste du contrôle, le sens de l'humour, une approche orientée vers l'action, la patience, la tolérance aux effets négatifs, l'adaptabilité au changement, l'optimisme et la foi (Davidson, 2011). L'outil présente une bonne cohérence interne (α de Cronbach : 0,93). Il a été normalisé sur un échantillon de 806 participants, répartis en cinq groupes, dont un groupe de 577 individus ne

présentant aucun trouble. L'analyse factorielle sur ce groupe a dégagé 5 composantes principales : la première fait référence à la compétence personnelle, un niveau d'exigence élevé et à la ténacité ; la deuxième à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress ; la troisième à l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives ; la quatrième au sentiment de contrôle et la cinquième à la spiritualité. Des auteurs ont par la suite établi que le facteur spirituel avait de faibles corrélations (de 0,217 à 0,275) avec les autres facteurs (Burns & Anstey, 2010).

Nous avons choisi cette échelle parce qu'elle tient compte de nombreux domaines intervenant dans la notion de résilience, parce qu'elle a été validée sur un large échantillon aléatoire de la population générale des Etats-Unis et enfin parce qu'il en existe une version française.

La version française nous a été fournie par les auteurs de l'outil. Cette version, validée par les auteurs, a été établie par Chaudieu I, Norton J, Gandubert C, Plante V, Ritchie K (Inserm E361, Montpellier, France) selon la méthode de rétro-translation.

4.2. L'échelle de la Qualité de Vie de l'OMS (World Health Organisation Quality of Life, WHOQOL-26) de Leplège et al. (2000)

L'échelle est consultable en annexe 16.

La version française de l'échelle brève de la qualité de vie de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est une auto-évaluation de 26 items sur une échelle de Likert (de 1 à 5). Elle estime les 4 domaines de la qualité de vie : la santé physique (items : 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 évaluant la douleur, la dépendance à des traitements, l'énergie et la fatigue, la mobilité, le sommeil et la capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne et à travailler), la santé psychologique (items : 5, 6, 7, 11, 19, 26 évaluant : la satisfaction de la vie, le sens de la vie, la concentration, l'image du corps et l'apparence, l'estime de soi et les sentiments négatifs), les relations sociales (items : 20, 21, 22 évaluant : les relations aux autres, les relations sexuelles et le soutien social) et l'environnement (items : 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 évaluant : la sécurité, la sûreté, les ressources financières, l'accessibilité à l'information et à des soins, les transports, les loisirs, le lieu de vie). Les items 1 et 2 sont des questions globales permettant une mesure subjective de la qualité de vie et de la satisfaction de sa santé. L'échelle possède de bonnes qualités psychométriques (α de Cronbach : 0,84 – fidélité test-retest : $0,74 < r < 0,93$).

Cette échelle a été choisie, car elle condense en peu d'items l'ensemble des domaines de la qualité de vie et est reconnue par l'OMS.

V - Méthode d'analyse des données

1. Transformation de certaines données

Afin d'être exploitable et en cohérence avec notre étude la plupart des données socio-démographiques et en rapport avec les addictions, les traitements et les autres groupes d'entraide ont été transformées.

1.1. Variables socio-démographiques.

L'ensemble des modalités sera rapporté dans la partie résultat dans l'analyse descriptive de la population (Chap. I, §1). Cependant, dans les analyses statistiques certaines ont été regroupées afin de faire ressortir le facteur ayant plus d'impact. Nous avons ainsi transformé les variables catégorielles à multimodalités en variables dichotomiques. Comme nous l'avons établi dans la partie théorique (Chap. III, §6), un statut socio-économique et un niveau d'éducation élevés sont associés positivement avec la spiritualité. Les variables sont donc devenues, pour la première « appartenir à la catégorie socio-professionnelle cadre/commerçant/profession intellectuelle supérieure » ou non et pour la seconde « avoir un niveau inférieur ou égal au bac ou non ». Avoir un emploi et être en couple sont associées positivement à la qualité de vie. Comme précédemment, les variables correspondantes ont donc été modifiées en ce sens. La variable « vivre seule » n'a pas été prise en compte dans les modèles, car trop corrélée à « être en couple » et donc colinéaire.

1.2. Variables en lien avec les addictions et la participation aux AA

1.2.1. Quantité d'alcool quotidienne consommée pendant la période d'alcoolisation massive

Pour estimer la consommation quotidienne moyenne il a été demandé aux participants la quantité et le type d'alcool qu'ils avaient consommé, au quotidien, durant leur période de consommation massive d'alcool. Les réponses ont alors été converties en gramme pur d'alcool. Lorsqu'un intervalle a été donné, la valeur moyenne a été prise en compte, pondéré par le nombre de jours si nécessaire (par exemple lors d'une consommation différente entre les jours de semaine et le week-end).

Cependant, 24 des réponses (9,1%) n'ont pas pu être exploitées pour les raisons suivantes : le participant a jugé la question non pertinente et a refusé d'annoncer une quantité (N=4 ; 1,5%), la réponse était imprécise (N=12 ; 4,6%) ; les participants n'ont pas été en mesure d'évaluer cette consommation (N=6 ; 2,3%) ; et enfin la question n'a pas été comprise (N=2 ; 0,8%). Ces données manquantes ont été estimées en utilisant le *package MICE (Multivariate Imputation by Chained*

Equations du logiciel R) (Van Buuren, Boshuizen, & Knook, 1999). L'algorithme utilisé consiste en une imputation multivariée de chaînes d'équations. Il est appliqué sur les valeurs catégorielles et continues et permet d'obtenir la valeur de remplacement la plus optimale. Ce procédé est bien plus solide que le remplacement de la donnée manquante par la médiane ou la moyenne.

Pour ces raisons, cette variable apparaît être une approximation peu précise et devra être interprétée avec précaution.

1.2.2. Consommation d'autres substances psychotropes

Concernant les substances psychoactives illicites, seules les fréquences d'usage seront présentées. Etant donné qu'une poly-consommation est un facteur de risque et un indicateur de gravité d'un trouble de l'usage d'une substance psychoactive, nous avons considéré, comme variable contrôle, le fait d'avoir consommé, une substance psychoactive illicite, quelle qu'elle soit, au moins mensuellement, grâce à une variable dichotomique.

1.2.3. Pathologies et traitements médicamenteux

Les deux types d'informations ont été croisées, afin de classer les traitements par catégories de pathologies et principe actif pour les troubles psychiatriques. Ne seront présentés dans cette étude uniquement la quantité de personnes prenant habituellement un traitement médicamenteux pour une affection somatique et/ou psychiatrique. Dans les analyses, une seule variable a été considérée, pour cause de colinéarité, avoir un traitement psychotrope ou non. Ce choix relatif à la santé mentale nous a semblé plus pertinent relativement à notre objet de recherche.

1.2.4. Addictions comportementales

Une possible addiction comportementale a été estimée au travers un questionnaire dichotomique de 9 items qui évaluait si la personne était anxieuse, agitée ou irritée lorsqu'elle ne pouvait pas s'adonner à ce comportement, si elle avait déjà essayé d'en réduire son usage sans y parvenir, si elle y recourait de façon plus importante qu'initialement prévu, si le recours à ce comportement avait un coût financier important, si beaucoup de temps et d'énergie étaient dépensés pour recourir à ce comportement et si ce comportement avait des répercussions professionnelles, familiales et sentimentales, sur sa santé et/ou sur ses loisirs. Le score global s'étend ainsi de zéro à neuf.

Ont été retenus des comportements habituellement répertoriés dans de tels troubles et lorsque le score global aux items était au moins égal à un. Dans les analyses, nous avons considéré

avoir une possible addiction comportementale versus n'avoir aucun comportement, pouvant relever d'une addiction comportementale, problématique.

1.2.5. Nombre hebdomadaire de réunions

A partir du nombre de réunions par an, nous avons calculé une donnée et l'avons transformé de façon à ce qu'elle soit comparable à celle utilisée dans les études ayant une thématique proche de la nôtre (Connors et al., 2001; Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2012; Kelly, Stout, Magill, & Tonigan, 2010; Litt, Kadden, Kabela-Cormier, & Petry, 2009; Longabaugh & Wirtz, 2001a; Tonigan, Rynes, & McCrady, 2013). La variable ainsi créée est le logarithme du pourcentage de jours où la personne a assisté à une réunion. Cette variable ne sera utilisée que dans les analyses relatives aux hypothèses (présentées dans la partie III « Résultats », Chap. III). Par souci de simplification, puisqu'il s'agit d'une fréquence, nous avons appelé cette variable, nombre hebdomadaire de réunions. Cette désignation permettra également de la distinguer de l'item 1 du RI (Questionnaire de rétablissement, *Recovery Interview* Morgenstern et al. (1996) qui évalue également une fréquence d'assistance aux réunions sur un an, mais sur une échelle de Likert, que nous nommerons fréquence d'assistance aux réunions. L'attribution du nom « nombre hebdomadaire de réunions » peut toutefois entraîner une confusion. Dans le chapitre « analyse descriptive de la population » (Partie « Résultats »), un nombre moyen de réunions hebdomadaire a été rapporté. Celui-ci a été calculé à partir de la question : « Avec quelle fréquence assistez-vous, habituellement, à des réunions des Alcooliques anonymes ? ». Les participants ont, pour l'essentiel, donné une fréquence en nombre de réunions par semaine. D'autres, ont cependant répondu en nombre de réunions par mois, semestre ou an. Ces informations ont été transposés à la semaine.

L'usage de cette même appellation est justifié par la nature de l'information : il s'agit d'une fréquence et l'unité de mesure la plus usitée est le nombre de réunions par semaine. La méthode de calcul diffère en fonction de l'usage qu'il en est fait. Pour les analyses d'hypothèses, nous avons souhaité recourir à une mesure plus précise qui tienne compte d'une éventuelle périodicité, comme une fréquentation différente au moment des vacances et qui soit établie sur la même échelle de temps que le RI. Pour la description de la population, il s'agit d'une fréquence habituelle qui sera comparable à la valeur publiée dans un sondage des AA (Services Généraux AA France, 2016).

1.3. Scores à la SWBS (*Spiritual Well-Being*) et à la WHOQOL (*World Health Organization Quality Of Life*)

Ces deux échelles comportent des items inversés. Ils ont été recodés de façon à observer la forme positive dans les analyses.

2. Analyses statistiques

2.1. Logiciel utilisé

L'ensemble des analyses ont été effectuées avec le logiciel R (R versions 3.3.2 à 3.6.0, et R studio versions 1.0.136 à 1.2.1335). Les packages utilisés ainsi que leurs références bibliographiques vont être précisés dans le paragraphe suivant et rappelés, pour les analyses les plus importantes, lors de leur présentation dans la partie « résultats ».

2.2. Analyses statistiques

2.2.1. Analyse descriptive des distributions

Nous avons procédé aux analyses descriptives des distributions des variables sur l'échantillon global et par modalité de variables catégorielles lorsque c'était pertinent. Afin de visualiser ces distributions, des histogrammes ont été effectués pour chaque variable : seuls ceux correspondant aux scores aux échelles et chacun des items les composant seront présentés. Les minima, maxima, variances et moyennes ont été calculés. Enfin, la normalité des distributions a été testée avec le test de Shapiro, leur asymétrie avec le test d'Agostino, leur aplatissement avec le test de Anscombe-Glynn.

2.2.2. Analyse de la structure des outils

Afin d'identifier la structure des outils, nous avons procédé à des analyses de corrélations, des calculs de l'alpha de Cronbach et des Analyses en Composantes Principales (ACP) (package FactoMineR, (Lê, Josse, & Husson, 2008)). Les ACP ont été réalisées sur des variables centrées réduites, pour cause d'hétéroscédasticité.

2.2.3. Comparaisons de moyennes et des proportions

Les comparaisons de moyennes obtenues sur notre échantillon à une norme/valeur théorique ont été réalisées avec un test de Student avec une correction de Welch quand les variances différaient, les comparaisons de moyennes au sein de notre échantillon l'ont été avec un test de Wilcoxon (distribution non normales, dépendance des échantillons), celles de proportions sur notre échantillon avec le test de Cochran et avec une norme avec un test binomial. Les conditions de validités seront précisées lors des analyses.

2.2.4. Régressions linéaires multiples

Avant de procéder aux analyses de régression les conditions de validité ont été testées : absence de colinéarité (package car, Fox, 2015; Fox & Weisberg, 2018) et résidus indépendants et identiquement distribués. Les meilleurs modèles de régression ont été obtenus avec la méthode

descendante et sur la base du Critère d'Information d'Akaike (AIC, *library* stats du logiciel R, Chambers & Hastie, 1992; Ripley & Venables, 2002; Wilkinson & Rogers, 1973).

2.2.5. Médiations causales

Des médiations causales ont été réalisées en utilisant les algorithmes de Imai, Keele, et Tingley (2010), Imai, Keele, Tingley, & Yamamoto (2019) et Imai, Keele, & Yamamoto (2010) contenus dans la bibliothèque *mediation* du logiciel R. Etant donné l'absence de normalité de la plupart des distributions, la technique de Bootstrap non paramétrique avec 1000 rééchantillonnages a été appliquée. Enfin, des Analyses en Composantes Hiérarchiques ont été effectués avec le *package* *FactoMineR*, précédemment cité.

Des précisions sur ces analyses seront fournies lors de la présentation des résultats.

Une précision sur le protocole

En sus de cette étude, le protocole de recherche comprend un volet qualitatif qui ne sera pas présenté dans la thèse

Synthèse de la procédure

AVIS FAVORABLES : CERES (CER), CTTIRS, CA des AA

CRITÈRES D'INCLUSION :

- Acceptation des termes du formulaire du consentement libre et éclairé
- Membres AA France depuis plus d'un an
- Agés de plus de 18 ans
- Absence de consommation de substances psychoactives illicites

**Recrutement
Par les AA**

LIEN INTERNET :

- Lettre d'information
- Consentement libre et éclairé
- Critères d'inclusion

**Questionnaires
En ligne**

- Sociodémographiques
- Substances psychoactives/addictions comportementales
- AUDIT
- RBB
- SWBS
- RI
- CD-RISC
- WHOQOL-26

Logiciel R

- Distributions scores aux items et aux outils/proportions
- Corrélations inter-items
- Structure des outils :
 - Cohérence interne
 - Analyses en composantes principales
- Tests hypothèses
 - Comparaison de moyennes
 - Régressions multilinéaires
 - Analyses de médiation causale

Figure 18. Schéma récapitulatif du protocole

Partie III :
RÉSULTATS

Dans cette partie, seront présentés l'ensemble des résultats de l'étude. Le premier chapitre est dévolu à la description de la population. Le deuxième chapitre est consacré aux outils utilisés : une description de la distribution des scores aux items et aux échelles sera apportée et une analyse de la structure sera réalisée. L'objectif sera double. Il sera, d'une part, de s'assurer de la cohérence de l'outil et, d'autre part, d'identifier les caractéristiques de la population relativement aux notions clés de notre recherche : la spiritualité, la participation aux AA, la résilience et la qualité de vie. Enfin, les résultats relatifs aux hypothèses seront exposés. Concernant la notation d'écart-type, nous avons choisi d'utiliser la notation internationale « SD ».

I - Analyse descriptive de la population

Dans cette partie seront décrites les caractéristiques socio-démographiques de la population, celles relatives à la participation aux AA et d'autres groupes d'entraide, la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, les addictions comportementales, les suivis thérapeutiques et traitements médicamenteux.

Concernant la participation aux AA, seuls deux types de données seront mentionnés dans ce chapitre : l'ancienneté et l'assistance aux réunions. L'essentiel de la participation aux AA sera décrit dans le paragraphe dédié à l'outil l'évaluant (Chap. II, §2, de cette partie).

1. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques sont détaillées dans le tableau 4. Les informations recueillies ont été présentées dans la partie méthodologie (Chap. IV, §1.) ainsi que la transformation de certaines (Chap. V, §1).

L'échantillon est composé de 263 personnes membres des AA (157 hommes, soit 59,7% et 106 femmes, soit 40,3%). Cette répartition ne diffère pas significativement de celle obtenue sur notre échantillon (Test binomial : $IC_{95}=[53,5\% ; 65,7\%]$; $p=,158$).

L'âge moyen des 263 membres des AA est de 58,05 ans ($SD=9,92$). Ils ont en moyenne 1,73 enfants ($SD=1,15$) et un taux de fécondité de 1,55 ($SD=0,99$). Parmi ces membres des AA, 49 (18,6%) sont célibataires, 131 (49,8%) sont en couple, 75 (28,5%) sont séparé.e.s ou divorcé.e.s et 8 (3,0%) veufs/ves. Cent quatre (39,5%) participants vivent habituellement seul.e.s.

Relativement au niveau d'étude et à la situation professionnelle, 107 personnes (40,7%) ont un niveau inférieur ou égal au baccalauréat, 61 (23,2%) un niveau au moins égal à un master, 120 (45,6%) exercent une activité professionnelle, 37 (14,0%) n'en ont pas et 106 sont retraités (40,3%).

Tableau 4. *Caractéristiques socio-démographiques des 263 membres des AA*

	N (%)	Moy (SD)
Genre		
Homme	157 (59,7%)	
Femme	106 (40,3%)	
Age		58,05 (9,92)
Nombre d'enfants		1,73 (1,15)
	0	48 (18,2%)
	1	52 (19,8%)
	2	103 (39,2%)
	3	47 (17,9%)
	4	9 (3,4%)
	5	4 (1,5%)
Situation familiale		
	Célibataire	49 (18,6%)
	En couple	131 (49,8%)
	Séparé.e/divorcé.e	75 (28,5%)
	Veuf/ve	8 (3,1%)
Habite Habituellement		
	Seul.e	103 (39,2%)
	Avec ses parents	5 (1,9%)
	Avec son conjoint.e ⁽¹⁾	117 (44,5%)
	Avec conjoint.e et enfant(s)	20 (7,6%)
	Seul.e avec enfant(s)	14 (5,3%)
	Avec colocataire	4 (1,5%)
Diplôme		
	≤ CAP BEP ⁽²⁾	58 (22,1%)
	Baccalauréat ⁽²⁾	49 (18,6%)
	BTS ⁽²⁾	52 (19,8%)
	Licence ⁽²⁾	38 (14,5%)
	Master ⁽²⁾	52 (19,8%)
	Doctorat ⁽²⁾	9 (3,4%)
Situation Professionnelle		
	Emploi	120 (45,6%)
	Chômage	19 (7,2)
	Invalidité	14 (5,3%)
	Etude/formation	1 (0,4%)
	Retraite	106 (40,3%)
CSP⁽²⁾ actuelle/passée (retraité.e.s)		
	Agriculteur	2 (0,8%)
	Artisan/Commerçant/chef d'entreprise	26 (9,9%)
	Cadre/profession intellectuelle supérieure	89 (33,8%)
	Professions intermédiaires	33 (12,6%)
	Employé.e	83 (31,6%)
	Ouvrier(ère)	18 (6,9%)
	Autre	7 (2,8%)

(1) : époux(se), concubin.e, pacsé.e

(2) : ou équivalent

(3) : CSP, Catégorie Socio-professionnelle

2. Ancienneté aux AA, assistances aux réunions AA et autres groupes d'entraide fréquentés

Dans ce paragraphe ne sont présentées que les données sur l'ancienneté aux AA, l'assistance aux réunions et la participation à d'autres groupes d'entraide que les AA. Elles sont regroupées dans le tableau 5. Une description plus fine de la participation aux AA sera apportée lors l'étude des résultats à l'échelle « entretien de rétablissement » (RI, Recovery Interview, Morgenstern, et al., 1996) (Chap. II, §2.).

L'ancienneté moyenne aux AA des participants à l'étude est de 12,69 ans (SD=9,21). Elle s'échelonne entre 1 an et 48 ans. En moyenne, les membres des AA assistent à 1,52 réunions par semaine (SD=0,94) et y allés 71,30 (SD=50,39) fois durant l'année écoulée et 1033 (SD=1025,60) fois sur la durée de vie. Le nombre de réunions

Certains membres des AA participent à d'autres groupes d'entraide que les (N=30 ; 11,4 %). La grande majorité d'entre eux participent à un autre groupe d'entraide d'un programme en 12 étapes (N=19 ; 63,3 %), et plus particulièrement aux Narcotiques Anonymes (N=12 ; 40,0 %), groupe dédié aux personnes présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives, quelles qu'elles soient, en dehors du tabac.

Tableau 5. Ancienneté aux AA, Réunions assistées et autres groupes d'entraide fréquentés (N=263)

	N (%)	Moy (SD)
Ancienneté AA (ans)		12,69 (9,21)
Nombre de réunions par semaine		1,52 (0,94)
Nombre de réunions 12 derniers mois		71,30 (50,39)
Nombre total de réunions		1033,00 (1025,60)
Participation à d'autres groupes entraide		
Non	233 (88,6%)	
Oui	30 (11,4%)	
Autre groupe en 12 étapes	19 (7,2%)	
Narcotiques Anonymes	12 (4,6%)	

3. Lieux de recrutement

Les membres des AA ont été recrutés dans des groupes des AA de la France entière, comme l'illustre la figure ci-dessous.

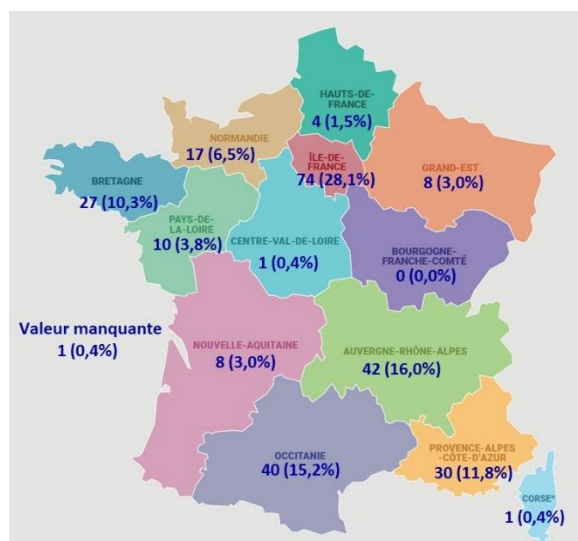


Figure 19 : lieux de recrutement des 263 membres des AA

4. Parcours de consommation d'alcool

Les résultats sur le parcours de consommation d'alcool sont détaillés dans le tableau 6.

Les participants à l'étude sont 239 (90,9%) à déclarer que l'alcool était leur substance psychoactive de choix. L'âge moyen de leur expérimentation de l'alcool est de 18,50 ans (SD=6,62) et de prise de conscience d'une consommation d'alcool problématique est de 36,46 ans (SD=10,30). Ils rapportent avoir commencé à consommer massivement de l'alcool à 32,15 ans (SD=10,48). Cette consommation massive d'alcool a duré, en moyenne, 15,8 (SD=9,86) ans et s'élevait à 284,77 (SD=175,60) grammes pur d'alcool par jour. Le détail sur l'évaluation de cette donnée a été précisé dans la partie « méthodologie » (chapitre V, §1.2.1.). La consommation moyenne, sans la prise en compte du remplacement des données manquantes aurait été de 276,95 (SD=166,88) g pur d'alcool.

Les membres de notre échantillon sont, en moyenne, abstinents depuis 15,9 ans (SD=10,1) et ont arrêté de consommer de l'alcool à 46,28 ans (SD=9,23). Cette durée d'abstinence s'échelonne entre un mois et 48 ans. Huit (3,0%) participants ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois ayant précédé le recueil de données. Leur score moyen à un test d'identification du trouble de l'usage d'alcool, l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification, Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) s'élève à 15,88 (SD=10,12). Un score supérieur à 13 correspond à une très probable dépendance à l'alcool.

Tableau 6. Parcours de consommation d'alcool des AA (N=263)

	N (%)	Moy (SD)
Alcool comme produit de choix	239 (90,9)	
Age d'expérimentation de l'alcool (ans)		18,50 (6,62)
Age perçu de début de consommation problématique d'alcool (ans)		36,46 (10,30)
Age du début de la consommation massive d'alcool (ans)		32,15 (10,48)
Durée de la consommation massive d'alcool (ans)		15,83 (9,86)
Consommation d'alcool ⁽¹⁾ (gramme d'alcool pur)		
Avec remplacement des données manquantes	263 (100,0%)	284,77 (175,60)
Sans remplacement des données manquantes	239 (90,9%)	276,95 (166,88)
Absence de consommation d'alcool année écoulée	260 (97,0%)	
Age à l'arrêt de la consommation d'alcool		46,28 (9,23)
Durée d'abstinence d'alcool		11,77 (9,18)
AUDIT	8 (3,0%)	15,9 (10,1)

(1) Consommation quotidienne d'alcool pendant la période de consommation massive d'alcool.

5. Autres consommations de substances psychoactives et addictions comportementales

Le détail des résultats sur les consommations de substances psychoactives et possibles addictions comportementales figure dans les tableaux 7 à 9.

Parmi les 263 membres des AA, 240 (91,6%) ont fumé du tabac et 87 (33,1%) d'entre eux en fumaient encore au moment de l'évaluation. L'âge moyen d'expérimentation de l'ensemble de ces consommateurs de tabac est de 16,63 (SD=4,36), la durée moyenne d'usage du tabac s'élève à 32,00 (SD=11,18) ans, et la quantité quotidienne moyenne de cigarettes à 22,52 (SD=10,58).

Tableau 7. Consommation passée et actuelle de tabac (N=263)

	N (%)	Moy (SD)
Tabac		
Anciens fumeurs	153 (58,6%)	
Fumeurs actuels	87 (33,1%)	
Fumeurs anciens et actuels	240 (91,6%)	
Age expérimentation Tabac		16,63 (4,36)
Durée usage tabac		32 (11,18)
Quantité quotidienne de cigarettes		22,52 (10,58)

D'autres substances psychoactives illicites ou non ont été, par le passé, consommées par certains participants.

Ainsi, 87 (33,1%) personnes ont consommé au moins une fois du cannabis. Parmi elles, 37 (14,1%) en prenaient quotidiennement. Nous avons également relevé que 30 (11,4%) personnes avaient consommé de la cocaïne, 20 (7,6%) de la MDMA (3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine), de l'ecstasy ou du LSD (LysergSäureDiethylamid, diéthyllysergamide), 17 (6,5%)

de l'héroïne et 16 (6,1%) des amphétamines ou méthamphétamines. La plupart de ces substances ont été majoritairement consommées de façon occasionnelle.

Les personnes ayant consommé du cannabis, l'ont, en moyenne, expérimenté à 19,09 ans (SD=5,74), consommé pendant 11,24 ans (SD=8,16) et en sont abstinents depuis 22,01 ans (SD=12,01). L'âge d'expérimentation de la cocaïne est de 24,90 ans (SD=7,62), la durée de consommation de 5,6 ans (SD=6,14) et la durée de leur abstinence de cocaïne de 20,83 ans (SD=12,59 ans). Ces mêmes données sont, respectivement, pour la MDMA/Ecstasy/LSD 22,55 (SD=5,49), 3,78 (SD=3,98) et 25,89 (SD=12,97) ans, pour l'héroïne 23,00 (SD=5,96), 6,92 (SD=6,62) et 26,2 (SD=9,08) ans, pour les amphétamines/méthamphétamines de 19,75 (SD=2,65), 3,87 (SD=4,36) et 32,72 (SD=12,57) ans.

Les autres substances psychoactives répertoriées par le DSM-5 concernaient moins de 5% de l'effectif et ne seront pas reportées. Les données sur l'éventuel mésusage de médicaments psychotropes n'ont pu être analysées : certaines réponses s'apparentent à une prise rigoureuse d'une prescription médicale et il nous a pas été possible de discriminer les mésusages des traitements.

Tableau 8. Consommation(s) passée(s) de substances psychoactives (N=263)

Substance psychoactive		N (%)	Moy (SD)
Cannabis			
	Jamais	176 (66,9%)	
	Rare/occasionnelle	29 (11%)	
	Mensuelle à pluri-hebdomadaire	21 (8%)	
	Quotidienne	37 (14,1%)	
	Age d'expérimentation	87 (33,1)	19,09 (5,74)
	Durée de la consommation	85 (32,3)	11,24 (8,16)
	Durée de l'abstinence	85 (32,3)	22,01 (12,01)
Cocaïne			
	Jamais	233 (88,6%)	
	Quotidienne	5 (1,9%)	
	Age d'expérimentation	30 (11,4)	24,90 (7,62)
	Durée de la consommation	25 (9,5)	5,60 (6,14)
	Durée de l'abstinence	30 (11,4)	20,83 (12,59)
MDMA/Ecstasy/LSD			
	Jamais	243 (92,4%)	
	Quotidienne	1 (0,4%)	
	Age d'expérimentation	20 (7,6)	22,55 (5,49)
	Durée de la consommation	20 (7,6)	3,78 (3,98)
	Durée de l'abstinence	20 (7,6)	25,89 (12,97)
Héroïne			
	Jamais	246 (93,5%)	
	Quotidienne	8 (3%)	
	Age d'expérimentation	17 (6,5)	23,00 (5,96)
	Durée de la consommation	14 (5,3)	6,92 (6,62)
	Durée de l'abstinence	14 (5,3)	26,2 (9,08)
Amphétamines/méthamphétamines			
	Jamais	247 (93,9%)	
	Quotidienne	2 (0,8%)	
	Age d'expérimentation	16 (6,1)	22,55 (5,49)
	Durée de la consommation	16 (6,1)	3,78 (3,98)
	Durée de l'abstinence	16 (6,1)	25,89 (12,97)

Des personnes de l'échantillon pourraient présenter une addiction comportementale. Pour rappel, l'évaluation a été faite à partir d'une échelle dichotomique, créée pour l'étude, de 9 items, inspirés des critères (Goodman, 1990). Le score maximal est de neuf. Pour plus de détails, la méthode d'évaluation a été explicitée dans la partie « méthodologie » (Chap.V, §1.2.4.).

Nous avons ainsi comptabilisé 59 (22,4%) personnes susceptibles de présenter une addiction comportementale, dont 33 (12,5%) un trouble du comportement alimentaire (TCA), 12 un trouble de l'usage d'internet. Les autres potentielles addictions relevées sont : au sexe, achats compulsifs, au sport et au travail. Les effectifs et scores sont retracés dans le tableau suivant.

Tableau 9. Addiction comportementale (N=263)

	N (%)	Moy (SD)
Possible addiction comportementale	59 (22,4%)	6,56 (1,52)
TCA	33 (12,5%)	3,45 (1,52)
Internet	12 (4,6%)	3,42 (1,89)
Sexe	6 (2,3%)	5,17 (2,48)
Achat compulsifs	4 (1,5%)	4,25 (2,59)
Sport	3 (1,1%)	3,67 (1,7)
Travail	1 (0,4%)	3 (0)

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire.

6. Traitements et suivis psychiatriques et/ou psychologiques

Les résultats ont été rapportés dans le tableau 10.

Parmi les 263 membres des AA interrogés, 115 (43,7%) ont un traitement médicamenteux, toute maladie confondue, 70 (26,6%) en ont un pour une affection somatique et 55 (20,9%) pour une pathologie psychiatrique. Enfin, 59 personnes (22,4%) ont un suivi psychiatrique ou psychologique.

Tableau 10. Traitement médicamenteux et suivi psychiatrique ou psychologique (N=263)

	N (%)
Traitement médicamenteux	
Toute pathologie confondue	115 (43,7%)
Pathologie somatique	70 (26,6%)
Pathologie psychiatrique	55 (20,9%)
Suivi psychiatrique/psychologique	59 (22,4%)

Synthèse du chapitre « analyse descriptive de la population »

Caractéristiques socio-démographiques

- N=263 ; âge : M=58,05 ans (SD=9,92) ; 59,7% d'hommes – 40,3% de femmes
- 49,8% sont en couple
- Lieu recrutement : France entière

Parcours de consommation d'alcool

- Age d'expérimentation : 18,50 ans (SD=6,62)
- Age du début de la consommation massive 32,15 ans (SD=10,48)
- Durée de la consommation massive d'alcool 15,83 (9,86)
- Nombre de personnes abstinentes depuis plus d'un an : N=260 (97,0%)
- Age à l'arrêt de la consommation d'alcool : 46,28 ans (SD=9,23)
- Durée de l'abstinence : 11,77ans (9,18)

Consommation de Tabac

- Anciens fumeurs et fumeurs actuels : 91,6%
- Fumeurs en rémission : 58,6 % ; Fumeurs actuels : 33,1%

Consommation passée de cannabis

- Ont déjà consommé du cannabis : 33,1% ; dont quotidiennement : 63,8%
- Age d'expérimentation : 19,09 (SD=5,74)
- Durée de la consommation : 11,24 ans (SD=8,16)
- Durée de l'abstinence 22,01 ans (12,01)

Addiction comportementale : 22,4% ; intensité de l'addiction

- Possible présence d'une addiction comportementale 22,4% ; TCA : 12,5%
- Intensité sur 9 points du trouble comportemental : 6,56 (SD=1,52)

Traitement et suivi psychiatrique et/ou psychologique :

- Traitement psychotrope : 20,9%
- Suivis psychiatriques/psychologiques : 22,4%
- Traitement pour affection somatique : 26,6%

Autre entraide que les AA :

- Participation à d'autres groupes d'entraide que les AA : 11,4%
 - Dont autre groupes en 12 étapes : 63,3%
 - NA (Narcotiques Anonymes) : 40,0%

Pour la synthèse des caractéristiques de la participation aux AA voir : Chap.II, fin §2.

II - Scores et analyse de la structure des outils

Des outils utilisés ont dû être adaptés à notre étude, le questionnaire de rétablissement RI (Recovery Interview) ou traduits en français (RI, RBB, Religious Background and Behaviour), d'autres n'ont pas été testés sur une population comparable à la nôtre : la version anglaise originale de la CDRISC (Connor and Davidson Resilience Scale) a été étudiée sur une population représentative de la population générale américaine ou sur des individus présentant un trouble psychiatrique hors trouble de l'usage d'une substance ; la version française a été analysée sur une population d'étudiants en médecine, dentaire et première année de santé ; celle de la WHOQOL (World Health Organization Quality Of Life) sur une population de personnes présentant une maladie neuromusculaire avec atteinte primitive de l'unité motrice et celle de la SWBS sur une population d'étudiants en droit ou gestion des entreprises et des administrations. En outre la SWBS et la CDRISC présentent des structures différentes entre leur version anglaise et française. Aussi, avant de procéder aux modélisations statistiques visant à répondre à nos hypothèses, avons-nous souhaité vérifier la structure des outils utilisés pour la présente étude. Cette analyse préalable contrôlera la pertinence de tous les items et si le score global constitue une mesure satisfaisante du phénomène que nous cherchons à évaluer. En outre, cette analyse mettra en exergue les caractéristiques des membres des AA (N=263) quant à leur participation aux AA, leurs spiritualités, leur résilience et qualité de vie.

Seront d'abord présentés les outils évaluant la spiritualité, puis la participation aux AA et enfin le rétablissement avec la résilience et la qualité de vie. Chaque analyse suivra le même plan. Une brève présentation de l'outil sera suivie des analyses de la distribution des scores aux items et à l'échelle et sous-échelle pour la SWBS, des corrélations inter-items, de la consistance interne et de la structure des outils.

1. Mesure de la spiritualité

Nous décrirons d'abord les résultats concernant l'échelle RBB, puis ceux de la SWBS.

1.1. L'échelle sur les pratiques et antécédents religieux RBB (Religious Background and Behavior) de Connors et. al (1996)

Après une présentation brève de l'échelle et de la distribution des scores, nous décrirons tout d'abord la structure de l'échelle sur sa globalité, puis, conjointement, celle de ses deux sous-échelles, correspondant à deux périodes différentes : une actuelle et l'autre sur la durée de vie.

1.1.1. Présentation de la RBB

Nous allons présenter brièvement l'échelle. Sa description complète est consultable dans la partie « méthodologie » (Chap. IV, §2.1.)

Cette échelle est une auto-évaluation du degré de spiritualité. Elle reprend tous les aspects de la définition de la spiritualité de Hill et al. (2000). L'item 1 est un item global qui évalue le degré de croyance d'une personne en un Dieu/une PS. Les six items suivants évaluent la fréquence des pensées S/R, (item 2a), de la médiation (2b), de la prière (2c), de l'assistance à un service/culte S/R (2d), de la lecture de textes S/R (2e) et des expériences de la présence de Dieu/une PS (2f) sur l'année ayant précédé l'évaluation. Ces mêmes items ont été posés sur la durée de vie (3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f) et sur l'année ayant précédé l'arrivée aux AA (AAa, AAb, AAc, AAd, AAe, AAf).

Pour faciliter la lecture nous nommerons par « actuel », les évaluations sur l'année écoulée, par « avant l'arrivée aux AA », les évaluations sur l'année ayant précédé l'arrivée aux AA et par « expériences S/R », les expériences de la présence d'un Dieu/d'une PS et la précision qu'il s'agit de fréquences pour les items indicés de « a » à « f » sera omise lorsque le contexte s'y prête.

1.1.2. Distribution des scores RBB (présent, passé, durée de vie) et aux items

Les caractéristiques des distributions sont rapportées dans les tableaux 11 à 13.

Scores actuels

La distribution du score global RBB tend vers celle d'une loi Normale (test de Shapiro : $p=,015$) ; les autres distributions ne suivent pas une loi Normale ($p<,001$). Toutefois, la symétrie (*skewness*) de la fréquence des prières (RBB2c) et des scores globaux, ainsi l'aplatissement (*kurtosis*) de la fréquence des expériences S/R ne diffèrent pas significativement de ceux d'une loi normale ($p>,05$).

Les *skewness* des 4 premiers items (croyances en Dieu/PS, fréquences des pensées S/R, de la médiation et des prières) sont négatifs, indiquant une concentration des participants sur les scores les plus élevés, contrairement au 3 derniers items (assistance à un culte S/R, de la lecture de textes S/R et des expériences S/R).

Un examen plus détaillé des distributions révèle que 83,3% des participants croient en un Dieu soit sans pour autant appartenir à une religion (64,3%) ou en appartenant à une religion (19,0%), correspondant respectivement aux désignations de « spirituel » et « religieux ». 64,6% ont des pensées sur Dieu ou une PS presque tous les jours ou plusieurs fois par jours, 41,1% méditent plusieurs fois par jour ou presque tous les jours, 41,4% prient presque tous les jours ou plusieurs fois par jour.

En revanche, une proportion importante des participants ne lit jamais (28,5%) ou rarement (29,3%) de textes S/R, et 41,8% et 27,8% des participants ne font, respectivement, jamais ou rarement d'expériences S/R.

Enfin, 52,5% des 263 participants n'assistent jamais à un culte S/R et 33,5% y assistent rarement. Donc, 85,0% ne sont pas ou extrêmement peu concernés par cet item.

Les moyennes et écarts types des items différant les uns des autres, les analyses seront faites sur des variables centrées réduites.

Tableau 11. Distribution des items et score RBB sur la période actuelle (N=263)

Items ⁽¹⁾	Hist.	Moy (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	p	Aplat.	p
RBB1 : Croyance en Dieu/PS		3,88 (0,93)	1-5	1-5	-1,46	***	5,28	***
RBB2a : Pensées S/R		6,01 (2,13)	1-8	1-8	-1,10	***	2,85	***
RBB2b : Méditation		5,01 (2,35)	1-8	1-8	-,48	**	1,69	***
RBB2c : Prières		4,70 (2,67)	1-8	1-8	-0,26	.	/	
RBB2d : Culte S/R		1,78 (1,14)	1-7	1-8	1,99	***	6,99	***
RBB2e : Lecture S/R		3,10 (2,18)	1-8	1-8	0,82	***	2,23	***
RBB2f : Expériences S/R		2,76 (2,32)	1-8	1-8	1,190	***	2,86	,76
RBB : score total		27,24 (9,49)	7-50	7-53	-0,04	,78	2,39	*

Hist. : histogramme,

Asym. : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970).

Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983).

Rappel : RBB1a : 1=athée ; 2=agnostique ; 3=sans opinion ; 4=spirituel ; 5=religieux ; Autres items : 1=jamais ; 2=rarement ; 3=1fois/mois ; 4=2fois/mois ; 5=1fois/semaine ; 2fois/semaine ; 7=presque tous les jours ; 8=plusieurs fois par jour.

*** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$; ; $p < ,1$

Scores avant l'arrivée aux AA

Aucune des distributions des scores aux items et globaux sur la période ayant précédé l'arrivée aux AA ne suit une loi normale (Test Shapiro, $p < ,001$).

Les distributions des scores globaux et aux items sont tous positivement asymétriques : les scores se concentrent sur des niveaux faibles de spiritualité. Concernant, le score global, les $\frac{3}{4}$ de l'échantillon ont un score inférieur ou égal à 15, pour un score théorique pouvant s'échelonner entre 7 et 53.

Pour chaque item, les fréquences correspondant à « jamais » ou « rarement » concernent aux moins 80% de l'échantillon.

Plus spécifiquement, nous constatons que 72,2% des participants ne croyaient pas en Dieu/une PS (correspondant aux désignation : athées, agnostiques ou sans opinion) avant leur arrivée aux AA.

Tableau 12. Scores RBB et aux items de RBB avant l'arrivée aux AA (N=263)

Items	Hist	Moy (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	Aplat.
RBB1AA : Croyances en Dieu/PS		3,88 (0,93)	1-5	1-5	-1,46 ***	5,28 ***
RBBAA2a : Pensées S/R		2,28 (2,11)	1-8	1-8	1,70 ***	4,44 **
RBBAA2b : Méditation		1,75 (1,60)	1-8	1-8	2,60 ***	8,81 ***
RBBAA2c : Prière		2,08 (1,97)	1-8	1-8	2,01 ***	5,64 ***
RBBAA2d : Culte S/R		1,58 (0,90)	1-7	1-8	2,46 ***	11,20 ***
RBBAA2e : Lecture S/R		1,60 (1,22)	1-8	1-8	2,90 ***	12,28 ***
RBBAA2f : Expérience S/R		1,36 (1,04)	1-8	1-8	4,12 ***	21,46 ***
RBBAA : score total		13,17 (7,27)	7-46	7-53	1,71 ***	2,44 ***

Hist. : histogramme. Asym : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970). Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983). *** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$

Scores sur la durée de vie

Aucune des distributions ne suit une loi normale ($p < ,001$). Les scores globaux sur la durée de vie sont négativement asymétriques : davantage de participants ont des scores de spiritualité élevés. Ceci indique que globalement les participants ont eu davantage tendance à répondre qu'ils ont soit toujours eu des pratiques, pensées, et expériences S/R ou soit qu'ils en ont actuellement, mais n'en avaient pas autrefois.

Plus spécifiquement, nous observons qu'une plus grande proportion d'individus déclare qu'actuellement ils étudient ou lisent des textes spirituels ou sacrés (67,3%) et méditent (49,5%), alors qu'ils ne le faisaient pas autrefois. Une plus grande proportion de participants déclare avoir toujours eu des pensées sur Dieu (80,2%) et avoir toujours prié (67,7%).

En revanche, une proportion d'un même ordre de grandeur d'individus déclare n'avoir jamais fait l'expérience de la présence de Dieu (35,4%), en faire actuellement l'expérience mais jamais autrefois (31,6%) et ou en avoir toujours fait l'expérience (26,6%).

Enfin, une plus grande proportion d'individus dit qu'elle assistait à des cultes autrefois, mais plus actuellement (78,3%).

Tableau 13. Scores RBB et aux items de RBB sur la durée de vie (N=263)

Hist. : histogramme

Items	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym. p	Aplat. p
RBB3a : Pensées S/R		3,77 (0,50)	2-4	1-4	-2,07 ***	6,47 ***
RBB3b : Méditation		3,24 (0,85)	1-4	1-4	-1,34 *	4,60 ***
RBB3c : Prière		3,43 (0,92)	1-4	1-4	-1,36 ***	/
RBB3d : Culte S/R		2,21 (0,77)	1-4	1-4	1,46 ***	4,55 ***
RBB3e : Lecture S/R		2,51 (0,92)	1-4	1-4	0,82 ***	2,23 ***
RBB3f : Expériences S/R		2,50 (1,22)	1-4	1-4	0,82 ***	2,23 ***
RBB - Durée de vie		21,51 (3,71)	10-28	7-29	-0,63 ***	3,18 ,42

Hist. : histogramme. Asym : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970). Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983).*** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$

Synthèse : notation et distribution et évolution des scores des items et de RBB

- Pour faciliter la lecture nous avons désigné :
 - **Période actuelle** : les 12 mois précédant l'évaluation
 - **Période avant AA** : les 12 mois précédant l'arrivée aux AA
- Les moyennes et variances étant différentes, les analyses ont été effectuées sur les **variables standardisées**
- La distribution du score actuel de RBB s'apparente à celle d'une loi normale
- **ACTUELLEMENT**, Les membres des AA de l'échantillon ont davantage **tendance à croire en Dieu sans appartenir à une religion (64,3%)**, et à **prier, méditer** et avoir des **pensées S/R** au moins **tous les jours**. En revanche, ils ont tendance à **ne jamais ou rarement lire des textes S/R, faire l'expérience de la présence d'un Dieu/une PS ou assister à un culte/service S/R**.
- **AVANT LEUR ARRIVEE AUX AA**, ils avaient tendance à se considérer **ne pas croire en Dieu/une PS** à **ne jamais ou rarement recourir à des pratiques S/R, avoir des pensées S/R** ou faire l'expérience de la présence de Dieu/une PS dans leur vie.
- **SUR LA DUREE DE VIE** : Les membres ont davantage tendance à avoir **toujours eu des pensées sur Dieu/une PS et prié**, mais à développer la **pratique de la méditation et la lecture de textes S/R** sur une période **récente**.

1.1.3. Structure de la RBB

Afin d'explorer la structure de l'outil nous avons procédé à des analyses de corrélations, de l'alpha de Cronbach et en composantes principales.

Les auteurs de l'outil (Connors et al., 1996) ont réalisé deux analyses en composantes principales, l'une sur les 13 items et la seconde sur les 7 premiers items de l'outil.

Dans la lignée des auteurs, nous allons étudier la structure de l'outil sur les 13 items de l'échelle, puis sur ceux portant sur la période actuelle et enfin sur ceux concernant la durée de vie.

Les analyses de la structure des items s'appliquant à la période ayant précédé l'arrivée aux AA ne seront pas détaillées. L'usage qu'il sera fait de cette sous-échelle ne nous semble pas requérir un tel développement. Nous mentionnerons seulement, en préambule, que sa consistance interne est

bonne (α brut=0,81 et α standard=0,81), et qu'elle a une structure unifactorielle, expliquant 47% de la variance totale.

Analyse des corrélations

Nous ne décrivons que les corrélations des items de la période actuelle, entre eux, avec ceux sur la durée de vie et ceux sur la période précédant l'arrivée aux AA. Ces corrélations sont rapportées dans le tableau 14. Les matrices de corrélation portant sur la période précédant l'arrivée aux AA et sur la durée de vie sont consultables en annexe 17.

Toutes les corrélations significatives sont positives.

Sur la période actuelle, à l'exception de l'assistance à un culte ($r=0,45$; $p<,01$), les items de la période actuelle sont tous très fortement corrélés au score global ($0,56\leq r\leq,80$). Les items les moins corrélés aux autres sont l'assistance à un culte et la lecture de textes S/R ($0,11\leq r\leq,37$). Ceux les plus corrélés aux autres sont la prière et les pensées sur Dieu ($0,31\leq r\leq 0,67$, en excluant le culte).

Seules la croyance en Dieu/PS, l'assistance à un culte, la lecture de textes S/R et les expériences de la présence de Dieu sur la période actuelle ont une corrélation supérieure à 0,3 ($p<,001$) avec leur item homologue sur la période avant l'arrivée aux AA. Les autres corrélations sont faibles voire non significatives ($0,03\leq r\leq 0,29$; p significatif pour $r>0,12$).

Les corrélations des items homologues entre la période actuelle et sur la durée de vie sont relativement fortes, la plus faible étant celle concernant la croyance en Dieu/PS ($r=0,32$; $p<,001$) et la plus forte celle sur le culte ($r=,82$; $p<,001$).

Tableau 14. *Corrélations des items RBB de la période actuelle entre eux et avec ceux avant l'arrivée aux AA et sur la durée de vie*

	RBB1 Croyances S/R	RBB2a Pensées S/R	RBB2b Méditation	RBB2c Prières	RBB2d Culte S/R	RBB2e Lecture S/R	RBB2f Expériences S/R	RBB Score
RBB1	1							
RBB2a	0,49	1						
RBB2b	0,24	0,49	1					
RBB2c	0,45	0,67	0,45	1				
RBB2d	0,37	0,22	0,11	0,31	1			
RBB2e	0,23	0,35	0,37	0,34	0,33	1		
RBB2f	0,26	0,44	0,33	0,37	0,22	0,42	1	
RBB	0,56	0,80	0,69	0,79	0,45	0,66	0,68	1
RBB1AA	0,44	0,19	0,12	0,26	0,25	0,10	0,20	0,29
RBBAAa	0,22	0,24	0,12	0,25	0,27	0,12	0,18	0,28
RBBAAb	0,05	0,04	0,24	0,06	0,11	0,03	0,03	0,12
RBBAAc	0,25	0,20	0,06	0,29	0,22	0,08	0,14	0,25
RBBAAd	0,29	0,10	0,08	0,21	0,45	0,18	0,15	0,26
RBBAAe	0,15	0,13	0,10	0,17	0,18	0,32	0,15	0,25
RBBAAf	0,19	0,21	0,08	0,23	0,21	0,19	0,39	0,32
RBBAA	0,32	0,24	0,17	0,30	0,33	0,19	0,24	0,35
RBB3a	0,39	0,38	0,14	0,26	0,10	0,19	0,19	0,33
RBB3b	0,10	0,23	0,52	0,24	0,15	0,19	0,15	0,35
RBB3c	0,38	0,47	0,29	0,64	0,27	0,22	0,25	0,54
RBB3d	0,37	0,20	0,06	0,25	0,82	0,23	0,16	0,36
RBB3e	0,21	0,31	0,23	0,26	0,28	0,58	0,27	0,46
RBB3f	0,36	0,40	0,25	0,35	0,29	0,33	0,63	0,55
RBBVie	0,66	0,59	0,42	0,59	0,54	0,48	0,50	0,77

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, Cohen, 1992)

En rouge : $r \geq 0,50$

Structure de la RBB sur 13 items (période actuelle et durée de vie)

Consistance interne des 13 items de la RBB (période actuelle et durée de vie)

La consistance interne par item retiré est présentée dans le tableau 15

Sur notre échantillon de 263 membres des AA, l'alpha de Cronbach sur les 13 items standardisés de la RBB est de 0,85 et 0,83 pour les valeurs brutes ($IC_{95}=[0,80 ; 0,85]$) ; ce qui est un bon résultat puisqu'il dépasse le seuil requis de 0,70 (Nunnally, 1978).

Le retrait d'aucun item n'améliorerait l'alpha de Cronbach.

Tableau 15: Consistance interne de la RBB par item

Items	Alpha Brut ⁽¹⁾	Alpha Std ⁽¹⁾	Corrélation item-score brut	Corrélation item-score std	Corrélation Item-reste	Corrélation inter-item moyenne
RBB1 : Croyances S/R	0,82	0,84	0,57	0,62	0,51	0,30
RBB2a : pensées S/R	0,79	0,83	0,78	0,73	0,69	0,29
RBB2b : méditation	0,81	0,84	0,65	0,58	0,52	0,30
RBB2c : prières	0,80	0,83	0,78	0,72	0,66	0,29
RBB2d : culte	0,82	0,84	0,49	0,58	0,42	0,30
RBB2e : lecture S/R	0,81	0,84	0,65	0,62	0,53	0,30
RBB2f : expérience S/R	0,81	0,84	0,67	0,61	0,54	0,30
RBB3a : pensées S/R	0,83	0,85	0,40	0,49	0,36	0,31
RBB3b : méditation	0,82	0,85	0,42	0,46	0,36	0,32
RBB3c : prière	0,81	0,83	0,61	0,66	0,56	0,29
RBB3d : culte	0,82	0,85	0,41	0,50	0,35	0,31
RBB3e : lecture S/R	0,82	0,84	0,51	0,54	0,45	0,31
RBB3f : expérience S/R	0,81	0,83	0,63	0,65	0,56	0,30

(1) Alpha de Cronbach par item retiré.

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En résumé :

- Bonne consistance interne des 13 items de l'outil
- Aucun item ne la détériore

Nous allons approfondir l'analyse de la structure de l'outil sur les 13 items grâce à une analyse en composantes principales (ACP).

Structure factorielle de la RBB sur les 13 items

L'ACP des auteurs de l'outil (Connors et al., 1996) sur l'ensemble des items a mis en évidence une cohérence entre la contribution des items analogues sur la durée de vie et l'année écoulée. Nous observons cette même cohérence sur notre échantillon. Les auteurs ont alors comparé les items analogues et trouvé un pourcentage d'accord s'échelonnant entre 72% et 98%.

Sur notre échantillon, en dehors de la fréquence des pensées sur Dieu ($r(\text{RBB2a}, \text{RBB3a}) = ,38$; $p < ,001$), nous constatons de fortes corrélations entre les items analogues sur la période actuelle et la durée de vie ($0,48 \leq r \leq 0,52$; $p < ,001$).

Les auteurs ont dégagé de leur ACP sur l'ensemble des items 4 axes factoriels. Ils expliquent 73% de la variance totale de leur échantillon. Ils ont pour cela considéré le critère de Kaiser (sélection des valeurs propres supérieures à 1). Avec ce même critère, nous retenons également 4 axes factoriels

qui expliquent 67% de la variance totale de notre échantillon. La part de variance expliquée par les axes factoriels 2 à 4 sont comparables sur les deux échantillons.

Tableau 16. Valeurs propres et variance expliquée de l'ACP RBB13 sur notre échantillon et celui Connors et al. (1996), concepteurs de l'outil.

	Ech. AA			Ech. Connors
	Valeur Propre	% de variance expliquée	% cumulé de variance expliquée	% cumulé de variance expliquée
Axe factoriel 1	4,72	36,30	36,30	44
Axe factoriel 2	1,60	12,34	48,64	13
Axe factoriel 3	1,26	9,70	58,34	9
Axe factoriel 4	1,12	8,62	66,96	8
Axe factoriel 5	0,91	7,01	73,97	
Axe factoriel 6	0,83	6,35	80,32	
Axe factoriel 7	0,68	5,20	85,52	
Axe factoriel 8	0,49	3,77	89,29	
Axe factoriel 9	0,39	3,02	92,31	
Axe factoriel 10	0,32	2,49	94,79	
Axe factoriel 11	0,28	2,18	96,98	
Axe factoriel 12	0,24	1,87	98,85	
Axe factoriel 13	0,15	1,15	100,00	

: Valeur propres > 1

Ech. AA : Echantillon des 263 membres des AA

Ech. Connors : Echantillon de validation (Connors et al., 1996)

Les résultats que nous allons présenter sont détaillés dans les tableaux 17 et 18.

Le premier axe factoriel de l'échantillon de validation des auteurs (Connors et al., 1996) regroupe les items évaluant la fréquence des prières et pensées sur Dieu actuelles et sur la durée de vie ainsi que le degré de croyance en Dieu et explique 44% de la variance totale. Ils le nomment « **conscience de Dieu** ». Le premier axe factoriel de notre échantillon comprend en plus de ceux présents chez les auteurs, les expériences de la présence d'un Dieu/une PS actuelles et sur la durée de vie, items en adéquation avec la « conscience de Dieu ». L'axe 1 explique 36% de la variance totale. Nous constatons que tous les items contribuent positivement à cet axe : il s'agit donc d'un axe de taille, c'est-à-dire représentatif du score global.

Le deuxième axe factoriel de l'échantillon de validation de Connors et al. (1996) est composé des variables évaluant la participation à un culte et la lecture de textes religieux. Il explique 13% de la variance totale. Les auteurs le nomment **pratiques formelles**. Celui de notre échantillon ne comprend

que la fréquence de participation à un **culte** et explique 12% de la variance et peut s'apparenter à une pratique formelle ou tout au moins à une pratique en groupe. Avec une contribution moindre, nous constatons sur cet axe, une opposition de la pratique de la méditation actuelle à l'assistance à un culte S/R, donc d'une pratique formelle en groupe.

Le troisième axe factoriel sur l'échantillon de Connors et al. (1996) est porté par les variables évaluant les expériences de Dieu et explique 9% de leur variance totale. Dans notre échantillon, il regroupe les variables actuelles et sur la durée de vie évaluant la fréquence de **lecture** de textes spirituels ou religieux et explique 10% de la variance. Avec une contribution moindre, sur notre échantillon, la fréquence des pensées S/R et de la prière sur la durée de vie s'opposent à la fréquence de la lecture de textes S/R, sur cet axe.

Enfin le quatrième axe factoriel est composé, dans l'échantillon de Connors et al. (1996) et le nôtre des variables estimant la pratique de la méditation actuelle et sur la durée de vie qui expliquent, respectivement, 8% et 9% de la variance totale. Sur notre échantillon viennent s'y opposer sur cet axe, avec une contribution moindre, les expériences S/R.

Ainsi, comme dans l'échantillon de Connors et al. (1996), nous isolons quatre axes factoriels principaux. Sur notre échantillon, les expériences de la présence d'un Dieu/une PS dans sa vie a davantage de poids et contribue à « la conscience d'un Dieu » aux côtés de la croyance en Dieu/une PS, les pensées S/R et la pratique de la prière. En revanche, sur notre échantillon, la lecture de textes S/R se détache des pratiques formelles et a une importance moindre que dans l'échantillon de Connors et al. (1996). Pour le rester, la structure de l'outil sur notre échantillon est comparable à celle de Connors et al. (1996).

Tableau 17. Variables actives de l'ACP de RBB13 sur l'échantillon de membres des AA (N=263)

	Items	Facteur 1 (36%) Axe de taille Degré S/R		Facteur 2 (12%) Culte		Facteur 3 (10%) Lecture S/R		Facteur 4 (9%) Méditation	
		Coord	contrib	Coord	contrib	Coord	contrib	Coord	contrib
Actuel	RBB1 : Croyance en Dieu	0,63	8,47	0,20	2,59	-0,34	8,94	-0,19	3,22
	RBB2a : pensées S/R	0,76	12,18	-0,22	3,06	-0,21	3,37	-0,11	1,01
	RBB2b : méditation	0,58	7,03	-0,45	12,48	0,08	0,57	0,42	16,05
	RBB2c : prière	0,75	12,04	-0,12	0,87	-0,27	5,85	0,06	0,28
	RBB2d : culte	0,55	6,44	0,73	33,20	0,11	1,01	0,23	4,82
	RBB2e : lecture S/R	0,61	7,87	-0,02	0,03	0,58	26,50	-0,01	0,01
	RBB2f : expé S/R	0,62	8,12	-0,13	1,04	0,30	7,33	-0,37	12,01
Durée de vie	RBB3a : pensées S/R	0,48	4,90	-0,12	0,87	-0,37	10,55	-0,28	7,09
	RBB3b : méditation	0,42	3,81	-0,33	6,83	0,01	0,00	0,65	37,17
	RBB3c : prière	0,67	9,53	-0,08	0,37	-0,39	11,79	0,08	0,59
	RBB3d : culte	0,47	4,75	0,78	38,33	-0,04	0,13	0,22	4,36
	RBB3e : lecture S/R	0,53	5,83	-0,07	0,33	0,53	22,32	-0,05	0,21
	RBB3f : expé S/R	0,65	9,03	-0,01	0,01	0,14	1,65	-0,38	13,19

Ech. AA : Echantillon des 263 membres des AA

Ech. Connors : Echantillon de validation (Connors et al., 1996)

Contrib : contribution (part de la variance expliquée) ; coord. : coordonnée (et corrélation, car variables centrées réduites)

Meilleures contribution et représentation de l'item

Tableau 18. Axes factoriels et leur appellation sur l'échantillon de validation des auteurs

Facteur 1 (44%) Conscience de Dieu	Facteur 2 (13%) Pratiques formelles	Facteur 3 (9%) Expériences de Dieu	Facteur 4 (8%) Méditation
RBB1 : Croyance en Dieu	RBB2d : culte	RBB2f : expériences S/R	RBB2b : méditation
RBB2a : pensées S/R	RBB2e : lecture S/R	RBB3f : expérience	RBB3b : méditation
RBB2c : prière	RBB3d : culte		
RBB3a : pensées S/R	RBB3e : lecture S/R		
RBB3c : prière			

Synthèse de la structure de la RBB-13 sur l'échantillon de membres des AA et celui de Connors et al. (1996)

- **Bonne consistance interne**
- **4 axes factoriels**

Axe factoriel 1 : CONSCIENCE DE DIEU – degré de spiritualité (axe de taille)

Echantillon AA (36%) : croyance en Dieu/PS, Pensées sur Dieu/PS, prière, Expériences de Dieu/PS
Connors et al. (1996) (44%) : Croyance en Dieu, Pensées sur Dieu, prière

Axe factoriel 2 : ASSISTANCE A UN CULTE

Echantillon AA (12%) : Culte (vs pratique de la méditation actuelle)
Connors et al. (1996) (13%) : Pratiques formelles : cultes, lectures S/R

Axe factoriel 3 : LECTURE S/R

Echantillon AA (10%) : Lecture S/R (vs Prière et pensée sur la durée de vie et croyance en Dieu/PS)
Connors et al. (1996) (9%) : Expériences de Dieu

Axe factoriel 4 : MEDITATION

Echantillon AA (9%) : Méditation (vs expériences de Dieu/PS)
Connors et al. (1996) (8%) : Méditation

Structure de la RBB sur chaque sous-échelle : période actuelle et durée de vie

Consistance interne des 7 items sur la période actuelle

La consistance interne par item retiré est rapportée dans le tableau 19. La consistance interne des 7 items actuels de la RBB, sur l'échantillon de 263 membres des AA, est satisfaisante (α brut : 0,784 ; α standardisé : 0,796). Le retrait de l'item RBB2d (assistance à un culte) n'améliorerait que très légèrement cette consistance : les alpha brut et standardisé seraient, respectivement, augmentés de un centième et deux centièmes de point.

Tableau 19. *Consistance interne de la sous-échelle portant sur la période actuelle*

Items	Alpha Brut (1)	Alpha Std (1)	Corrélation item-score brut	Corrélation item-score std	Corrélation Item-reste	Corrélation inter-item moyenne
RBB1 : Croyances S/R	0,776	0,773	0,56	0,65	0,48	0,36
RBB2a : pensées S/R	0,719	0,738	0,80	0,78	0,69	0,32
RBB2b : méditation	0,756	0,775	0,69	0,64	0,52	0,36
RBB2c : prières	0,728	0,743	0,79	0,77	0,65	0,32
RBB2d : culte	0,785	0,796	0,45	0,55	0,35	0,39
RBB2e : lecture S/R	0,76	0,773	0,66	0,65	0,50	0,36
RBB2f : expé S/R	0,758	0,772	0,68	0,65	0,51	0,36

(1) Alpha de Cronbach par item retiré. Expé : expériences
 $r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

- Bonne consistance interne de la RBB sur la période actuelle
- Le retrait de l'item évaluant l'assistance à un culte n'améliorerait que très faiblement cette consistance

Consistance interne des 7 items sur la durée de vie

La consistance interne par item retiré figure dans le tableau 20.

En cohérence avec l'analyse de Connors et al. (1996), aux 6 items sur la durée de vie est ajouté l'item sur la croyance en Dieu/une PS (RBB1). L'alpha de Cronbach est tout juste satisfaisant pour les variables standardisées ($\alpha=0,70$) et à peine satisfaisant pour les valeurs brutes ($\alpha=0,69$).

Aucun retrait d'item ne permettrait d'améliorer la consistance interne.

Tableau 20. Consistance interne de la sous-échelle portant sur la durée de vie

Items	Alpha Brut (1)	Alpha Std (1)	Corrélation item-score brut	Corrélation item-score std	Corrélation Item-reste	Corrélations inter-item moyenne
RBB1 : Croyance en Dieu	0,63	0,64	0,66	0,67	0,48	0,23
RBB3a : pensées S/R	0,66	0,66	0,54	0,61	0,43	0,25
RBB3b : méditation	0,69	0,70	0,49	0,50	0,28	0,28
RBB3c : prières	0,62	0,63	0,70	0,71	0,54	0,22
RBB3d : culte	0,68	0,69	0,50	0,51	0,32	0,27
RBB3e : lecture S/R	0,67	0,69	0,55	0,53	0,34	0,27
RBB3f : expé S/R	0,64	0,65	0,72	0,66	0,49	0,23

(1) Alpha de Cronbach par item retiré.

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

- Consistance interne moyenne
- Aucun item ne dégrade la consistance

Structure factorielle de la RBB de chaque sous-échelle (période actuelle et durée de vie)

Le détail de la structure de la RBB sur la période actuelle est rapporté dans le tableau 21.

Le premier item qui porte sur la croyance en Dieu/une PS est à la fois pris en compte avec les items actuels et ceux sur la durée de vie. Connors et al. (1996) ont trouvé une structure identique bifactorielle pour chacune des deux sous-échelles (période actuelle et durée de vie).

Ils ont ainsi retenu deux axes factoriels. L'un, nommé « pratiques formelles », rassemble l'assistance à un culte, la lecture de textes sacrés, les expériences de la présence de Dieu

et de la méditation. L'autre, la « conscience de Dieu », regroupe la croyance en Dieu, les pensées sur Dieu et la prière.

De ces structures comparables, les auteurs en concluent, qu'en fonction des besoins du protocole de recherche, il est possible de n'utiliser que les items sur l'année écoulée ou seulement ceux sur la durée de vie.

Sur l'échantillon de 263 membres des AA, nous trouvons également une structure bifactorielle sur chacune des deux sous-échelle. Les structures diffèrent cependant légèrement.

L'axe factoriel 1 de la période actuelle explique une part plus importante de variance que celui sur la durée de vie (respectivement 45,5% contre 36,6%). La part de variance expliquée par les Axes factoriels 2 sont comparables.

Quelle que soit la période considérée, les variables contribuent toutes positivement à l'axe 1 : il représente donc le degré de spiritualité. Les variables y contribuent, toutefois, avec un poids différent entre elles et selon la période considérée. Autrement dit, leur pouvoir à faire augmenter le niveau de spiritualité est plus ou moins important. L'axe factoriel 2 de la sous-échelle sur la durée de vie est essentiellement constitué, à poids comparable, par l'opposition entre la méditation (RBB3b) et l'assistance à un culte (RBB3d). Sur la période actuelle, l'axe factoriel 2 est essentiellement constitué par l'assistance à un culte (RBB2d). La méditation (RBB2a) y contribue encore, mais plus de deux fois moins que le culte. Son poids plus faible dans l'axe factoriel 2 s'accompagne d'un poids plus important dans l'axe factoriel 1. Ainsi, sur la période actuelle, la méditation concourt davantage à faire augmenter le niveau spirituel. L'assistance à un culte influence nettement moins ce niveau spirituel pour former une dimension à part. Serait-elle la composante religieuse de la spiritualité ? Plus spécifiquement, cet axe, en opposant culte et méditation, semble représenter une opposition entre religion et spiritualité. La méditation est, en effet, dans notre culture, davantage associée à la spiritualité.

Aucune autre différence est à signaler entre les deux structures.

Ainsi les structures des deux sous-échelles sont, à quelques petites variantes près comparables. De ce fait, et conformément aux conclusions de Connors et al. (1996) nous pourrions considérer un score de spiritualité en ne considérant que les 7 items de la période actuelle.

Tableau 21. Structure factorielle de la RBB sur la période actuelle

Items	Axe factoriel 1 (45,5%) Intensité S/R		Axe factoriel 2 (14,2%) Pratiques formelles vs pratiques privées	
	Coord	Contrib	Coord	Contrib
RBB.1 : Croyance en un Dieu/PS	0,645	13,049	0,378	14,387
RBB.2a : pensées sur Dieu	0,815	20,863	-0,183	3,360
RBB.2b : méditation	0,646	13,100	-0,488	23,902
RBB.2c : prières	0,794	19,793	-0,059	0,349
RBB.2d : assistance culte S/R	0,495	7,689	0,741	55,189
RBB.2e : lecture textes S/R	0,628	12,370	0,013	0,017
RBB.2f : expériences de Dieu/PS	0,647	13,135	-0,167	2,796

Contrib : contribution (part de la variance expliquée) ; coord. : coordonnée (et corrélation, car variables centrées réduites)

Meilleures contribution et représentation

En gras : Contribution > contribution moyenne

L'assistance à un culte (RBB2d) forme à hauteur de plus de 50% un axe factoriel et concerne moins de la moitié des participants. Cependant, le retirer de l'échelle, ferait de celle-ci une échelle unifactorielle et occasionnerait une perte de près de 10% d'informations, sans pour autant améliorer la consistance interne. Il apparaît donc plus judicieux de conserver cet item.

La structure bifactorielle de l'outil rend plus pertinent l'utilisation des deux axes factoriels plutôt que le score global. L'axe factoriel 1 représenterait le degré de spiritualité tout en respectant la pondération de chaque item spécifique à l'échantillon de 263 membres des AA.

Néanmoins, étant donné que l'ensemble des items contribuent tous positivement à l'axe factoriel 1 et y sont tous bien représentés ($r \geq 0,495$), considérer le score RBB (sur les 7 items de la période actuelle) comme indicateur du degré de spiritualité est acceptable. En outre, utiliser ce score plutôt que l'axe factoriel 1 facilite la comparaison des résultats avec d'autres études.

La figure suivante condense les résultats mis en exergues sur la structure de l'outil. La RBB sur la période actuelle possède deux axes factoriels : le facteur 1 (45,5% de la variance) représente le niveau spirituel spiritualité : tous les items y contribuent positivement, pensées S/R, prière, expériences S/R, croyance en Dieu/une PS, lectures S/R sont les mieux représentés sur cet axe. Le facteur oppose la religion à la spiritualité. La contribution de la croyance en Dieu/une PS à la religion n'est pas étonnante puisque la valeur la plus élevée de la graduation correspond au fait de croire en un Dieu et appartenir à une religion.

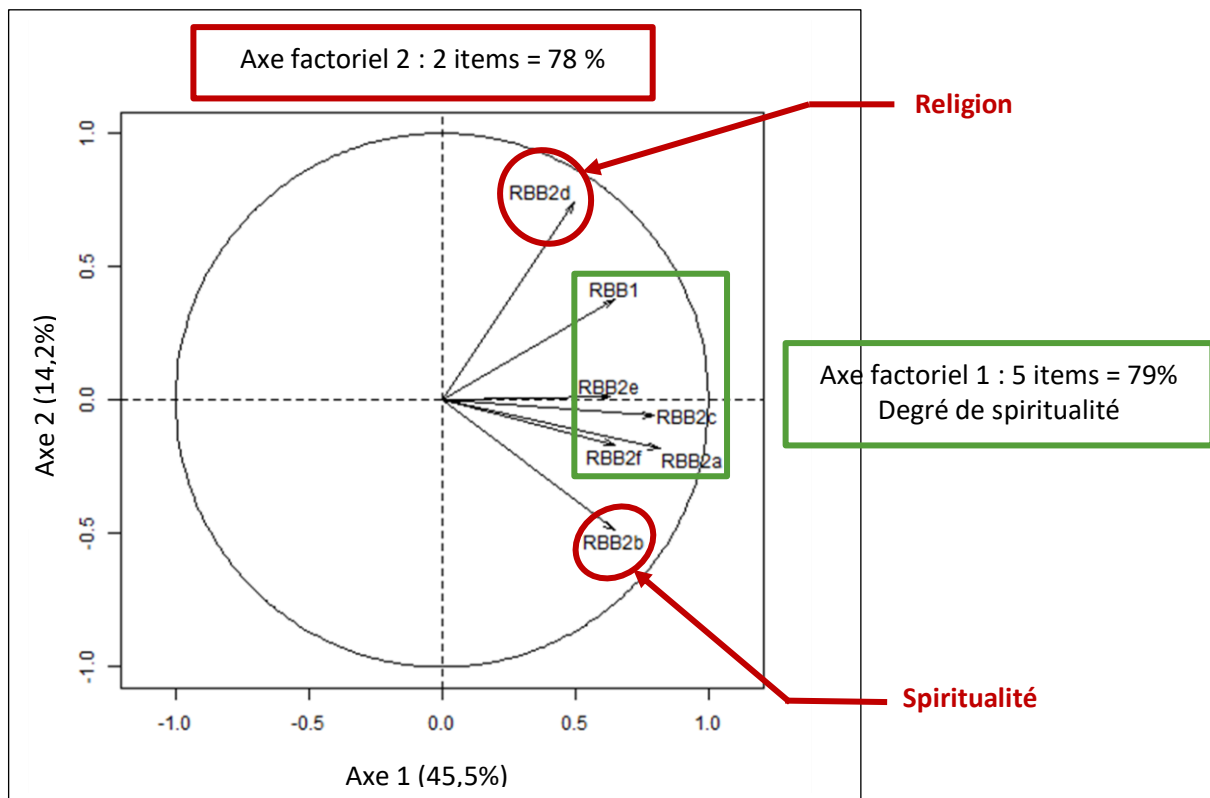


Figure 20. cercle des corrélations de l'ACP sur les items de la période actuelle de la RBB

Synthèse de la structure de RBB

- **Bonne consistance interne** de la RBB dans sa globalité et sur chacune des sous-échelles (période actuelle, durée de vie, avant l'arrivée aux AA)
- Désignations & usage
 - **RBB : niveau spirituel actuel** (score sur les 7 items actuels)
 - **RBBA** : **niveau spirituel initial** (score sur les items sur la période précédant l'arrivée aux AA)
- Structure de la RBB – période actuelle : 2 axes factoriels
 - **Axe factoriel 1** (45,5%) représente le niveau spirituel
 - **Axe factoriel 2** (14,2%) oppose religion et spiritualité

1.2. L'échelle de bien-être spirituel de Paloutzian et Ellison (SWBS, Spiritual Well-Being Scale, 1982)

La description détaillée de l'échelle est consultable dans la partie « méthodologie » (Chap. IV, §2.2). Après un rappel bref de l'échelle et la présentation de structure obtenue dans d'autres échantillon, nous décrivons les résultats obtenus sur les 263 membres des AA.

1.2.1. Présentation

La SWBS permet d'apprécier la spiritualité selon deux acceptions plus larges que précédemment : l'une centrée sur la relation avec un Dieu/une Puissance supérieure, et l'autre comprenant des dimensions s'apparentant à des approches humanistes.

L'échelle est une auto-évaluation en 20 items sur une échelle de Likert de 1 à 6 du bien-être spirituel. Elle comprend deux sous-échelles : La RWB (Religious Well-Being) qui regroupe les 10 items impairs et évalue la qualité d'une relation avec un Dieu/une Puissance supérieure (PS), et la EWB (Existential Well-being) qui estime le sens et but à la vie (trois items : 2, 18 et 20), la confiance en l'avenir (deux items : 6 et 14), une vision positive du monde (deux items 4 et 16) et la satisfaction de la vie (3 items : 8, 10 et 12).

L'analyse en composantes principales des auteurs de l'échelle a confirmé ces deux dimensions qui, ensemble, expliquent 54% de la variance totale (Paloutzian & Ellison in Velasco & Rioux, 2009).

Les adaptateurs de l'outil en langue française (Velasco & Rioux, 2009) ont, quant à eux, obtenu sur une population de 169 étudiants en 1^{ère} année de droit d'une université française (région Centre) trois dimensions : la première représente une « relation satisfaisante avec Dieu » (26% de la variance totale), la deuxième une insatisfaction existentielle (17%) et la troisième une relation insatisfaisante avec Dieu (15%).

Des structures différentes ont été trouvées entre les versions française et américaine. L'adaptation a française a été testée, mais sur une population très différente de la nôtre (population non clinique âgée de 18 à 20 ans). Une analyse de la structure de l'échelle sur notre échantillon s'avère donc nécessaire.

Pour toutes les analyses qui suivent, les items inversés ont été recodés de façon à observer une forme positive.

1.2.2. Distribution des scores SWBS, RWB et EWB et scores aux items

Les résultats décrivant la distribution de l'échelle sont rassemblés dans le tableau 20.

Les distributions du score de la SWBS et de la EWB ne sont pas normales mais tendent vers une loi normale (respectivement : test Shapiro-Wilk : $p = 0,025$; $p=0,028$). Les coefficients d'asymétrie (skewness) et d'aplatissement (kurtosis) de la SWBS sont ceux d'une loi normale (respectivement : $p=,403$; $p=,053$). Seul le coefficient d'aplatissement de EWB est celui d'une loi normale ($p=,543$).

La distribution du score de la RWB ne suit pas une loi normale ((Test Shapiro : $p<,001$). Le coefficient de symétrie négatif (skewness= $-0,79$; $p<,001$) indique une tendance à une plus forte répartition des scores sur les valeurs élevées.

Aucune des distributions des items ne suit une loi normale (test de Shapiro : $p<,05$). De façon générale une proportion faible de participants ont coté 1 ou 2. Pour la plupart des items les distributions se concentrent ainsi sur les 3 ou 4 modalités les plus élevées. Les items restent, néanmoins discriminatoires (les scores des participants se répartissent sur différentes modalités). Une synthèse des distributions est retracée dans le tableau suivant.

Tableau 22. Distribution des scores globaux et aux items de la SWBS








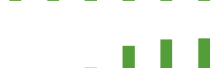


Items	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	p	Aplat.	p
SWBS1		4,37 (1,51)	1-6	1-6	-,59	***	2,30	***
SWBS2		4,65 (1,36)	1-6	1-6	-,79	***	2,67	,25
SWBS3		4,45 (1,48)	1-6	1-6	-,87	***	3,00	,83
SWBS4		5,06 (1,05)	1-6	1-6	-1,32	***	5,51	***
SWBS5		4,56 (1,39)	1-6	1-6	-,88	***	3,14	,50
SWBS6		4,25 (1,44)	1-6	1-6	-,55	***	-2,48	**
SWBS7		4,20 (1,36)	1-6	1-6	-,72	***	3,05	,71
SWBS8		4,50 (1,02)	1-6	1-6	-,38	*	3,40	,17
SWBS9		4,55 (1,34)	1-6	1-6	-,85	***	3,15	,48
SWBS10		4,80 (1,04)	1-6	1-6	-,59	***	3,13	,19

Tableau 22. Distribution des scores globaux et aux items de la SWBS (suite)

Items	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	p	Aplat.	p
SWBS11		414 (1,40)	1-6	1-6	-,53	***	2,65	,23
SWBS12		3,93 (1,50)	1-6	1-6	-,35	*	2,18	***
SWBS13		4,26 (1,33)	1-6	1-6	-,51	***	2,61	,16
SWBS14		4,66 (1,02)	1-6	1-6	-,52	***	3,37	,19
SWBS15		4,41 (1,31)	1-6	1-6	-,72	***	3,01	,80
SWBS16		3,99 (1,33)	1-6	1-6	-,29	,05	2,41	***
SWBS17		4,30 (1,34)	1-6	1-6	-,58	***	2,87	,78
SWBS18		4,99 (1,03)	1-6	1-6	-,85	***	3,35	,22
SWBS19		4,54 (1,27)	1-6	1-6	-,35	*	3,75	*
SWBS20		4,71 (1,05)	1-6	1-6	-,40	***	2,72	,39
RWB		43,77 (10,90)	10-60	10-60	-,79	***	3,65	,05
EWB		45,53 (7,44)	27-60	10-60	-,09	0,54	2,41	*
SWBS		89,30 (15,69)	52-120	20-120	-,12	,40	2,51	,05

Hist. : histogramme

Asym. : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970).

Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983).

*** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$

1.2.3. Analyse des corrélations

Etant donné le nombre important d'items la matrice des variances covariances ne sera pas retracée. Seules les corrélations des items avec le score global, le score global après retrait de l'item considéré et la moyenne des corrélations de cet item avec les autres items seront présentés dans le tableau du paragraphe suivant (consistance par item supprimé)

Toutes les corrélations significatives sont positives.

Les items de la RWB (items impairs : $,34 \leq r \leq ,79$; $p < ,001$) sont plus fortement corrélés entre eux (corrélation moyenne inter-items : $r = ,74$; $p < ,001$) que les items de la EWB (items pairs : $,14 \leq r \leq ,79$; $p < ,05$ pour $r > ,12$ et corrélation moyenne inter-items : $r = ,33$; $p < ,001$).

1.2.4. Consistance interne de la SWBS

La consistance interne pas item retiré a été rapportée dans le tableau 23.

La consistance interne de la SWBS est très bonne : les alpha de Cronbach standardisé et brut sont de 0,91, ce qui est très supérieur au seuil requis de 0,70 (Nunnally, 1978).

Considérer les deux sous-échelles RWB et EWB, permet d'obtenir une consistance interne encore meilleure pour la RWB ($\alpha \text{ std.} = 0,93$). Celle de la EWB reste très satisfaisante ($\alpha \text{ std.} = 0,83$).

Aucun item ne détériore la consistance interne de la SWBS. Les résultats sont détaillés dans le tableau suivant.

Tableau 23. Consistance interne de la SWBS par item retiré et corrélations des items au score et avec les autres items

Items	Alpha Brut ⁽¹⁾	Alpha Std ⁽¹⁾	Corrélation item-score brut	Corrélation item-score std	Corrélation Item-reste	Corrélations inter-item moyenne
SWBS1	0,91	0,91	0,54	0,52	0,47	0,35
SWBS2	0,91	0,91	0,45	0,44	0,37	0,35
SWBS3	0,90	0,91	0,72	0,70	0,66	0,33
SWBS4	0,91	0,91	0,41	0,43	0,35	0,35
SWBS5	0,90	0,90	0,76	0,74	0,71	0,33
SWBS6	0,91	0,91	0,52	0,53	0,45	0,35
SWBS7	0,90	0,90	0,78	0,77	0,75	0,33
SWBS8	0,91	0,91	0,52	0,55	0,47	0,34
SWBS9	0,90	0,90	0,78	0,76	0,74	0,33
SWBS10	0,91	0,91	0,60	0,63	0,56	0,34
SWBS11	0,90	0,90	0,73	0,72	0,68	0,33
SWBS12	0,91	0,91	0,38	0,39	0,30	0,36
SWBS13	0,90	0,90	0,74	0,72	0,69	0,33
SWBS14	0,91	0,91	0,55	0,58	0,50	0,34
SWBS15	0,90	0,91	0,68	0,67	0,64	0,34
SWBS16	0,91	0,91	0,39	0,40	0,32	0,36
SWBS17	0,90	0,90	0,74	0,72	0,69	0,33
SWBS18	0,91	0,91	0,54	0,56	0,49	0,34
SWBS19	0,90	0,90	0,75	0,74	0,71	0,33
SWBS20	0,91	0,91	0,64	0,66	0,59	0,34

(1) Alpha de Cronbach par item retiré

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

1.3. Structure factorielle de la SWBS

Les contributions et coordonnées des items sur les axes factoriels figurent dans le tableau 24.

1.3.1. Nombre d'axes factoriels

Les auteurs de l'adaptation de l'outil en langue française (Velasco & Rioux, 2009) ont repéré trois axes factoriels en se référant au critère de Kaiser.

Sur l'échantillon de 263 membres des AA, ce critère nous ferait retenir quatre axes factoriels, comme l'illustre le tableau ci-dessous. Cependant l'intérêt des axes factoriels 3 et 4 est limité : leur apport en termes de variance expliquée est faible (respectivement : 6,0% et 5,3%) et permettent surtout de bien représenter deux des 20 items (items 2 et 16) très mal représentés sur les deux premiers axes. Ainsi, ils sont davantage de signe d'une plus faible cohérence des items 2 et 16 avec les autres items. Le faible apport des axes factoriels 3 et 4 ne justifie pas leur prise en considération. Le retrait des items 2 et 16 manquant de cohérence interne avec les autres items n'améliorerait pas la consistance interne de l'échelle. En outre, il rendrait la comparaison avec d'autres résultats plus complexes.

Ce raisonnement est conforté par la prise en compte d'autres critères, communément admis, que le critère de Kaiser pour déterminer le nombre optimal d'axes factoriel. Les méthodes *Parallel analysis* et *optimal coordinates* qui comparent les valeurs propres observées avec celles qui seraient obtenues aléatoirement, permettent de conclure que seules les valeurs propres des axes factoriels 1 et 2 sont supérieures à celles obtenues aléatoirement. Le nombre d'axe factoriel optimal est donc de deux.

1.3.2. Description des axes

Tous les items sont corrélés positivement à l'axe factoriel 1, il représente donc le bien-être spirituel. Cependant, les items de la RWB, évaluant la relation avec une Puissance supérieure (ou un Dieu) sont les items les mieux représentés et ensemble ils contribuent à 72,1% à cet axe. Ainsi, sur notre échantillon, le bien-être spirituel dérive essentiellement de la qualité de la relation avec une Puissance supérieure. L'axe factoriel 1 correspond donc davantage à la qualité de la relation avec une Puissance supérieure qu'au bien-être existentiel. Plus spécifiquement, cet axe représente une relation positive et profonde (item 7), satisfaisante (13) et soutenante (9, 5) avec une Puissance supérieure, qui est attentionnée (5, 11, 3) et aimante (3), et qui procure une sensation de bien-être (19) et un sentiment de complétude (17) et aide à ne pas se sentir seul (15).

L'axe factoriel 2 oppose les items de la EWB et ceux de la RWB. Il illustre ainsi la pertinence du regroupement des items en deux sous-échelles RWB et EWB. Toutefois, cet axe est largement

représenté par les items de la EWB qui y contribuent à 74,1%. Plus spécifiquement l'axe est porté par les items évaluant la satisfaction de la vie (12 et 18) et la confiance en l'avenir (14 et 6), puis dans une moindre mesure une vision positive de la vie (4).

Dans le paragraphe précédent nous avons relevé que les items 2 et 16 se démarquaient des autres. L'item 2 (« Je ne sais pas qui je suis, d'où je viens, ni où je vais »), ici, recodé positivement, est peut-être celui qui intègre le plus le bien-être existentiel, intitulé de la sous-échelle. Il peut, certes s'approcher des items portant sur le sens et but à la vie ou la confiance en l'avenir avec « je sais où je vais ». Mais, considérer dans son ensemble, l'item évalue davantage le sentiment d'identité personnelle.

L'item 16 (« Je sens que la vie est remplie de conflits et de malheurs »), apparaît comme le reflet de l'item 4 (« Il me semble que la vie est une expérience positive »), que nous avons étiqueté « vision positive ». Cependant, l'item 16 contribue deux fois moins à l'axe factoriel 2 que l'item 4. L'item 16 n'a donc pas été appréhendé de la même façon que l'item 4. Le sens de ces deux items est proche, ce qui les différencie et la formulation soit positive soit négative. Ces formes opposées peuvent générer des images et induire des émotions, qui peuvent peut-être expliquer la différence de cotation par un même individu.

Cette même considération peut vraisemblablement aussi être faite pour l'item 1 (« Je ne trouve pas de satisfaction véritable avec ma Puissance supérieure dans ma prière personnelle ») qui se caractérise par une contribution à l'axe factoriel 1 inférieure à la moyenne. Les formes négatives sont plus difficiles d'accès et potentiellement plus complexes à coter. Néanmoins, de nombreux autres items apparaissent sous leur forme négative sans pour autant se distinguer fortement de leur équivalent positif (comme, item 5 : « Je crois que ma Puissance Supérieure est indifférente et qu'elle ne s'intéresse pas à mes situations quotidiennes » ou item 6 « Je sens que mon avenir est incertain »). Ces formulations seraient-elles plus accessibles à la compréhension que celles des items 2, 16 et 1 ? La contribution moindre de l'item 1 peut aussi s'expliquer par un contexte beaucoup plus spécifique que les autres items : la relation à la PS se fait ici au travers de la prière, et suppose une telle pratique par l'individu pour coter une relation satisfaisante.

L'item 20 évaluant un sentiment de but dans la vie a été traité de façon originale par les 263 membres des AA. Cet item appartient à la EWB, cependant il contribue nettement plus à l'axe factoriel 1 (5,1%) qu'à l'axe factoriel 2 (2,7%), et est nettement mieux représenté sur l'axe factoriel 1 ($r=0,63$; $p>,001$ contre $r=0,27$; $p<,01$). L'item 18 évaluant le sens à la vie est également nettement mieux représenté sur l'axe 1 que l'axe 2 ($r=0,52$ contre $r=0,35$; $p<,001$). Ainsi, le sens et but à la vie

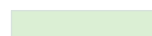
semblent avoir été davantage assimilé aux items de la RWB qu'à ceux de la EWB. Faut-il y voir un rapprochement entre une relation de qualité avec une PS et un sentiment de sens et but à la vie ?

Tableau 24. Structure factorielle de la SWBS sur l'échantillon de 263 membres des AA

Items	Axe factoriel 1 (39,5%) SWBS-RWB		Axe factoriel 2 (13,8%) Satisfaction de la vie Confiance en l'avenir	
	Coord	Contrib	Coord	Contrib
SWBS1	0,534	3,62	-0,207	1,56
SWBS2	0,393	1,96	0,220	1,76
SWBS3	0,746	7,05	-0,224	1,82
SWBS4	0,365	1,69	0,417	6,30
SWBS5	0,781	7,73	-0,259	2,43
SWBS6	0,453	2,61	0,512	9,51
SWBS7	0,818	8,49	-0,208	1,57
SWBS8	0,494	3,09	0,516	9,66
SWBS9	0,802	8,15	-0,229	1,91
SWBS10	0,582	4,29	0,489	8,66
SWBS11	0,765	7,41	-0,227	1,86
SWBS12	0,294	1,10	0,633	14,53
SWBS13	0,755	7,22	-0,190	1,31
SWBS14	0,509	3,28	0,608	13,38
SWBS15	0,735	6,84	-0,386	5,41
SWBS16	0,335	1,42	0,297	3,20
SWBS17	0,778	7,66	-0,317	3,64
SWBS18	0,515	3,37	0,349	4,42
SWBS19	0,793	7,97	-0,348	4,39
SWBS20	0,632	5,07	0,272	2,68

Contrib : contribution (part de la variance expliquée)

(1) : Signe de la coordonnées (la corrélation) sur (avec) l'axe considéré. Permet de repérer les items s'opposant sur cet axe.

 : Meilleure représentation de l'item

En gras : Contribution > contribution moyenne

L'ACP a mis en évidence des caractéristiques de la spiritualité des 263 membres des AA interrogés. La qualité de la relation avec une Puissance supérieure et dans une moindre mesure le sens et but à la vie sont les éléments qui expliquent le plus le niveau spirituel des AA. Les dimensions plus humanistes, existentielles, forment une seconde dimension de leur spiritualité, mais qui participe dans une proportion très inférieure au niveau spirituel des AA.

Les résultats de l'ACP sont cohérents avec le regroupement des items en deux sous-échelles RWB et EWB, comme l'illustre le facteur 2 qui oppose ces deux catégories d'items. L'échelle RWB s'accorde bien avec nos résultats. La sous-échelle EWB ne représente pas tout à fait la structure trouvée sur notre échantillon. Les items de sens et but à la vie pèsent peu sur l'axe 2 et s'apparentent davantage aux items de la RWB, sans pour autant y avoir un poids important. La dimension EWB, sur notre échantillon est davantage portée par les items mesurant la satisfaction de la vie et la confiance en l'avenir. Les items 2 et 16 sont très peu représentatifs de cette dimension sur notre échantillon.

Utiliser les axes factoriels pour tenir compte de ces différences pourrait être pertinent. Cependant, même si les contributions des items EWB au facteur 1 sont très faibles, elles y participent tout de même. Or, les items de EWB sont proches de certaines dimensions de la qualité de la santé psychologique. Ainsi, utiliser l'axe factoriel 1 risquerait de biaiser favorablement les résultats des analyses d'une éventuelle relation entre santé psychologique et qualité de la relation à une Puissance supérieure. Aussi paraît-il préférable pour des premières analyses d'utiliser les scores RWB et EWB qui restent congruents avec la structure de l'échantillon. Une amélioration consisterait à utiliser conjointement avec la RWB, des échelles spécifiquement destinées à apprécier le sens et but à la vie, la propension à une vision positive de la vie et la confiance en l'avenir.

Synthèse sur la structure de la SWBS

La SWBS a une structure bi-dimensionnelle, dont les deux axes factoriels sont les suivants

- **Axe factoriel 1** : qualité de la relation à une PS/Dieu (39,5% de la variance totale)
- **Axe factoriel 2** : satisfaction de la vie et confiance en l'avenir (13,8% de la variance totale)
- La sous-échelle RWB s'accorde avec la structure obtenue sur l'échantillon de membres des AA
- L'échelle EWB s'accorde moins avec la structure de l'outil sur l'échantillon mais reste pertinente

2. Mesure de la participation aux AA : Le Questionnaire RI (Recovery Interview) de Morgenstern et al. (1996)

En plus de l'ancienneté chez les AA et le nombre de réunions hebdomadaires et sur la durée vie assistées, la participation aux AA a été évaluée par le questionnaire RI (Recovery Interview, Morgenstern et al., 1996). Les résultats concernant l'ancienneté et les réunions sont consultables dans cette même partie (Chap. I, §2.)

La description détaillée de la RI figure dans la partie « méthodologie » (Chap. IV, §3). Après une brève présentation de l'échelle suivra celle des analyses de sa structure sur l'échantillon de l'étude.

2.1. Présentation

Le RI est un questionnaire auto-évaluatif de l'intensité de l'implication d'un individu dans un programme en 12 étapes. Neuf actions inhérentes à l'implication dans un tel programme sont estimées. Le participant note sur une échelle de Likert les fréquences avec lesquelles, durant le mois précédant l'évaluation, il a assisté aux réunions des AA (RI1), il a parlé avec son parrain (RI2), pris part à des réunions d'étapes (RI3), été engagé dans une activité de service au sein des AA (RI4), lu de des publications des AA (RI5), pris contact avec d'autres membres des AA (RI6), prié ou médité (RI7), à quel point sa vie s'est organisée autour des activités des AA (RI8), et avec quelle fréquence il a recherché des conseils au sein des AA (parrain, big book, partage en réunion) pour prendre des décisions personnelles (RI9).

2.2. Distribution des scores aux items

Le détail de la distribution des scores est reproduit dans le tableau 25.

L'analyse de la distribution des scores aux items fait émerger quelques particularités.

Près de 50% des participants (N= 131 individus) ont répondu ne jamais échanger avec leur parrain (RI2). Parmi ceux-ci, 72,5% (N=95) ont déclaré ne pas avoir de parrain. C'est d'ailleurs à la demande de participants, lors d'un prétest, qu'a été ajoutée la catégorie « je n'ai pas de parrain ». Cette particularité semble être propre aux Alcooliques anonymes de France. Ainsi, 36,1% des participants ne sont, en fait, pas concernés par cette question. Ce constat nous incite à nous interroger sur la pertinence de cet item, et comme nous le verrons ultérieurement cette caractéristique se répercute dans la structure de l'outil observée sur notre échantillon.

L'assistance aux réunions (RI1) et l'engagement dans une activité de service (RI4), c'est-à-dire avoir une activité bénévole au sein des AA, sont peu discriminants : les effectifs se concentrent sur deux modalités. Ainsi, 49,1% et 38,8% des participants vont respectivement une fois par semaine et plusieurs fois par semaine à une réunion des Alcooliques anonymes, et 52,5% et 28,9% des participants disent avoir, respectivement, très souvent et souvent une activité de service au sein des AA.

Aucune distribution ne suit une loi normale (test de Shapiro : $p < ,05$). Toutefois la symétrie de la distribution de RI3 et l'aplatissement de celles de RI6, RI9 et du score RI ne diffèrent pas significativement de celles d'une loi normale.

Les moyennes et écarts-types diffèrent entre les items, nous effectuerons donc nos analyses sur variables centrées réduites.

Tableau 25. Distribution des scores aux items du (N=263)

Items ⁽¹⁾	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	Aplat.		
RI1 : Réunion		3,23 (0,77)	0-4	0-6	-1,12 ***	2,00 ***		
RI2 : Parrain		1,52 (1,85)	0-4	0-7	0,82 ***	5,04 ***		
RI2 : Parrain N=168 ⁽²⁾		2,38 (1,82)	0-6	0-7	0,17 ***	1,78 ***		
RI3 : Etapes		3,52 (2,02)	0-6	0-6	-0,23 0,12	1,74 ***		
RI4 : Service		3,25 (0,97)	0-4	0-4	-1,37 ***	4,52 ***		
RI5 : Lecture		3,81 (1,84)	0-6	0-6	-0,47 ***	2,04 ***		
RI6 : Lien		4,05 (1,61)	0-6	0-6	-0,80 ***	2,78 0,54		
RI7 : Prière- méditation		2,56 (1,26)	0-4	0-4	-0,65 ***	2,44 *		
RI8 : Centration		1,94 (1,04)	0-4	0-4	-0,34 *	2,27 ***		
RI9 : Conseils AA		2,40 (1,04)	0-4	0-4	-0,35 *	2,63 0,19		
RI : score total		26,27 (7,83)	0-42	0-47	-0,40 *	2,80 0,58		

⁽¹⁾ : Est désigné par Réunion, fréquence de l'assistance aux réunions ; Parrain, fréquence des échanges avec le parrain ; Etape, fréquence du travail des 12 étapes des AA ; Service, fréquence de l'exercice d'une activité de service bénévole au sein des AA ; Lecture, fréquence de la lecture de publications des AA ; lien, fréquence des contacts avec d'autres membres des AA ; prière-méditation, fréquence de la prière et de la méditation ; centration, importance avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour d'activités des AA ; conseils AA, fréquence avec laquelle l'individu recherche des conseils auprès des AA pour prendre des décisions. Ces codes seront poursuivis dans le reste du document.

Hist. : histogramme

Asym : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970).

Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983).

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$; . $p < ,1$

⁽²⁾ : Distribution de RI2 après exclusion des individus n'ayant pas de parrain.

2.3. Analyse des corrélations

Le détail des corrélations sur l'échantillon mis en parallèle avec celles obtenues par (Morgenstern et al., 1996) est rapporté dans le tableau 26.

2.3.1. Corrélations dans l'échantillon de 263 membres des AA

Toutes les corrélations sont positives.

Des corrélations au moins égales à 0,3 indiquent une taille de l'effet au moins moyenne (Cohen, 1992). Nous constatons un nombre satisfaisant de corrélations supérieures à 0,3 : réaliser une ACP (Analyse en composantes principales sera pertinent.

Nous distinguons plusieurs corrélations supérieures à 0,5 : entre l'engagement dans une activité de service (item 4) et l'assistance aux réunions (item 1), l'étendue du lien avec d'autres membres des AA (item 6) et l'importance de la centration de la vie autour des AA (item 8), entre la lecture de publications des AA (item 5) et d'une part le travail des étapes (item 3) et d'autre part l'étendue du lien avec d'autres membres des AA (item 6), entre la centration de la vie autour des AA (item 8) et, d'une part, l'étendue du lien autour des AA (item 6), et d'autre part la recherche de conseils auprès des AA (item 9).

Les corrélations des échanges avec le parrain et les autres items sont soit faibles soit non significatives.

Les corrélations non significatives sont les corrélations entre la fréquence de l'assistance aux réunions (item 1), les échanges avec le parrain (item 2) et avec la fréquence de prière et méditation (item 7), puis la corrélation entre les échanges avec le parrain (item 2) et l'engagement dans le service (item 4) et enfin la corrélation entre la fréquence de la prière et de la méditation (item 7) et l'engagement dans le service (item 4).

2.3.2. Comparaison des corrélations obtenues sur l'échantillon de 263 membres des AA avec celles de l'échantillon de validation (Morgenstern et al., 1996)

Certaines corrélations obtenues sur notre échantillon s'approchent de celles de l'échantillon des auteurs (N=102, 60% hommes, âge moyen = 34,4 ans), mais pour plus de la moitié d'entre-elles, elles diffèrent. Dans notre échantillon l'assistance aux réunions, les échanges avec le parrain, le travail des étapes, la centration de la vie autour des AA et l'étendue du lien avec les AA ne sont pas aussi corrélées avec les autres items. D'où l'intérêt de considérer cet ensemble d'items et non la seule participation aux réunions comme représentative de la participation aux AA.


Tableau 26. *corrélation des items RI de l'échantillon des 263 membres des AA et l'échantillon de validation (Morgenstern et al., 1996)*


Morgenstern et al. (1996) (N=102)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
AA (N=263)									
1 : Réunions	1	0,54	0,51	0,42	0,46	0,54	0,32	0,66	0,62
2 : Parrain	0,22	1	0,44	0,39	0,29	0,41	0,31	0,50	0,49
3 : Etapes	0,11	0,16	1	0,30	0,32	0,38	0,41	0,49	0,53
4 : service	0,45	0,11	0,16	1	0,18	0,57	0,26	0,52	0,35
5 : littérature AA	0,34	0,23	0,50	0,30	1	0,43	0,43	0,48	0,39
6 : Lien	0,43	0,28	0,39	0,53	0,46	1	0,30	0,61	0,51
7 : Prière-méditation	0,04	0,17	0,39	0,07	0,35	0,23	1	0,41	0,32
8 : Centration	0,34	0,25	0,24	0,49	0,35	0,47	0,27	1	0,72
9 : Conseils AA	0,33	0,38	0,29	0,35	0,41	0,40	0,42	0,54	1
RI	0,50	0,54	0,66	0,54	0,74	0,74	0,54	0,64	0,69

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, Cohen, 1992)

En rouge : $r \geq 0,50$

 : Corrélations sur l'échantillon de 263 membres des AA

 : Corrélations sur l'échantillon des auteurs

2.4. Structure de l'outil RI sur notre échantillon de 263 membres AA

2.4.1. Consistance interne / unidimensionnalité

La consistance interne par item retiré est rapportée dans le tableau 27.

Sur notre échantillon, l'alpha de Cronbach brut sur les 9 items standardisés est de 0,808, et 0,781 pour les valeurs brutes ($IC_{95}=[0,74 ; 0,82]$) ; ce qui est un bon résultat puisqu'il dépasse le seuil requis de 0,70 (Nunnally, 1978).

Les résultats indiquent une bonne consistance interne.

Le retrait de l'item 2 (échange avec le parrain) permettrait une légère amélioration de l'alpha brut.

Tableau 27. consistance interne par item retiré

Items	Alpha Brut	Alpha Std	Corrélation item-score brut	Corrélation item-score std	Corrélation Item-reste	Corrélation inter-item moyenne
RI1 : Réunion	0,772	0,796	0,81	0,58	0,42	0,33
RI2 : Parrain	0,787	0,808	0,82	0,50	0,33	0,34
RI3 : Etape	0,767	0,797	0,80	0,57	0,47	0,33
RI4 : Service	0,766	0,791	0,80	0,61	0,44	0,32
RI5 : Lecture	0,738	0,778	0,79	0,70	0,60	0,30
RI6 : Lien	0,735	0,77	0,78	0,74	0,62	0,30
RI7 : Prière-méditation	0,768	0,804	0,81	0,52	0,41	0,34
RI8 : Centration	0,754	0,777	0,79	0,70	0,55	0,30
RI9 : Conseils AA	0,748	0,772	0,78	0,73	0,61	0,30

(1) Alpha de Cronbach par item retiré.

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

- Bonne cohérence interne
- Légère amélioration de la consistance interne par le retrait de RI2 (échange avec le parrain)

Nous allons explorer plus en avant la structure de l'outil grâce à une Analyse en Composantes Principales (ACP).

2.4.2. Exploration de la structure factorielle des données (ACP, Analyse en Composantes Principales)

Les caractéristiques des axes factoriels et contributions et coordonnées des items sur ces axes sont rapportés dans les tableaux 28 et 29.

Nombre d'axes factoriels

En appliquant le critère de Kaiser (retenue des valeurs propres supérieures à 1), les auteurs de l'outil (Morgenstern et al., 1996) ont conclu à une structure unifactorielle de leur échelle.

Selon ce même principe, nous retenons deux axes factoriels.

Tableau 28. Valeur propre et variance expliquée les axes factoriels

	Valeur Propre	% de variance expliquée	% cumulé de variance expliquée
Axe factoriel 1	3,63	40,28	40,28
Axe factoriel 2	1,31	14,52	54,80
Axe factoriel 3	0,95	10,50	65,30
Axe factoriel 4	0,79	8,81	74,11
Axe factoriel 5	0,61	6,80	80,91
Axe factoriel 6	0,50	5,55	86,46
Axe factoriel 7	0,44	4,85	91,32
Axe factoriel 8	0,40	4,42	95,74
Axe factoriel 9	0,38	4,26	100,00

 : Valeur propre > 1

Description des axes

Le premier axe factoriel est un axe de taille : il est représentatif de la participation aux AA, et les 9 variables y contribuent positivement. Les items y contribuant le plus sont les items 5 (lecture de publications AA), 6 (importance du lien avec d'autres membres des AA), 8 (organisation de la vie autour d'activités des AA), et 9 (recherche de conseils AA pour prendre des décisions). Les autres items ont une contribution inférieure à la contribution moyenne. Ainsi, l'assistance aux réunions (RI1) y contribue relativement peu, d'où l'importance d'y adjoindre d'autres actions pour évaluer la participation aux AA. Cet axe explique 40,3% de la variance.

Le deuxième axe factoriel oppose, sur sa partie positive, le recours à la prière ou la méditation et le travail des 12 étapes des AA à l'engagement dans le service et l'assistance aux réunions, sur sa partie négative. Il oppose ainsi des activités individuelles et à des activités de groupe. Cet axe factoriel explique 14,5% de la variance. En rapprochant des pratiques S/R du travail des 12 étapes, il souligne le caractère spirituel de ces dernières. En revanche, en les opposants à l'assistance aux réunions et l'engagement il indique leur caractère plus séculier. Ainsi sont opposées sur cet axe factoriel des activités individuelles en lien avec une spiritualité qui contribuent au facteur à hauteur de 50,7% à des activités collectives et plus séculières qui contribuent à hauteur de 39,1% à l'axe.

Nous constatons que l'item 2 contribue très faiblement aux axes factoriels 1 et 2 (respectivement : 5,8% et ,3%), indiquant son manque de cohérence avec les autres items.

Il ressort de ces analyses que la qualité de l'outil sera meilleure sans cet item 2.

Nous allons examiner les éventuels impacts du retrait de l'item 2 sur la structure factorielle de l'outil.

Structure factorielle de l'outil après retrait de l'item 2

Nous avons déjà vu précédemment que l'alpha de Cronbach est amélioré après le retrait de l'item 2.

Comme précédemment nous retenons deux axes factoriels (critère de Kaiser). La variance totale expliquée par ces deux axes est supérieure à celle obtenue sur les 9 items : Elle était de 54,8%, elle atteint ici 59,6%.

La composition des axes factoriels 1 et 2 est inchangée. L'axe factoriel 1 (43,3% de la variance totale) est un axe de taille, représentatif du score total RI, donc de l'intensité de la participation aux AA.

L'axe factoriel 2 (16,3%) oppose, comme précédemment, des activités collectives (engagement dans le service et assistance aux réunions) à des activités individuelles (la pratique de la prière et de la méditation et le travail des étapes).

Afin de compléter cette analyse, nous devons explorer la proximité de certains items avec d'autres de la RBB et juger de leur pertinence dans l'outil en cas d'un recouvrement trop important.

Appréciation de la proximité des items RI7 et RI5 avec certains items de la RBB

L'inclusion dans l'appréciation de l'intensité de la participation aux AA des items RI5 (« je lis de la littérature AA ou d'un autre groupe en 12 étapes ») et RI7 (« je prie, en dehors des prières dites en réunion, et médite ») pose question. Ces items sont proches des items de la RBB, évaluant la fréquence de la pratique de la méditation, de la prière et de la lecture de texte S/R. Or, nous voulons étudier une éventuelle relation entre la RI et la RBB. Nous devons donc au préalable étudier la proximité de ces items afin d'éviter tout biais favorisant la relation.

La corrélation entre la fréquence de la lecture de publication des AA et la fréquence de textes spirituels étant peu élevée ($r=,295$; $p<,01$), nous pouvons conclure que ces items ne sont pas similaires et conserver l'item 5 de la RI sans crainte d'un chevauchement des évaluations. « Littérature AA » et « textes spirituels ou religieux » sont de nature différente pour les AA.

L'item sur la pratique de la prière et la méditation (RI7) interroge davantage. Il contient des éléments clairement spirituels et utilise les exactement les mêmes termes, celui de « méditation » comme dans l'intitulé de RBB2b et de « prière » comme dans RBB2c. La corrélation de RI7 avec les deux items de la RBB est d'ailleurs forte (respectivement : $r=0,62$ et $r=0,69$; $p<,001$). Il paraît donc indispensable de retirer RI7, pour éviter un biais favorisant la relation entre RBB et RI. Ce même argument est applicable pour la RWB ($r(RI7,RWB)=0,63$; $p<,001$).

Ce retrait exige une évaluation de son éventuel impact sur la structure de RI et donc sur la mesure de la participation aux AA.

Structure factorielle de RI sans RI2 et RI7

La structure reste bifactorielle (critère de Kaiser). Le retrait de RI2 et RI7 induit une augmentation de la part de variance expliquée de 54,8% à 62,2%.

Les axes factoriels conservent leur signification.

Le facteur 1 explique une part de variance nettement plus importante (46,9%) que précédemment. Il est encore un axe de taille, donc représentatif de l'intensité de la participation aux AA.

Le facteur 2, expliquant une part de variance un peu plus élevée que précédemment (15,3%), oppose encore des activités plus individuelles à des activités de groupe. Ces activités s'opposent également par la nature plus cognitive des premières et davantage comportementale des secondes. Avec une contribution du travail des 12 étapes des AA (RI3) de 47,99 et de la lecture de publications des AA (RI5) de 16,49, l'axe factoriel représente ici davantage l'apprentissage du programme en 12 étapes des AA.

Le tableau suivant précise les caractéristiques de la structure de RI.

Tableau 29. *Coordonnées, corrélation et contributions des items aux axes factoriels de l'ACP de RI*

Items	Axe factoriel 1 (46,9%)		Axe factoriel 2 (15,3%)	
	Participation AA		Coor d	Contr ib
	Coor d	Contr ib		
RI1 : Réunion	0,62	11,87	-0,40	14,86
RI3 : Etape	0,53	8,66	0,72	47,99
RI4 : Service	0,70	14,82	-0,42	16,49
RI5 : Lecture	0,69	14,68	0,43	17,19
RI6 : Lien	0,78	18,68	-0,01	0,01
RI8 : Centration	0,73	16,34	-0,19	3,43
RI9 : Conseils AA	0,70	14,95	0,02	0,02

 : Contribution la plus importante de l'item/meilleure représentation de l'item

En gras : Contribution > contribution moyenne

Dans le cercle des corrélations de l'ACP de RI (fig. ci-dessous), les variables RI2 (échange avec un parrain) et RI7 ont été ajoutées en tant que variables supplémentaires. Le graphique illustre le manque de cohérence de l'item 2 avec les autres items : il est très mal représenté sur les deux axes. RI7 est relativement mal représenté, alors que sa représentation avoisine celle de RI3, lorsqu'il était compris dans l'analyse. Ceci illustre, le retrait des pratiques spirituelles dans l'estimation de la participation aux AA, donnant ainsi davantage de poids à l'apprentissage du programme des 12 étapes dans sa globalité.

La figure illustre également la forte consistance de l'outil : tous les items sont bien représentés sur l'axe factoriel 1. Cinq d'entre eux le sont plus particulièrement : la fréquence du lien avec d'autres membres des AA (RI6), l'importance avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA (RI8), l'importance du recours aux AA pour prendre des décisions (publications, membres des AA, partage en réunions ; RI9), l'engagement dans une activité de service au sein des AA, la lecture de publications AA. La considération de la très forte décélération dans la part de variance totale expliquée entre le facteur 1 et le facteur 2 ferait conclure à une structure unifactorielle. L'utilisation des deux autres méthodes évoquées précédemment (coordonnées optimales et analyses parallèles) aboutissent à la même conclusion. Ainsi, privée des items RI2 et RI7, la structure de l'échelle sur l'échantillon des 263 membres des AA s'approche davantage de celle obtenue par les concepteurs de l'outil (Morgenstern et al., 1996). Le score RI (sans RI2 et RI7) constitue donc une bonne approximation du facteur 1, leur corrélation tend d'ailleurs vers 1 ($r=0,98$). Le score RI est donc un bon indicateur de la participation aux AA. Nous avons choisi de conserver deux facteurs, car le second révèle deux types d'usage de l'association par les membres des AA : certains privilégient les activités de groupe (rôle dans l'association assurant son fonctionnement, assistance aux réunions) ou des activités plus individuelles (l'apprentissage du programme). Les premières n'excluent pas pour autant un apprentissage du programme des AA : l'organisation des AA est régie par leurs 12 traditions, émanant de la philosophie des 12 étapes et les réunions proposent une thématique issue du programme des AA.

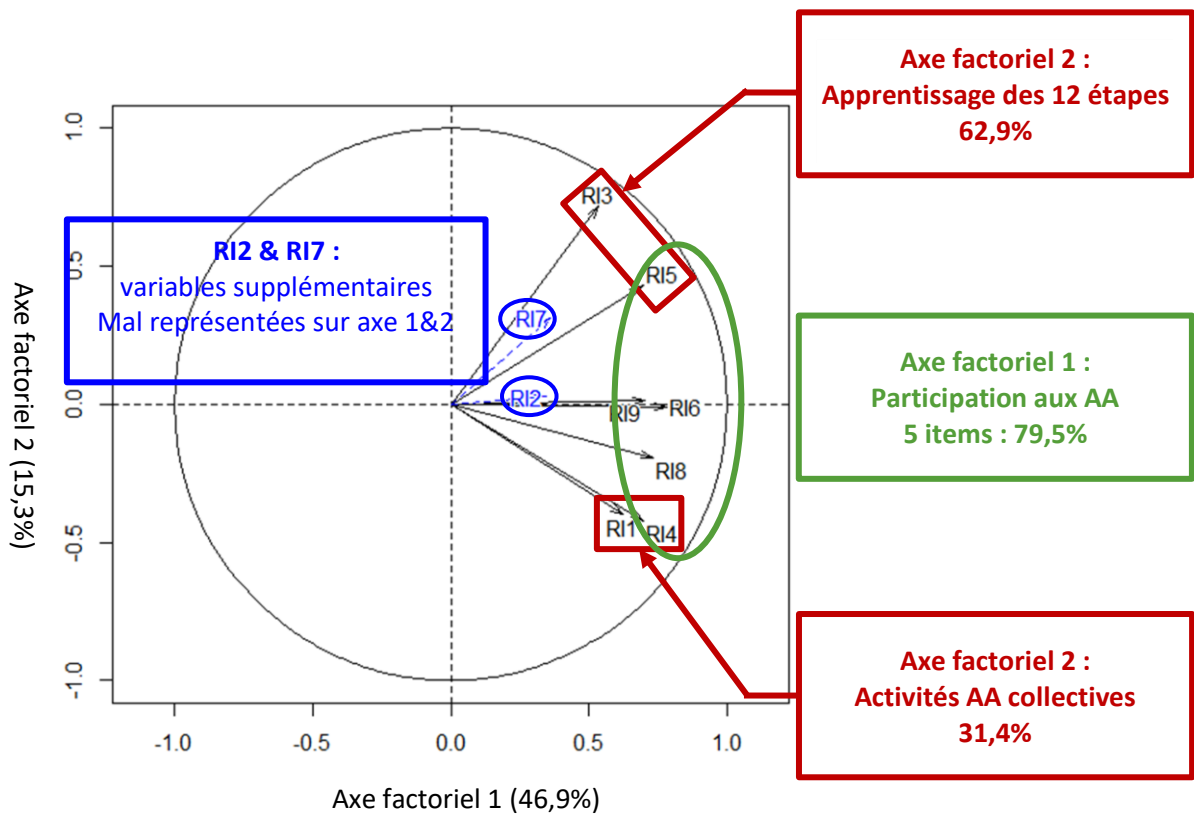


Figure 21. Représentation graphique des items sur les axes factoriels 1 et 2 de RI

Synthèse de la structure de RI

- Le retrait de RI2 (échange avec un parrain) et RI7 (prière et méditation) améliore la structure de l’outil et le rend plus pertinent pour analyser une éventuelle relation entre la participation aux AA et la spiritualité
- L’outil comporte **deux facteurs**
 - **Axe factoriel 1** (46,9%) : **participation aux AA**
 - **Axe factoriel 2** (15,3%) : apprentissage du programme des 12 étapes vs activités collectives
- Le score RI constitue un bon indicateur de l’intensité de la participation aux AA

3. Mesure du rétablissement

Le rétablissement a été apprécié en termes de résilience et de qualité de vie. Nous allons d'abord décrire la structure de la CDRISC, puis vérifier la consistance de chaque domaine de la WHOQOL. Ces analyses seront précédées d'une courte présentation des échelles. Leur détail sont consultables dans la partie méthodologie (Chap. IV, §4.1. et 4.2.)

3.1. L'échelle de résilience CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) de Connor et Davidson (2003)

La CDRISC est une auto-évaluation de la résilience en 25 items, sur une échelle de Likert en 5 points (0 : pas du tout ; 1 : rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent ; 4 : pratiquement tout le temps).

L'échelle a été normalisée sur un échantillon de 806 américains répartis en 5 groupes. Le premier groupe rassemble 577 individus ne présentant aucun trouble. Connor & Davidson (2003) ont réalisé une analyse factorielle exploratoire sur ce groupe. Cette analyse factorielle a mis en évidence cinq axes factoriels. Le premier fait référence à la compétence personnelle, un niveau d'exigence élevé et à la ténacité ; le deuxième à la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress ; le troisième à l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives ; le quatrième au sentiment de contrôle et le cinquième à la spiritualité. Il a par la suite été établi que le facteur spirituel avait de faibles corrélations (de 0,217 à 0,275 ; $p < ,05$) avec les autres facteurs (Burns & Anstey, 2010).

Des auteurs ont utilisé une version courte de cette échelle en français (Scali et al., 2012). Cette version viserait à parer à l'instabilité factorielle mise en exergue par des études portant sur des échantillons indépendants (culture et âges différents) (Jorgensen & Seedat, 2008; Karairmak, 2010; Lamond et al., 2008 et Yu et al., 2011 in Scali et al., 2012). Selon ces auteurs la version brève présente les mêmes excellentes qualités psychométriques que la version longue et elle est transculturelle et unidimensionnelle.

Il existe une version française de la version originale à 25 items qui a été approuvée par les auteurs (Davidson & Conner, 2011).

La structure factorielle de la version française sur 25 items a été récemment explorée sur des échantillons d'étudiants en médecine (N=203) et dentaire (N=321) et confirmée sur un échantillon d'étudiants en première année de santé (N=686) (Guihard et al., 2018). Les auteurs ont exclu les items 2, 3, 9 et 20 car ils présentaient des corrélations au score « faibles voire très faibles » (Guihard et al., 2018, p.42), et que l'AIC (Akaike Information Criterion) était inférieur au seuil d'acceptation ($< 0,5$ pour les items 3 et 9) ou médiocre ($< 0,6$ pour les items 2 et 20). Ils ont alors trouvé une structure à 3

facteurs : la tolérance aux affects négatifs (items 1, 4, 6, 7, 8, 14, 16, 17, 18, 19 et 23) (26 et 27% de la variance observée selon les groupes), la ténacité (items 10, 11, 12, 13, 15 et 24) (7,8 et 8,5% de la variance observée) et la confiance en soi (items 5, 21, 22 et 25) (6,5% et 7,0% de la variance observée). La variance totale expliquée par ces trois axes est comprise entre 40,3 et 43%.

Nous avons procédé à une analyse en composantes principales afin d'examiner la structure factorielle de la CDRISC. Au préalable nous avons étudié les distributions, et la consistance interne de l'échelle sur notre échantillon.

3.1.1. Distribution du score et des items de la CDRISC

Les distributions des scores sont synthétisées dans le tableau 30 (p. 219-220).

Le score CDRISC suit une loi normale (test de Shapiro : $p=,11$). Les distributions des items ne suivent pas celle d'une loi normale ($p<,05$).

La distribution de certains scores aux items tend vers celle d'une loi normale : la symétrie et l'aplatissement des items 18 et 23 sont comparables à ceux d'une loi normale ($p>,05$). La symétrie de la distribution de l'item 20 est comparable à celle d'une loi normale ($p>,05$), et l'aplatissement des distributions des items 1, 3, 10, 14, 15, 16, 21, 22 et 25 sont comparables à ceux d'une loi normale ($p>,05$).

3.1.2. Analyse des corrélations

Etant donné le nombre important d'items, la matrice des variances covariances ne sera pas retracée. Seules les corrélations des items avec le score global, le score global après retrait de l'item considéré et la moyenne des corrélations de cet item avec les autres items seront présentés dans le tableau du paragraphe suivant (consistance par item supprimé).

Les corrélations significatives sont toutes positives. Les items les moins corrélés au score global sont les items : 2, 3, 9, 20 et 25.

Tableau 30. Distribution du score global et aux items de la CDRISC

Items	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	P	Aplat.	p
CDRISC1		4,23 (0,76)	2-5	1-5	-0,48	,002	2,70	,33
CDRISC2		4,14 (0,92)	1-5	1-5	-1,21	<,001	4,45	<,001
CDRISC3		3,65 (1,04)	1-5	1-5	-0,80	<,001	3,43	,15
CDRISC4		3,79 (0,83)	1-5	1-5	0,81	<,001	4,40	,001
CDRISC5		3,96 (0,73)	1-5	1-5	-0,53	<,001	4,03	<,001
CDRISC6		3,67 (0,91)	1-5	1-5	-0,46	,002	2,86	<,001
CDRISC7		3,59 (0,92)	1-5	1-5	-0,81	<,001	3,94	,01
CDRISC8		4,06 (0,75)	1-5	1-5	-0,74	<,001	3,99	<,001
CDRISC9		4,11 (0,95)	1-5	1-5	-1,21	<,001	4,63	<,001
CDRISC10		4,31 (0,66)	2-5	1-5	-0,67	<,001	3,48	,12
CDRISC11		3,87 (0,68)	1-5	1-5	-0,57	<,001	4,20	<,001
CDRISC12		3,92 (0,85)	1-5	1-5	-0,92	<,001	4,38	<,001
CDRISC13		4,27 (0,77)	1-5	1-5	-0,85	<,001	3,57	,08
CDRISC14		3,57 (0,95)	1-5	1-5	-0,75	<,001	3,44	,14

Tableau 30. Distribution du score global et aux items de la CDRISC (suite)

Items	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	P	Aplat.	p
CDRISC15		4,00 (0,89)	1-5	1-5	-0,61	<,001	3,17	,45
CDRISC16		3,58 (0,96)	1-5	1-5	-0,48	,002	2,86	,75
CDRISC17		3,55 (0,96)	1-5	1-5	-0,64	<,001	3,34	,22
CDRISC18		3,07 (0,83)	1-5	1-5	0,04	,81	3,00	,81
CDRISC19		3,6 (0,79)	1-5	1-5	-0,40	,01	3,42	,15
CDRISC20		3,44 (0,75)	1-5	1-5	-0,27	,07	3,70	,04
CDRISC21		3,62 (0,97)	1-5	1-5	-0,67	<,001	3,27	,30
CDRISC22		3,18 (1,03)	1-5	1-5	-0,50	,001	2,83	,68
CDRISC23		2,9 (1,02)	1-5	1-5	-0,15	,32	2,55	,08
CDRISC24		3,67 (0,96)	1-5	1-5	-0,88	<,001	3,80	,02
CDRISC25		3,62 (1,02)	1-5	1-5	-0,70	<,001	3,29	,28
CDRISC		90,28 (10,32)	57-120	25-125	-0,34	,03	3,28	,29

Hist. : histogramme

Asym : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970).

Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983).

*** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$

3.1.3. Consistance interne de la CDRISC

La consistance interne par item retiré et les corrélations inter-item sont rapportés dans le tableau 31.

La consistance interne de la CDRISC est très bonne : l'alpha de Cronbach standardisé est de 0,870 (le brut de 0,864) ce qui est très supérieur au seuil requis de 0,70 (Nunnally, 1978).

Seul le retrait des items 3, 9 et 25 améliorerait légèrement l'alpha de Cronbach.

Tableau 31. Consistance interne de la CDRISC par item

tems	Alpha Brut ⁽¹⁾	Alpha Std ⁽¹⁾	Corrélation item-score brut	Corrélation item-score std	Corrélation Item-reste	Corrélations inter-item moyenne
CDRISC1	0,858	0,863	0,54	0,57	0,49	0,21
CDRISC2	0,864	0,870	0,35	0,35	0,27	0,22
CDRISC3	0,866	0,871	0,32	0,31	0,23	0,22
CDRISC4	0,854	0,861	0,65	0,66	0,60	0,21
CDRISC5	0,858	0,865	0,53	0,53	0,48	0,21
CDRISC6	0,862	0,868	0,41	0,42	0,34	0,22
CDRISC7	0,858	0,865	0,53	0,53	0,46	0,21
CDRISC8	0,857	0,863	0,57	0,59	0,52	0,21
CDRISC9	0,868	0,873	0,24	0,23	0,16	0,22
CDRISC10	0,860	0,866	0,45	0,47	0,40	0,21
CDRISC11	0,855	0,860	0,66	0,67	0,62	0,20
CDRISC12	0,854	0,861	0,64	0,65	0,59	0,21
CDRISC13	0,860	0,867	0,45	0,47	0,39	0,21
CDRISC14	0,856	0,863	0,57	0,57	0,51	0,21
CDRISC15	0,857	0,864	0,55	0,56	0,49	0,21
CDRISC16	0,858	0,865	0,53	0,53	0,47	0,21
CDRISC17	0,853	0,861	0,65	0,64	0,59	0,21
CDRISC18	0,861	0,868	0,42	0,42	0,35	0,22
CDRISC19	0,858	0,865	0,52	0,53	0,46	0,21
CDRISC20	0,863	0,870	0,35	0,36	0,28	0,22
CDRISC21	0,856	0,863	0,59	0,57	0,52	0,21
CDRISC22	0,858	0,865	0,54	0,52	0,46	0,21
CDRISC23	0,862	0,868	0,44	0,42	0,36	0,22
CDRISC24	0,860	0,866	0,49	0,47	0,41	0,21
CDRISC25	0,866	0,871	0,33	0,31	0,24	0,22

(1) Alpha de Cronbach par item retiré.

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

3.1.4. Structure factorielle de la CDRISC

Les contributions et coordonnées des items aux facteurs sont rapportées dans le tableau 32.

Nombre optimal d'axes factoriels

Le critère de Kaiser ferait retenir six axes factoriels. Cependant, pour les mêmes raisons exposées pour la SWBS, il nous semble plus pertinent de ne retenir que quatre axes factoriels : à partir du cinquième axe factoriel les valeurs propres obtenues deviennent inférieures à celles qui le seraient aléatoirement.

Descriptions des axes factoriels

Le premier axe factoriel explique 26% de la variance. Tous les items y contribuent positivement. Il est un axe de taille, autrement dit il est un indicateur de la résilience. Des items y contribuent davantage. Ils révèlent ainsi ce qui caractérise le plus la résilience des membres des AA de notre échantillon. Les éléments qui portent le plus la résilience des AA sont ainsi : la ténacité (items 11, 12), la capacité à gérer les situations difficiles (4, 17), l'adaptabilité (8, 1), la résistance au stress (14), le but dans la vie (21), l'autogestion/autonomie (15).

Les trois axes suivants sont des axes spirituels : les variables en lien avec une spiritualité y contribuent fortement. Ce résultat souligne l'importance de la spiritualité, dans notre échantillon, comme facteur de résilience : Ensemble ces facteurs spirituels expliquent 21,7% de la variance totale. Sur leur échantillon issu de la population générale américaine, les auteurs de l'outil (Connor & Davidson, 2003) n'avaient isolé qu'un seul facteur spirituel qui n'expliquait que 4,3% de la variance totale. En outre, ce résultat nous permet de spécifier cette spiritualité en relevant les items qui lui sont associés et ceux qui lui sont opposés.

L'axe factoriel 2 explique 9,4% de la variance. Il associe la spiritualité (items 3 et 9) à sa capacité à identifier un soutien (13) et l'oppose à la ténacité (item 24), l'appréciation des défis (23), la fierté retirée des réussites (25) et le sentiment de contrôle de sa vie (22). L'item 13 a un intitulé peu spécifique (« En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide »). Aussi son association avec l'item 3 (« lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider »), lui confère un sens spirituel : le soutien perçu est de nature spirituelle. La ténacité peut être entendue comme une obstination ou un acharnement et donc apparaître en contradiction avec le lâcher-prise enseigné par les AA. La L'appréciation des défis peut apparaître contradictoire au don de soi recommandé par le programme des 12 étapes. La fierté retirée des réussites peut, quant à elle, apparaître comme contredisant l'humilité, qualité encouragée par les AA. Enfin le sentiment de maîtrise de sa vie s'oppose à l'étape 1 du programme en 12 étapes « nous avons perdu la maîtrise de notre vie ».

L'axe 3 explique 6,8% de la variance. Il associe la spiritualité (9) au soutien social (2). Les variables s'y opposant ne sont pas suffisamment bien représentées par l'axe pour que nous les signalons.

Enfin l'axe 4, qui explique 5,5% de la variance, associe la spiritualité (3) à la confiance en son intuition (20) et à la confiance en soi pour gérer les situations (5) et l'oppose à la ténacité (10).

Le tableau suivant illustre ces résultats.

Tableau 32. Structure factorielle de la CDRISC (N=263)

item	description	Facteur (% variance expliquée)							
		1 (26,0)		2 (9,4)		3 (6,8)		4 (5,5)	
		Coord	Contrib	Coord	Contrib	Coord	Contrib	Coord	Contrib
1	Capacité d'adaptation	0,59	5,39	0,26	2,98	-0,26	3,83	-0,20	2,88
2	Soutien d'une relation proche et sûre	0,29	1,30	0,34	4,87	0,59	20,59	-0,17	2,03
3	Aide de Dieu/destin	0,24	0,86	0,52	11,62	0,32	6,17	0,43	13,42
4	Capacité à gérer toutes situations se présentant	0,68	7,04	0,17	1,18	0,01	0,00	-0,09	0,61
5	Confiance retirée des succès pour gérer des situations	0,53	4,26	-0,15	0,99	0,04	0,10	0,45	14,57
6	Réinterprétation humoristique des choses	0,41	2,54	0,32	4,25	-0,30	5,34	0,10	0,66
7	stress renforce	0,53	4,31	0,14	0,89	-0,32	6,15	0,36	9,58
8	Capacité à rebondir après une maladie/une épreuve	0,60	5,57	0,16	1,12	-0,17	1,78	0,03	0,05
9	Les choses ne se produisent pas sans raison	0,16	0,38	0,40	6,76	0,43	10,79	0,16	1,81
10	Aptitude à faire de son mieux quel que soit le résultat	0,48	3,49	0,15	0,97	0,18	1,86	-0,43	13,54
11	Capacité à atteindre ses objectifs malgré les obstacles	0,70	7,57	-0,12	0,64	0,12	0,89	-0,20	2,83
12	Persévérance même si les choses sont sans espoir	0,66	6,77	-0,09	0,35	0,15	1,25	-0,15	1,64
13	Identification d'un soutien social	0,42	2,70	0,46	8,88	0,37	7,87	-0,10	0,73

Tableau 32. Structure factorielle de la CDRISC (N=263) (Suite)

item	description	Facteur (% variance expliquée)							
		1 (26,0)		2 (9,4)		3 (6,8)		4 (5,5)	
		Coord	Contrib	Coord	Contrib	Coord	Contrib	Coord	Contrib
14	Capacité, sous pression, à se concentrer et réfléchir clairement	0,59	5,41	0,16	1,04	-0,20	2,25	-0,19	2,56
15	Préférence pour gérer soi-même les problèmes	0,58	5,13	-0,12	0,65	-0,26	3,97	0,15	1,69
16	Pas facilement décourageable par l'échec	0,54	4,44	0,11	0,50	-0,16	1,53	-0,10	0,74
17	Perception de soi comme fort pour faire face aux difficultés	0,67	6,98	-0,21	1,93	0,01	0,01	-0,11	0,91
18	Capacité à prendre des décisions nécessaires, difficiles et impopulaires	0,41	2,64	-0,21	1,94	-0,20	2,24	0,13	1,21
19	Capacité à faire face aux affects déplaisants	0,54	4,53	0,29	3,51	-0,37	8,01	-0,03	0,05
20	Capacité à agir intuitivement	0,31	1,51	0,23	2,30	0,04	0,09	0,50	17,70
21	Sentiment de but	0,58	5,18	-0,22	2,16	0,26	4,03	-0,06	0,22
22	Sentiment de maîtrise de sa vie	0,55	4,58	-0,45	8,47	0,04	0,09	-0,01	0,02
23	Appréciation des défis	0,43	2,80	-0,48	9,96	0,02	0,03	0,01	0,01
24	Capacité à travailler pour atteindre ses objectifs malgré les obstacles	0,48	3,51	-0,56	13,49	0,25	3,74	-0,01	0,00
25	Fierté retirée des réussites	0,27	1,11	-0,45	8,57	0,36	7,40	0,38	10,54

Contrib : contribution (part de la variance expliquée)

Coord. : coordonnée sur l'axe factoriel. Egale à la corrélation avec l'axe (variables standardisées)

 : Forte contribution/bonne représentation

En gras : Contribution > contribution moyenne

Synthèse de la structure de la CDRISC

- La CDRISC a une bonne consistance interne et possède quatre axes factoriels
 - **Axe factoriel 1** : capacité personnelle à atteindre ses objectifs, gérer les affects négatifs et situations, s'adapter et persévérer (26,0% de la variance totale)
 - **Axe factoriel 2** : spiritualité, coopération, soutien social, lâcher-prise (9,4% de la variance totale)
 - **Axe factoriel 3** : spiritualité et soutien social (6,8% de la variance)
 - **Axe factoriel 4** : spiritualité, lâcher-prise, confiance et estime de soi (5,5% de la variance)
- L'échantillon se caractérise par une **forte contribution des items spirituels dans trois des quatre facteurs**. Ces trois facteurs expliquent conjointement 21,7% de la variance totale.
- La **spiritualité est associée au soutien social, la coopération, la confiance et l'estime de soi et le lâcher-prise**.

3.2. L'échelle de la Qualité de Vie de l'OMS, le WHOQOL-26 (World Health Organisation Quality of Life) de Leplège et al. (2000)

La version française de l'échelle de la qualité de vie de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est une auto-évaluation de 26 items sur une échelle Likert (de 1 à 5). Elle comprend deux items généraux (items 1 et 2) et quatre sous-échelles : la santé physique (items 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), la santé psychologique (5, 6, 7, 11, 19, 26), les relations sociales (20, 21, 22), l'environnement (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Elle possède de bonnes qualités psychométriques (α de Cronbach : 0,84 – fidélité test-retest : $0,74 < r < 0,93$).

Nous désignerons par qualité de vie, le score à l'item 1 ; par satisfaction de sa santé physique, le score à l'item 2, par qualité de la santé physique, la somme des scores du domaine de la santé physique, convertie en indice sur 100 selon la grille de calcul fournie par l'OMS, par qualité de la santé psychologique, la somme des scores aux items, composant le domaine psychologique indiquée sur 100 ; par qualité des relations sociales, la somme des scores aux items, composant le domaine social indiquée sur 100, par qualité de l'environnement, la somme des scores aux items, composant le domaine environnemental indiquée sur 100.

3.2.1. Distributions des scores des sous échelles et des items la WHOQOL

La distribution des scores aux items et aux domaines de la WHOQOL sont synthétisées dans le tableau 33. Les items inversés ont été recodés en positif.

Aucuns des items ou des scores des domaines de la QDV ne suivent une loi normale. Néanmoins, les items WHOQOL1, WHOQOL12, WHOQOL13, WHOQOL14 et WHOQOL21 ainsi que le score du domaine environnemental ont des symétries et aplatissements comparables à ceux d'une loi normale.

Tableau 33. Distribution des scores aux items et aux domaines de la WHOQOL (N=263)

Items	Hist.	Moyenne (Éty)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	P	Aplat.	p
WHOQOL1 - QDV		4,05(0,64)	2-5	1-5	-0,48	**	4,00	***
WHOQOL2 - satis santé		3,83(0,83)	1-5	1-5	-0,90	***	4,22	***
WHOQOL3		3,95(1,01)	1-5	1-5	-0,72	***	2,80	,585
WHOQOL4		3,75(1,37)	1-5	1-5	-0,67	***	2,14	***
WHOQOL5		3,82(,69)	1-5	1-5	-0,85	***	4,94	***
WHOQOL6		3,72(0,88)	1-5	1-5	-0,85	***	3,87	*
WHOQOL7		3,74(0,71)	1-5	1-5	-0,59	***	3,76	*
WHOQOL8		3,75(0,67)	1-5	1-5	-0,59	***	4,07	**
WHOQOL9		4,06(0,66)	1-5	1-5	-0,86	***	6,02	***
WHOQOL10		3,65(0,76)	1-5	1-5	-0,77	***	4,56	***
WHOQOL11		3,44(0,91)	1-5	1-5	-0,59	***	3,48	,119
WHOQOL12		3,25(0,83)	1-5	1-5	-0,42	**	3,44	,142
WHOQOL13		4,01(0,61)	2-5	1-5	-0,31	*	3,78	*
WHOQOL14		3,44(0,81)	1-5	1-5	-0,44	**	3,41	,161
WHOQOL15		4,36(0,8)	1-5	1-5	-1,14	***	3,95	*

Tableau 33. Distribution des scores aux items et aux domaines de la WHOQOL (N=263) (Suite)

Items	Hist.	Moyenne (Ety)	Etendue observée	Etendue théorique	Asym.	P	Aplat.	p
WHOQOL16		3,71(1,03)	1-5	1-5	-0,60	***	2,70	,331
WHOQOL17		3,93(0,81)	1-5	1-5	-1,25	***	5,76	***
WHOQOL18		4,02(0,8)	1-5	1-5	-1,33	***	6,31	***
WHOQOL19		3,66(0,72)	1-5	1-5	-0,75	***	4,03	**
WHOQOL20		3,67(0,8)	1-5	1-5	-0,95	***	4,16	**
WHOQOL21		2,95(1,04)	1-5	1-5	-0,15	,307	2,36	**
WHOQOL22		3,94(0,75)	1-5	1-5	-0,71	***	4,27	**
WHOQOL23		4,07(0,84)	1-5	1-5	-1,05	***	4,50	***
WHOQOL24		4,12(0,72)	2-5	1-5	-0,48	***	2,96	,949
WHOQOL25		4,16(0,78)	1-5	1-6	-1,17	***	5,50	***
WHOQOL26		4,00(0,77)	1-5	1-7	-0,94	***	4,67	***
Domaine physique		73,02 (15,10)	6-100	0-100	-0,93	***	4,65	***
Domaine psychologique		68,32 (13,26)	19-100	0-100	-0,71	***	3,90	*
Domaine social		63,07 (16,48)	6-100	0-100	-0,55	***	3,18	,437
Domaine environnemental		71,65 (11,37)	38-100	0-100	-0,21	,160	3,02	,773

Hist. : histogramme

Asym : asymétrie (skewness). Test d'Agostino : le skewness d'une distribution normale est égal à 0 ($p > ,05$) (D'Agostino, 1970).

Aplat. : aplatissement (kurtosis). Test de Anscombe-Glynn : le kurtosis d'une distribution normale est égal à 3 ($P > ,05$) (Anscombe & Glynn, 1983).

QDV : Qualité de Vie ; Satis Santé : satisfaction de sa santé.

*** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$

Nous allons maintenant étudier la structure de chaque domaine de la qualité de vie afin d'apprécier la validité de chacun des scores.

3.2.2. Analyse des corrélations

Etant donné le nombre important d'items, la matrice des variances covariances ne sera pas retracée.

Nous allons décrire les corrélations que nous avons jugés les plus fortes en considérant un seuil $r=0,40$ ($p<,001$).

L'item 1 (item général évaluant la qualité de vie) est plus fortement corrélé avec la satisfaction de sa santé (item2, $r=0,44$), de sa vie (item5, $r=0,57$), le sentiment de sens à la vie (item6, $r=0,41$), de sécurité financière ($r=0,42$) et dans sa vie quotidienne (item 8, $r=0,41$) et la capacité à se déplacer (item 15, $r=0,40$) et à être actif (item 18, $r=0,44$).

L'item 2, estimant la satisfaction de sa santé, est, en plus de l'item 1, plus fortement corrélé, avec l'absence de douleur (item 3, $r=0,45$), la satisfaction de sa vie (item 5, $r=0,42$) et la vitalité (item 10, $r = 0,42$) notamment pour se déplacer (item 15, $r=0,44$) et pour accomplir ses activités de la vie quotidienne (item 17, $r = 0,44$).

La qualité de la santé physique est plus particulièrement corrélée avec la qualité de vie (item1, $r=0,48$), la satisfaction de sa santé (item2, $r=0,63$), l'absence de la douleur (item3, $r=0,65$), de traitement (item 4, $r=0,61$), l'appréciation de sa vie (item 5, $r=0,47$), la vitalité (item 10, $r=0,63$), notamment pour se déplacer (item 15, $r=0,67$) et pour effectuer ses activités professionnelles (item 18, $r=0,63$), l'acceptation de son apparence physique (item 11, $r=0,42$), la pratique de loisir (item 14, $r=0,40$), la satisfaction de son sommeil (item 16, $r=0,60$) et la satisfaction de la vie (item 19, $r=0,40$). Ainsi en plus des items comptabilisés dans ce domaine, la qualité de la santé physique est également corrélée avec des items de la santé psychologique (la satisfaction de la vie, de soi et de son apparence physique) ainsi qu'un item du domaine environnemental (la pratique de loisirs).

La qualité de la santé psychologique est plus particulièrement corrélée avec la qualité de la vie (item 1, $r=0,54$), la satisfaction de la santé (item 2, $r=0,45$), l'appréciation de sa vie (item 5, $r=0,80$), le sentiment de sens à la vie (item 6, $r=0,72$), la capacité à se concentrer (item 7, $r=0,601$), le sentiment de sécurité dans sa vie quotidienne (item 8, $r=0,45$), la vitalité (item 10, $r=0,53$), l'acceptation de son apparence physique (item11, $r=0,65$), la capacité à se déplacer (item 15, $r=0,41$), la capacité à effectuer ses activités quotidiennes (item 18, $r=0,50$), la satisfaction de soi (item 19, $r=0,69$), la satisfaction de sa relation aux autres (item20, $r=0,53$), la satisfaction de son lieu de vie (item 23, $r=0,46$), l'absence de mélancolie, désespoir, d'anxiété et de dépression (item 26, $r=0,62$).

Ainsi en plus des items appartenant au domaine de la santé psychologique, ce domaine est également corrélé avec des items du domaine de la santé physique (la vitalité, notamment pour se déplacer, assurer ses activités quotidiennes et ses activités professionnelles) et du domaine environnemental (le sentiment de sécurité et la satisfaction de son lieu de vie).

Dans le domaine des relations sociales un item (22 ; satisfaction des relations sexuelles) est relativement peu corrélé avec les deux autres (item20, satisfaction de ses relations interpersonnelles ; item23, satisfaction du soutien perçu) (respectivement : $r=0,30$ et $r=0,29$; $p<,001$). Les deux autres sont davantage corrélés entre eux ($r=0,46$). Le domaine social, en dehors des items qui le composent, est uniquement plus fortement corrélé avec l'appréciation de sa vie (item5, $r=0,42$) et le domaine psychologique ($r=0,48$). Le domaine des relations sociales n'est pas fortement corrélé avec la qualité de vie (item1, $r=0,35$), et la satisfaction de sa santé (item2, $r=0,25$).

La qualité de l'environnement est, en dehors des items le composant, plus fortement corrélé (avec la qualité de la vie (item 1, $r=0,54$), la satisfaction de sa santé (item 2, $r=0,43$), l'appréciation de sa vie (item 5, $r=0,45$), la capacité à se concentrer (item 7, $r=0,43$), la capacité à se déplacer (item 15, $r=0,45$) et à effectuer ses activités de la vie quotidienne (item 18, $r=0,43$).

3.2.3. Consistance interne

La consistance interne des domaines physique ($\alpha_{\text{brut}}=0,74$; $\alpha_{\text{std}}=0,77$), psychologique ($\alpha_{\text{brut}}=0,7-$; $\alpha_{\text{std}}=0,77$) et environnemental ($\alpha_{\text{brut}}=0,75$; $\alpha_{\text{std}}=0,75$) est très satisfaisante.

En revanche, celui des relations sociales est peu satisfaisant ($\alpha_{\text{brut}}=0,59$; $\alpha_{\text{std}}=0,62$). Le retrait de l'Item21 (satisfaction des relations sexuelles) permettrait d'améliorer la consistance interne ($\alpha_{\text{brut}}=0,62$; $\alpha_{\text{std}}=0,62$), elle resterait néanmoins en-dessous du seuil préconisé de 0,70 (Nunnally, 1978). Ces trois items mesurent respectivement la satisfaction de ses relations sociales, la satisfaction des relations sexuelles, et la satisfaction du soutien social perçu. Ces trois notions ont été traitées comme trois dimensions différentes dans notre échantillon. La somme de ces trois items apparaît comme un indicateur peu satisfaisant de la qualité des relations sociales.

3.2.4. Structure factorielle des domaines de la qualité de vie

Les structures factorielles ont été examinées par domaine. Les contributions et coordonnées des items sur les axes factoriels sont rapportées dans les tableaux 34 à 36.

Le critère de Kaiser ferait retenir deux facteurs. Cependant, le second facteur est essentiellement formé par l'item 4, item qui présente une plus faible cohérence avec les autres. Ce

facteur reste bien représenté sur l'axe factoriel 1. L'ensemble des items contribue positivement à ce premier facteur. Le score du domaine physique, composé de la somme des items, est représentatif.

Tableau 34. *Structure factorielle de la qualité de la santé physique*

item	description	Facteur : 42,7%	
		Coord	Contrib
3	Absence de douleur physique handicapante	0,610	12,46
4	Absence de traitement médical	0,473	7,48
10	Vitalité	0,703	16,54
15	Capacité à se déplacer	0,699	16,33
16	Sommeil satisfaisant	0,535	9,57
17	Satisfaction de sa capacité à accomplir les tâches du quotidien	0,769	19,78
25	Satisfaction de sa capacité à effectuer son activité professionnelle	0,730	17,83

Contrib : contribution (part de la variance expliquée)

Coord. : coordonnée sur l'axe factoriel. Egale à la corrélation avec l'axe (variables standardisées)

 : Représentation satisfaisante

En gras : Contribution > contribution moyenne

La structure de la qualité de la santé psychologique est unidimensionnelle et présente la composition suivante :

Tableau 35. *Structure factorielle de la santé psychologique*

item	description	Facteur : 46,9%	
		Coord	Contrib
5	Appréciation de sa vie	0,817	23,73
6	Sens à la vie	0,749	19,94
7	Capacité à se concentrer	0,583	12,07
11	Acceptation à son apparence physique	0,605	13,02
19	Satisfaction de soi	0,717	18,27
25	Absence de mélancolie/désespoir/anxiété/dépression	0,600	12,97

Contrib : contribution (part de la variance expliquée)

Coord. : coordonnée sur l'axe factoriel. Egale à la corrélation avec l'axe (variables standardisées)

 : Représentation satisfaisante

En gras : Contribution > contribution moyenne

Etudier la structure factorielle d'un domaine ne comprenant que trois items présente peu d'intérêt, d'autant plus que la consistance interne n'est pas satisfaisante.

La qualité de l'environnement possède une structure unidimensionnelle. Le critère de Kaiser ferait retenir deux dimensions. Mais il apparaît plus pertinent de ne considérer qu'un seul facteur, comme le confirme l'emploi d'autres méthodes (facteur d'accélération, analyse parallèle, coordonnées optimales). Le second axe factoriel met seulement en exergue deux items légèrement moins cohérents avec les autres (la pratique de loisir, item14 ; la satisfaction de son moyen de

transport ; 25). Ces deux items restent bien représentés sur l'axe factoriel 1, comme l'illustre le tableau suivant. Le score, obtenu par la somme des scores aux items, est représentatif de la qualité de l'environnement.

Tableau 36. Structure factorielle de la qualité de l'environnement

item	description	Facteur 1 : 36,8%		(Facteur 2 : 13,2%)	
		Coord	Contrib	Coord	Contrib
8	Sentiment de sécurité	0,663	14,93	-0,192	3,51
9	Environnement sain	0,695	16,43	0,051	0,25
12	Sécurité financière	0,643	14,02	-0,418	16,63
13	Accès informatif	0,562	10,75	0,017	0,03
14	Pratique de loisirs	0,470	7,50	-0,487	22,62
23	Satisfaction de son lieu de vie	0,685	15,96	-0,014	0,02
24	Accès aux services de santé	0,525	9,35	0,617	36,32
25	satisfaction de son moyen de transport	0,571	11,06	0,465	20,63

Contrib : contribution (part de la variance expliquée)

Coord. : coordonnée sur l'axe factoriel. Egale à la corrélation avec l'axe (variables standardisées)

En gras : contribution > contribution moyenne

3.2.5. Structure factorielle de la WHOQOL

L'analyse suivante porte sur l'ensemble des éléments composant la QDV estimée par la WHOQOL, à l'exclusion des items généraux 1 et 2, soit les items 3 à 24 (Cf. Tab 37). Elle n'a pas vocation à tester une représentativité d'un score global ou de construire des facteurs sur la base de nos données. Nous avons, en effet, choisi d'utiliser comme score de QDV, celui à l'item 1, le score à l'item 2 pour la satisfaction de la santé et les scores aux sous-domaines en suivant les modes de calcul de la WHOQOL afin de comparer nos résultats à ceux publiés. L'analyse a ainsi pour objectif de repérer les éléments qui contribuent le plus à la QDV des membres AA de notre échantillon. Le détail des corrélations des items avec les axes factoriels et de leur contribution à ces derniers est retracé dans le tableau 37.

L'ACP fait retenir trois axes factoriels. Le facteur 1 explique 27,6%. Il est essentiellement constitué par les variables correspondant à l'appréciation de sa vie (WHOQOL5) ; la vitalité, perceptible au travers une satisfaction de sa capacité quotidienne (WHOQOL10, WHOQOL17), professionnelle (WHOQOL18) et de sa mobilité (WHOQOL15) ; la satisfaction de soi (WHOQOL19), de ses relations avec les autres (WHOQOL20) et de son lieu de vie (WHOQOL). Etant un axe de taille, il représente la qualité de vie.

Le facteur 2 explique 7,9% de la variance et représente l'absence de douleur physique, d'un besoin de traitement et d'accès à des services de santé.

Le facteur 3 explique 6,7% de la variance totale et représente le sens à la vie et le une vie sexuelle satisfaisante qu'il oppose à la satisfaction des moyens de transport.

Les contributeurs principaux à la QDV des membres des AA de notre échantillon sont donc la satisfaction de la vie et de soi et la vitalité s'exprimant notamment au travers une satisfaction de sa capacité à accomplir les tâches professionnelles et du quotidien et à être mobile.

Tableau 37. Structure factorielle de la WHOQOL

Item	Description	Facteur (% variance expliquée)					
		1 (27,6) : QDV		2 (7,9)		3 (6,7)	
		Coord	Contrib	Coord	Contrib	Coord	Contrib
3	Absence de douleur	0,40	2,37	0,49	12,70	0,14	1,26
4	Absence de traitement	0,24	0,84	0,65	22,21	0,00	0,00
5	Appréciation de sa vie	0,71	7,62	0,03	0,06	-0,30	5,58
6	Sens à la vie	0,57	4,97	-0,06	0,22	-0,45	12,35
7	Capacité de concentration	0,58	5,11	-0,18	1,75	-0,15	1,35
8	Sentiment de sécurité	0,56	4,79	-0,24	3,01	0,12	0,88
9	Environnement sain	0,54	4,38	-0,33	5,68	0,22	2,92
10	Vitalité	0,66	6,54	0,19	1,99	0,08	0,40
11	Acceptation de son apparence	0,56	4,68	0,20	2,19	0,00	0,00
12	Sécurité financière	0,54	4,44	-0,16	1,35	0,23	3,26
13	Accès aux informations	0,42	2,61	-0,34	6,20	0,13	1,01
14	Pratique de loisirs	0,50	3,70	0,12	0,83	0,18	2,06
15	Capacité à se déplacer	0,60	5,47	0,23	2,82	0,30	5,61
16	Sommeil satisfaisant	0,44	2,90	0,27	3,91	0,19	2,12
17	Capacité quotidienne satisfaisante	0,60	5,34	0,30	4,72	0,24	3,68
18	Capacité professionnelle satisfaisante	0,67	6,67	0,17	1,54	0,08	0,37
19	Satisfaction de soi	0,60	5,37	0,09	0,41	-0,29	5,29
20	Relation aux autres satisfaisante	0,59	5,32	-0,18	1,71	-0,38	8,84
21	Vie sexuelle satisfaisante	0,33	1,67	-0,09	0,43	-0,42	11,08
22	Soutien amical satisfaisant	0,38	2,18	-0,22	2,46	-0,35	7,45
23	Satisfaction de son lieu de vie	0,59	5,18	-0,37	7,14	0,05	0,13
24	Accès aux services de santé satisfaisant	0,29	1,26	-0,49	12,71	0,37	8,32
25	Moyen de transport satisfaisant	0,41	2,57	-0,23	2,79	0,46	13,00
26	Absence d'affects négatifs	0,52	4,02	0,15	1,17	-0,22	3,03

Contrib : contribution (part de la variance expliquée) ; coord : coordonnée (et corrélation, car variables centrées réduites)

En gras : Contribution > contribution moyenne

: Meilleures contribution et représentation de l'item

: Domaine de la santé physique

: Domaines de la santé psychologique

: Qualité des relations sociales

: Qualité de l'environnement

Synthèse de la structure des domaines de la WHOQOL

Désignations

- Qualité de vie : le score à l'item 1
- Satisfaction de sa santé : le score à l'item 2
- Qualité de la santé physique : score sur 100 au domaine de la santé physique
- Qualité de la santé psychologique : score sur 100 au domaine psychologique
- Qualité de l'environnement : score sur 100 au domaine de l'environnement

Domaines de la QDV

- **Bonne consistance** des sous-échelles des **domaines physique, psychologique et de l'environnement**.
- Ces sous-échelles sont **unidimensionnelles**
- Les **scores**, qualités de la **santé physiques, qualité de la santé psychologiques** et **qualité de l'environnement** sont **représentatifs** et pourront être utilisés dans les analyses ultérieures comme estimation notions correspondantes
- La consistance de la sous-échelle de la qualité des relations sociales n'est pas satisfaisante.
Le score ne représente pas correctement la qualité des relations sociales

Composants principaux de la QDV

- Une **satisfaction** de la **vie**, de **soi**, de son **lieu de vie** et de ses **relations aux autres**
- Une **vitalité** s'illustrant au travers une satisfaction de sa capacité dans son activité professionnelle et son quotidien et de sa mobilité.

III - Résultats relatifs aux hypothèses

Après avoir présenté dans le chapitre précédant la distribution des scores aux échelles et aux items et la structure des outils sur l'échantillon de membres des AA, nous allons maintenant rapporter les résultats des analyses menées pour tester nos hypothèses. Ces dernières seront rappelées avant chaque groupe de résultats correspondant. Nous allons d'abord décrire les résultats concernant les relations de la participation AA avec chacune des autres variables, puis de la spiritualité avec la résilience et la qualité de vie. Nous exposerons alors les résultats en rapport avec l'hypothèse de médiation de la spiritualité de l'effet de la participation aux AA sur la résilience. Les hypothèses avaient déjà été annoncées dans la partie méthodologique selon cet ordre (Chap. I, §3). Ce chapitre consistera en une description des résultats. Ceux-ci seront interprétés et discutés dans la partie « discussion ».

Avant de procéder à la présentation des résultats, nous souhaiterions rappeler quelques points relativement à la méthodologie. L'ensemble de ces analyses ont été faites sur des variables centrées réduites, pour cause d'hétéroscédasticité. Toutes les régressions rapportées vérifient une absence de colinéarité entre les variables explicatives et une distribution indépendante et identique des résidus. Les modèles ont été sélectionnés selon la méthode de pas à pas descendante en se basant sur l'indice Akaike Information Criterium (AIC) : le meilleur modèle possède le plus petit AIC. Le niveau initial de spiritualité a été contrôlé avec le score de la RBB sur la période avant l'arrivée aux AA : il s'agit donc d'une mesure rétrospective. Enfin, les éventuelles relations domaine des relations sociales de la qualité de vie avec les autres variables n'ont pas pu être analysées étant donné sa consistance interne peu satisfaisante.

Concernant les relations elles-mêmes entre les variables, nous avons vu dans la partie théorique que certaines variables peuvent influencer le niveau spirituel et la participation aux AA. Certaines peuvent également avoir un impact sur la résilience et la qualité de vie (Chap II, 8.2 ; Chap. III §6.). Ces variables doivent donc être contrôlées. Ainsi, le genre, la situation familiale et le niveau d'éducation et socio-économique peuvent avoir une incidence (Partie théorique, Chap. III, §6). L'importance du trouble de l'usage de substances psychoactives et d'une symptomatologie psychiatrique peuvent affecter le développement spirituel (Kelly, 2017), la participation aux AA (Witbrodt, Mertens, et al., 2012), la résilience (J.-P. Pourtois et al., 2012) et par définition la qualité de vie. Nous avons donc contrôlé l'âge d'expérimentation de l'alcool et celui de l'usage problématique, ainsi que la quantité d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive, la durée de cette consommation et l'éventualité d'un usage antérieur régulier de substance psychoactives illicites. Le développement spirituel étant emprunté comme voie possible du rétablissement de l'alcoolisme, d'autres moyens mis en œuvre tels que les traitements médicamenteux ou des thérapies pourraient

avoir un effet. En accompagnant la personne ils devraient aussi impacter la résilience et la qualité de vie. En outre, nous savons que les addictions et l'abstinence du trouble de l'usage d'alcool ont été associées à la spiritualité (Kelly et al., 2012; Harold G. Koenig, 2009) : l'usage de tabac et la présence d'une éventuelle addiction comportementale ont également été pris en compte. Ces variables ont aussi une incidence sur la qualité de vie et la résilience. En outre, nous avons établi, dans la partie théorique que la spiritualité et l'abstinence étaient associées positivement, elle a donc été contrôlée.

1. Participations aux AA et spiritualité

Les analyses de ce paragraphe ont pour objectif de tester l'hypothèse 1 d'une association positive entre la participation aux AA et la spiritualité. Ainsi, les AA devraient avoir un niveau spirituel actuel plus élevé que celui d'une population générale et plus important que ce qu'il n'était avant leur arrivée aux AA. Nous devrions également observer une corrélation positive entre la participation aux AA et la spiritualité et une prédiction positive de la participation aux AA sur la spiritualité.

1.1. Comparaison des scores moyens SWBS, RWB et EWB et aux items de la SWBS des 263 membres des AA à ceux de l'échantillon de validation de Velasco et Rioux (2009)

Les comparaisons des scores moyens sont rapportées dans le tableau 37. Le développement qui suit correspond à l'hypothèse 1a qui pose que les scores moyen SWBS, RWB, EWB et aux items de la SWBS sur l'échantillon des 263 membres des AA sont supérieurs à ceux obtenus sur l'échantillon de validation de Velasco et Rioux (2009).

A l'exception du score à l'item 2 (inversé pour être coté en positif, «Je ne sais pas qui je suis, d'où je viens, ni où je vais »), significativement plus faible, tous les scores aux items, ainsi que le score global et les scores aux sous-échelles sont significativement supérieurs à ceux de l'échantillon de validation ($p > ,001$) de Velasco & Rioux (2009).

Cependant, l'appartenance aux AA, n'est pas le seul paramètre qui différencie notre échantillon de celui de validation de la version française. En outre, la spiritualité aurait pu augmenter avec la participation aux AA, sans pour autant dépasser celle d'une population générale, puisqu'un trouble de l'usage d'alcool est associé à un niveau spirituel plus faible que celui d'une population générale.

Tableau 38. Comparaison des scores moyens obtenus sur l'échantillon de validation de l'adaptation française de la SWBS et ceux obtenus sur l'échantillon de 263 membres des AA

items	Intitulé	Moy AA N=263	Moy Ech Val N=189	t	p
1	Je ne trouve pas de satisfaction véritable avec ma Puissance Supérieure dans ma prière personnelle.	4,37	3,48	9,51	<,001
2	Je ne sais pas qui je suis, d'où je viens, ni où je vais.	4,65	5,11	-5,49	<,001
3	Je crois que ma Puissance Supérieure m'aime et est très attentionnée envers moi.	4,45	1,38	33,53	<,001
4	Il me semble que la vie est une expérience positive.	5,06	3,12	30,06	<,001
5	Je crois que ma Puissance Supérieure est indifférente et qu'elle ne s'intéresse pas à mes situations quotidiennes.	4,56	2,85	19,93	<,001
6	Je sens que mon avenir est incertain.	4,25	3,61	7,18	<,001
7	J'ai une relation très positive et profonde avec ma Puissance Supérieure	4,2	1,26	34,99	<,001
8	Je me sens comblé(e) et satisfait(e) de ma vie.	4,5	3,2	20,60	<,001
9	Je ne reçois pas de force personnelle et de soutien de ma Puissance Supérieure.	4,55	2,67	22,71	<,001
10	Je ressens un sentiment de bien-être quand je pense à la direction que prend ma vie.	4,8	2,98	28,22	<,001
11	Je crois que ma Puissance Supérieure est concernée par mes problèmes	4,14	1,25	33,48	<,001
12	Je ne profite pas suffisamment de la vie.	3,93	3,46	5,11	<,001
13	Je n'ai pas de relation particulièrement satisfaisante avec ma Puissance Supérieure	4,26	3,21	12,77	<,001
14	J'ai confiance en l'avenir.	4,66	3,36	20,61	<,001
15	Ma relation avec ma Puissance Supérieure m'aide à ne pas me sentir seul(e)	4,41	1,2	39,71	<,001
16	Je sens que la vie est remplie de conflits et de malheurs.	3,99	3,43	6,81	<,001
17	Je me sens comblé(e) lorsque je suis en communion intime avec ma Puissance Supérieure	4,3	1,18	37,81	<,001
18	La vie n'a pas beaucoup de sens.	4,99	4,18	12,67	<,001
19	Ma relation avec ma Puissance Supérieure contribue à ma sensation de bien-être	4,54	1,22	42,26	<,001
20	Je crois que ma vie a un vrai but.	4,71	4,08	9,79	<,001
RWB	Qualité de la relation avec PS	43,77	19,7	35,80	<,001
EWB	Bien-être existentiel	45,53	36,53	19,62	<,001
SWBS	Bien-être spirituel	89,30	56,23	34,18	<,001

AA : échantillon de 263 membres des AA ; Ech Val : Echantillon de validation de Velasco et Rioux (2009); SWBS : piritual Well-Being ; RWB : Religious Well-Being, EWB : Existential Well-being
Items inversés : moyenne calculée après inversion des scores.

Synthèse de la comparaison des scores des 263 membres des AA à la RWB et EWB avec ceux des échantillons de validation des échelles Velasco & Rioux (2009)

L'hypothèse 1a est validée :

La qualité de la relation avec une Puissance supérieure, la confiance en l'avenir, le sentiment de sens de la vie, l'optimisme et la satisfaction de la vie sont, en moyenne, chez les 263 membres des AA, significativement supérieurs à ceux trouvés dans sur un échantillon d'étudiants en première année de droit (échantillon de validation de la version française de l'outil ; N=169 et âge moyen = 19,5 ans).

1.2. Comparaison entre les scores aux items de la RBB actuels et ceux avant leur arrivée aux AA

Associer positivement la spiritualité à la participation aux AA (hypothèse 1), devrait se traduire par un niveau actuel spirituel plus élevé qu'avant l'arrivée aux AA. Autrement dit, le score aux items de la RBB sur la période actuelle devrait être significativement supérieurs à ceux sur la période avant l'arrivée aux AA (hypothèse 1b).

Pour rappel, la RBB évalue le degré de croyance en un Dieu (correspondant à athée, agnostique, sans opinion, spirituel et religieux), la fréquence des pensées sur Dieu/PS, de la méditation, la prière, l'assistance à un culte, des lectures S/R, et de l'expérience de la présence de Dieu/une PS.

Nous avons constaté une évolution sur la plupart des items de la RBB entre la période actuelle et celle avant l'arrivée aux AA. Les changements concernent les valeurs extrêmes. Nous nous sommes donc basés sur des variables dichotomiques afin de vérifier la significativité de ces évolutions.

Pour cela, nous avons construit à partir de l'item 1 (le degré de croyance en un Dieu traduit en un statut S/R) une variable dichotomique, en cotant 0, pour les personnes ne croyance pas en un Dieu, autrement dit n'étant ni spirituelles ni religieuses (et regroupant les catégories « athées », « agnostiques » et « ne sais pas ») et 1 pour les personnes croyant en un Dieu/ une PS, qu'elle pratiquent ou non une religion, donc étant spirituelles ou religieuses et qui regroupe les deux dernières modalités. Puis, nous avons construit des variables dichotomiques sur les 6 autres items (indités de a à f) en cotant « 0 » pour les pratiques, pensées et expériences occasionnelles dont les fréquences étaient inférieures à une semaine, et « 1 » lorsque les fréquences étaient au moins égales à une fois par semaine.

Les échantillons sont dépendants, puisqu'il existe un facteur temps intra-individu. Pour les items 1, a, b et c aucun effectif théorique n'est inférieur à 5. En revanche pour les items d, e, f, un effectif théorique est inférieur à 5, nous avons donc effectué un test de Mc Nemar sans la correction de continuité de Yates pour les premiers items cités et ce même test avec la correction de Yates pour les derniers. Le test permet de conclure à des augmentations significatives pour la croyance en un Dieu, et la fréquence des pensées sur Dieu, de la pratique de la prière et la méditation, de la lecture de textes S/R et des expériences de la présence de Dieu/une PS (χ^2 de Mc Nemar \in [48,02 ; 144,03], $p < ,01$). Seule l'évolution dans la fréquence de l'assistance à un culte n'est pas significative (χ^2 de Mc Nemar avec correction de Yates = 2,76 ; $p = 0,09$). L'évolution de la croyance en un Dieu/une PS se caractérise essentiellement par une forte augmentation du nombre de personnes devenant spirituels et une chute importante du nombre d'athées (modalités, pour lesquelles le χ^2 est le plus élevé : respectivement 123,46 et 86,04 ; $p < ,001$, contre $\chi^2 \in$ [7,75 ; 24,94], pour les autres modalités).

Synthèse de la comparaison entre les scores aux items à la RBB actuels et ceux avant l'arrivée aux AA

L'hypothèse 1b est vérifiée sur les items relevant de la spiritualité, mais ne l'est pas sur celui relevant davantage de la religion.

La tendance à croire en un Dieu/une PS et les fréquences moyennes actuelles des pensées sur Dieu/une PS, de la pratique de la prière et de la méditation, de la lecture de textes S/R et des expériences de Dieu/d'une PS sont significativement supérieures à celles sur la période avant l'arrivée aux AA.

1.3. Corrélation entre les scores aux items de la RI, le nombre de réunions hebdomadaires et sur la durée de vie et l'ancienneté avec la spiritualité

Les corrélations sont rapportées dans le tableau 39. Le développement suivant a pour objectif de vérifier l'hypothèse d'une corrélation positive entre la participation aux AA et la spiritualité (hypothèse 1c).

Les résultats dépendent de la façon dont sont appréciées la participation aux AA et la spiritualité.

L'ancienneté aux AA est corrélée significativement uniquement avec le bien-être existentiel ($r = 0,21$).

L'intensité de la participation aux AA (RI) est corrélée positivement et significativement ($p < 0,01$) avec le degré de spiritualité, évalué par l'ensemble des pensées, comportements et expériences S/R (RBB), la qualité de la relation avec une PS (RWB) et le bien-être existentiel (EWB : sens et but de la vie, confiance en l'avenir, optimisme, satisfaction de la vie).

Les items de la participation aux AA les plus corrélés à la spiritualité sont, par ordre d'intensité décroissante, la demande de conseils aux AA (RI9), le travail des étapes (RI3), la lecture de publications des AA (RI5), l'importance des liens au sein des AA (RI6), les échanges avec le parrain (RI2) et l'importance de la place des AA dans la vie de la personne (RI8). L'assistance aux réunions et l'engagement dans le service ne sont pas corrélés significativement avec la spiritualité.

Tableau 39. Corrélations entre participation aux AA et spiritualité

Participation aux AA	Spiritualité		
	RBB	RWB	EWB
RI (2)	0,42	0,36	0,23
RI1 - Réunion : assistance aux réunions AA/12 étapes	0,08	0,07	0,07
RI2 – Parrain : Echange avec le parrain	0,32	0,20	0,11
RI3 – Etape : Apprentissage des 12 les étapes	0,38	0,36	0,21
RI4 – Service : engagement dans une activité bénévole aux AA	0,00	0,06	0,19
RI5 – Lecture : lecture de publications des AA	0,37	0,27	0,10
RI6 – Lien : contact avec d'autres membres des AA	0,26	0,17	0,21
RI8 – Centration : organisation de la vie autour des AA	0,30	0,21	0,09
RI9 - Conseils AA : Recours au programme en 12 étapes/parrain/réunions pour prendre des décisions	0,47	0,48	0,21
Ancienneté	0,05	0,05	0,21
Nombre de réunions hebdomadaire⁽¹⁾	0,13	0,08	0,09
Nombre de réunions sur la durée de vie	0,11	0,08	0,05

(1) : logarithme de l'assistance aux réunions sur l'année écoulée

(2) : score RI sans les items 2 et 7 (Cf. § 2.2.4. pour justifications)

RBB : croyance en un Dieu/une PS et pensées, comportements et expériences S/R ; RWB : qualité de la relation avec une PS (Religious Well-Being), EWB : bien-être existentiel (Existential Well-Being).

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < 0,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En rouge : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, (Cohen, 1992)

En gras : corrélations significatives ($p < 0,05$)

Synthèse des corrélations entre la participation aux AA et la spiritualité

L'hypothèse 1c est partiellement validée.

La participation aux AA est significativement et positivement corrélée avec toutes les dimensions étudiées de la spiritualité. Elle l'est davantage avec la spiritualité estimée conjointement par la croyance en un Dieu/PS, les pensées et expériences en lien avec ce Dieu/PS et les pratiques S/R, ainsi que celle mesurée par la qualité de la relation à un Dieu/une PS.

Les actions inhérentes à la participation aux AA les plus corrélées à la spiritualité sont : la demande de conseils aux AA et le travail des étapes.

L'assistance aux réunions des AA (RI1, leur fréquence sur l'année écoulée et nombre de réunions sur la durée de vie) et l'engagement dans une activité de service ne sont pas corrélés significativement à la spiritualité.

L'ancienneté aux AA n'est ni corrélée significativement aux croyances, pratiques, pensées, expériences spirituelles (RBB), ni à la qualité de la relation avec une puissance supérieure (RWB). Elle est cependant positivement mais faiblement corrélée avec le bien-existential (EWB), apprécié en termes de confiance en l'avenir, sens à la vie, optimisme et satisfaction de la vie.

1.4. Prédiction de la spiritualité par la participation aux AA

Les analyses ci-dessous correspondent à l'hypothèse selon laquelle une augmentation de la participation aux AA prédit une augmentation de la spiritualité qu'elle que soit le mode d'évaluation de cette dernière. Les résultats des régressions de RBB, RWB et EWB avec les items RI ont été rapportés dans le tableau 39 et ceux en fonction du nombre de réunions hebdomadaires et sur la durée de vie et l'ancienneté dans le tableau 40.

Nous allons d'abord présenter les analyses d'une prédiction de la spiritualité en fonction des éléments constitutifs de la participation aux et ceux en fonction de la fréquence des réunions sur la durée de vie et l'ancienneté.

Les résultats mettent en évidence qu'une participation aux AA (mesurée par RI) plus importante prédit une augmentation de la tendance à croire en un Dieu/une PS, de la fréquence des comportements (prier, méditer, assister à un culte, lecture), expériences et pensées en lien avec une spiritualité ($\beta=0,41$; $p<,001$), de la qualité de la relation avec une PS ($\beta =0,33$; $p<,001$) et du bien-être

existentiel (sens et but à la vie, confiance en l'avenir, optimisme, le sens à la vie et satisfaction de la vie) ($\beta = 0,23$; $p < ,001$).

Plus spécifiquement, ce sont le travail des étapes (RI3) et la demande de conseils aux AA (publications, parrains, partage en réunion, etc.) pour prendre des décisions personnelles (RI9) qui expliquent l'augmentation de ces trois dimensions de la spiritualité. Ces deux items sont en fait des indicateurs de l'apprentissage et l'application du programme en 12 étapes. Les échanges avec un parrain et la diminution d'un engagement dans le service expliquent aussi une augmentation de sa tendance à se considérer spirituel ou religieux, des pratiques, pensées et expériences en lien avec une spiritualité (RBB). Toutefois, l'augmentation de l'engagement dans le service, à la lisière de la significativité ($p = ,09$) dans la régression de EWB, prédirait une augmentation de cette variable ($\beta = 0,13$). Augmenter sa lecture de publications des AA, également légèrement au-dessus du seuil de significativité ($p = ,09$) prédirait une hausse de même ampleur de EWB.

Nous avons constaté précédemment (§2.2.4.2.) deux styles de participation aux AA : certains privilégient l'apprentissage des étapes en travaillant le programmes des 12 étapes et lisant les publications des AA quand d'autres priorisaient l'assistance aux réunions et l'engagement dans une activité de service. Considérer l'axe factoriel 2 pouvait ainsi rendre compte de cette différence.

En recourant aux axes factoriels de RI pour expliquer la spiritualité, nous avons obtenu que l'apprentissage du programme (RI3 et RI5) prédit une augmentation de la spiritualité, quand elle est estimée par la RBB ou la RWB, alors que l'assistance aux réunions et l'engagement dans le service en prédisent une diminution. La distinction dans le style de participation aux AA n'est pas pertinente pour la spiritualité évaluée en termes de bien-être existentiel.

Concernant les variables confondantes, les résultats montrent que ne pas consommer de tabac est un prédicteur positif significatif des pratiques, pensées et expériences S/R et du bien-être existentiel, que ne pas avoir de traitement psychotrope, avoir consommé une plus grande quantité d'alcool sur une période plus faible étaient des prédicteurs positifs du bien-être existentiel.

La durée de l'abstinence est un prédicteur significatif de la spiritualité estimée par RBB ou RWB, mais uniquement quand la participation aux AA est estimée par le score total à la RI. Elle l'est pour la spiritualité appréciée par la EWB que la participation aux soit détaillées en fonction des actions la caractérisant ou évaluée globalement.

Une plus grande part de la variance est expliquée d'une part lorsque la spiritualité est estimée en termes de croyances, pensées, comportements et expériences S/R et de la qualité de la relation à

une PS et d'autre part lorsque la participation AA est détaillée en ses différentes actions (respectivement $R^2=,47$ et $R^2=,36$).

Tableau 40. La spiritualité des AA en fonction des actions inhérentes à leur participation aux AA

	RBB			RWB			EWB		
	M(SD)	β	SE t	M(SD)	β	SE t	M(SD)	β	SE t
intercept		0,17	0,07 2,31 *		0,06	0,07 0,88		0,04	0,08 0,51
BAC ou moins		-0,16	0,10 -1,72 .						
Oui (43%)	44,0 (11,4)								
Non (57%)	43,6 (10,6)								
Cadres - commerçants									
Oui (44%)							46,3 (7,0)	0,19	0,11 1,69 .
Non (56%)							44,9 (7,7)	-0,35	0,16 -2,18 *
Psycho trope									
Oui (21%)							43,4 (10,1)		
Non (79%)							43,9 (11,1)	-0,23	0,16 -1,46
Suivi Psy									
Oui (78%)				44,0 (11,0)	-0,18	0,12 -1,46	43,0 (7,5)		
Non (22%)				43,0 (10,5)	0,28	0,16 1,78 .	46,3 (7,3)		
Autre Entraide									
Oui (12%)				43,3 (10,8)	-0,08	0,05 -1,51	47,2 (11,0)	0,11	0,06 1,87 .
Non (88%)				47,2 (11,0)	0,08	0,05 1,59	43,3 (0,8)	-0,10	0,06 -1,65 .
Age Expe Alc		0,09	0,05 1,82 .					0,14	0,06 2,39 *
Dur Cons Mass		-0,29	0,10 -2,90 **						
Age Alc Pb									
Qt Alc.				47,2 (11,0)	-0,16	0,11 -1,49			
Oui (33%)	27,2 (9,4)								
Non (67%)	27,3 (9,8)			43,3 (10,8)	0,18	0,05 3,53 ***		0,14	0,06 2,49 *
Abstinence									
RBBAA		0,32	0,05 6,84 ***						
R11		0,14	0,05 2,87 **						
R12		0,27	0,05 5,53 ***						
R13		-0,19	0,05 -3,56 ***						
R14									
R15									
R16									
R18		0,09	0,06 1,43						
R19		0,37	0,06 6,25 ***		0,46	0,06 8,01 ***		0,20	0,07 2,97 **

RBB : antécédant et comportement Religieux ; RWB : bien-être religieux, EWB : bien-être existentiel ; M : Moyenne ; SD : écart type (Standard Deviation) ; Psycho trope : prise d'un traitement psychotrope ; Autre entraide : participer à un autre groupe d'entraide, principalement un groupe en 12 étapes ; Qt. Alc : quantité d'alcool qui était consommée pendant la consommation massive d'alcool ; Tabac : consommer du tabac.

*** p<,001 , ** p<,01 , * p<,05 ; . p<,1

1.5. Prédiction de la spiritualité des AA en fonction du nombre de réunions des AA, hebdomadaires et sur la durée de vie et de l'ancienneté aux AA

Les résultats sont rapportés dans les tableaux 41 et 42.

Avant d'exposer les résultats, quelques précisions importantes sont à signaler. Tout d'abord, l'abstinence n'a pas pu être contrôlée dans les modèles où la participation aux AA a été estimée par l'ancienneté, car ces deux variables sont colinéaires (les VIF, Variance Inflation Factor, sont respectivement : 5,82 et 6,60. Or pour conclure en l'absence de colinéarités entre les variables, il faut : $VIF < 2$). L'âge n'a pas non plus été pris en compte pour les mêmes raisons quand la participation aux AA a été estimée par l'ancienneté ($VIF=3,08$) ou par le nombre de réunions sur la durée de ($VIF=2,92$).

Le nombre de réunions hebdomadaire et sur la durée de vie sont des prédicteurs significatifs de la spiritualité lorsqu'elle est appréciée en termes de croyances, pensées, comportements et expériences S/R.

Tableau 41. Prédiction de la spiritualité par le nombre de réunions assistées sur la durée de vie

	Moy (ety)	RBB				RBB			
		β	SE	t		β	SE	t	
intercept		0,15	0,09	1,65		0,14	0,09	1,58	
Genre		-0,25	0,12	-2,11	*	-0,24	0,12	-2,02	*
Homme (60%)	26,4 (9,1)								
Femme (40%)	28,5 (9,2)								
Age		-0,15	0,07	-2,19	*				
Psychotrope									
Oui (21%)	27,9 (9,6)								
Non (79%)	27,1 (9,6)								
Age Expe Alc									
Dur Cons Mass		0,09	0,06	1,57					
Qt Alc						0,08	0,06	1,44	
Abstinence		0,16	0,07	2,42	*				
RBBAA		0,38	0,06	6,70	***	0,37	0,06	6,61	***
Réu hebdomadaire		0,15	0,06	2,58	*				
Reu Vie						0,22	0,06	3,60	***

RBB : antécédant et comportement Religieux ; RWB : bien-être religieux, EWB : Bien-être existentiel ; Psychotrope : prise d'un traitement psychotrope ; Autre entraide : participer à un autre groupe d'entraide (principalement un autre groupe en 12 étapes) ; Age Expe. Alc. : âge d'expérimentation de l'alcool. Dur Cons Mass : durée de la consommation massive d'alcool. Qt Alc : quantité d'alcool qui était consommée pendant la consommation massive d'alcool (en gramme pur d'alcool) ; RBBAA : niveau spirituel avant l'arrivée aux AA. Reu Vie : nombre de réunions assisté au cours de la vie.

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; . $p < 0,1$

L'ancienneté aux AA est un prédicteur positif de la spiritualité, uniquement lorsque celle-ci est appréciée en termes de bien-être existentiel.

Tableau 42. Prédiction de la spiritualité par l'ancienneté aux AA

	EWB			
	β	SE	t	
intercept	0,06	0,07	0,82	
Genre				
Age				
Psychotrope	-0,45	0,15	-3,08	**
Autre Entraide	0,30	0,18	1,64	
Age Expe Alc	0,12	0,06	2,03	*
Dur Cons Mass	-0,10	0,06	-1,69	.
Qt Alc.	0,14	0,06	2,37	*
RBBAA				
Ancienneté	0,18	0,06	2,97	**

RBB : croyance en Dieu/une PS, comportements, pensées, expériences S/R (Religious Background and Behavior), EWB : bien-être existentiel (Sens et but à la vie, optimisme, confiance en la vie, satisfaction de la vie ; RBB : antécédant et comportement Religieux ; Psychotrope : prise d'un traitement psychotrope ; Autre entraide : participer à un autre groupe d'entraide (principalement un autre groupe en 12 étapes) ; Age Expe alc : âge d'expérimentation de l'alcool. Dur Cons Mass : durée de la consommation massive d'alcool. Qt Alc : quantité d'alcool qui était consommée pendant la consommation massive d'alcool (en gramme pur d'alcool) ; RBBAA : niveau spirituel avant l'arrivée aux AA. Reu Vie : nombre de réunions assisté au cours de la vie.

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$; . $p < ,1$.

Il est à noter que les mêmes variables avec des coefficients très proches et un modèle d'une qualité équivalente (AIC=-25,6 pour le précédent contre AIC=-25,4) auraient été obtenus en considérant l'abstinence plutôt que l'ancienneté. Nous en concluons que l'ancienneté aux AA et la durée de l'abstinence sont des estimations de phénomènes très proches.

Synthèse de la prédiction de la spiritualité par la participation aux AA

L'hypothèse 1d est partiellement validée

- Une augmentation de la participation, évaluée par le score à la RI, prédit une augmentation de la spiritualité quelle que soit son mode d'évaluation (RBB, RWB, EWB).
- Plus spécifiquement, la fréquence des échanges avec le parrain est un prédicteur d'une augmentation des croyances, pensées, comportements et expériences S/R. L'apprentissage du programme en 12 étapes et le recours aux AA pour prendre des décisions sont des prédicteurs d'une augmentation de la spiritualité quelle que soit son mode d'évaluation. L'engagement dans une activité de service au sein des AA est un prédicteur négatif de la spiritualité (RBB et RWB).
- Le nombre de réunions hebdomadaire n'est pas un prédicteur de la spiritualité (RBB, $p = ,69$).
- L'ancienneté et le nombre de réunions sur la durée de vie sont des prédicteurs de la spiritualité, quand elle est évaluée par les croyances, pensées, comportements et expériences S/R (RBB) ou le bien-être existentiel, mais pas lorsqu'elle est estimée par la qualité de la relation à une PS.

Synthèse des relations entre la participation aux AA et la spiritualité

- La qualité de la relation à un Dieu/une PS, le sentiment de sens et but à la vie, l'optimisme, la confiance en l'avenir et la satisfaction de la vie des participants membres des AA sont, en moyenne, significativement supérieurs à ceux d'un échantillon extrait d'une population générale (d'étudiants).
- Les participants membres des AA ont plus tendance à se considérer comme étant spirituels ou religieux qu'avant leur adhésion aux AA.
- Les participants aux AA recourent davantage à la prière et la méditation, lisent davantage de textes S/R et ont davantage de pensées sur Dieu, d'expériences de la présence de Dieu/une PS qu'avant leur arrivée aux AA.
- Leur assistance à un culte/office S/R n'est pas significativement différent de celle avant leur arrivée aux AA.
- L'ancienneté aux AA n'est pas corrélée à la spiritualité.
- L'augmentation de la participation aux AA, et plus particulièrement du travail des étapes et du recours à une aide des AA (membres AA, partage en réunion, publications AA) pour prendre des décisions personnelles prédisent une augmentation de la spiritualité au sens strict (pratiques, pensées, expériences de la présence de Dieu et qualité de la relation à une PS) et selon un sens plus large (optimisme, sentiment de sens à la vie, confiance en l'avenir et satisfaction de la vie). L'augmentation de la fréquence des relations avec d'autres membres des AA n'est pas un prédicteur significatif de la spiritualité des AA.
- Le nombre de réunions auxquelles la personne a assisté tout au long de sa vie ainsi que son ancienneté au sein des AA sont des prédicteurs de l'augmentation de la fréquence des comportements, pensée et expériences S/R ainsi que du bien-être existentiel (sens et but de la vie, optimisme, confiance en l'avenir et satisfaction de la vie).

2. Participation aux AA et résilience

Les analyses de ce paragraphe visent à répondre à l'hypothèse d'une association positive entre la participation aux AA et la résilience (hypothèse 2). Si le rétablissement visé par le programme des AA consiste en un processus de résilience, alors la participation aux AA est associée positivement à la résilience. De cette hypothèse est issue notre première hypothèse opératoire (hypothèse2a) qui soutient l'existence d'un niveau de résilience au moins aussi élevé chez les membres des AA que dans

une population générale. Cette hypothèse sous-entend que l'augmentation de la résilience associée à une participation aux AA est suffisamment importante pour atteindre voire dépasser le niveau moyen d'une population générale. Par ailleurs, l'hypothèse 2 revient à poser l'existence d'une corrélation positive entre la participation aux AA et la résilience (hypothèse 2b) et une prédiction positive de cette dernière par la participation aux AA (Hypothèse 2c).

2.1. Comparaison du score moyen de résilience chez les 263 membres des AA et celui d'une population générale

Le résultat statistique de la comparaison de moyenne figure dans le tableau 43.

La résilience est en moyenne très significativement plus élevée sur l'échantillon de membres des AA (N=263) que celle obtenue sur un échantillon représentatif de la population générale des Etats-Unis (N=577 ; Connor & Davidson, 2003).

Ces résultats tendent à dire que les membres des AA possèdent une résilience plus élevée que celle d'une population ne présentant aucun trouble. Cependant, les deux échantillons considérés ne diffèrent pas uniquement par une appartenance aux AA. D'autres facteurs pourraient donc expliquer cette résilience plus élevée chez les AA. L'hypothèse 1a est confirmée.

Tableau 43. Comparaison du score de la résilience des Membres des AA (N=263) avec celui d'une population générale (N=577)

	Moyenne Membres AA N=263	Moy éch. Validation N=577 (Connor & Davidson, 2003)	t	p
CDRISC : résilience	93,7	80,5	18,50	<,001

Ech. : échantillon ; Moy. : moyenne
CDRISC : résilience (Connor en Davidson Resilience Scale).

2.2. Corrélation de la résilience avec la participation aux AA

Les corrélations entre la résilience et la participation aux AA figurent dans le tableau 43.

Parmi les indicateurs de la participation aux AA (nombre de réunions hebdomadaires et sur la durée de vie, actions inhérentes à la participation et ancienneté) seuls le nombre de réunions hebdomadaires et la fréquence avec laquelle l'individu est en lien avec d'autres membres AA (R16) sont corrélés significativement et positivement avec la résilience ($r=0,17$ et $r=0,16$; $p<,05$). Ces corrélations sont, cependant, faibles. Selon Cohen (1992), une corrélation possède une puissance statistique à partir d'une valeur de 0,30. L'hypothèse 1b est très partiellement confirmée.

Tableau 44. *Corrélation de la résilience avec la participation aux AA*

Participation aux AA	Résilience
	CDRISC
RI ⁽¹⁾	0,10
RI1 - Réunion	0,00
RI2 - Parrain	0,01
RI3 - Etape	0,10
RI4 - Service	0,07
RI5 - Lecture	0,03
RI6 - Lien	0,16
RI8 - Centration	0,01
RI9 - Conseils AA	0,09
Ancienneté	0,01
Nombre de réunions hebdomadaire ⁽¹⁾	0,17
Nombre de réunions sur la durée de vie	0,10

(1) : logarithme de la proportion de jour d'assistance aux réunions sur l'année écoulée

(2) : score RI sans les items 2 et 7

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

2.3. Prédiction de la résilience par la participation aux AA

Les résultats de la prédiction de la résilience par les différentes dimensions de la participation aux AA figurent dans le tableau 45.

Parmi les indicateurs de la participation aux AA, seules les augmentations de la fréquence des relations avec d'autres membres des AA et du nombre de réunions hebdomadaires prédisent une augmentation de la résilience. La demande d'aide (autres membres, publications des AA, partage en réunion) est significative au seuil de significativité $p = ,1$ ($p = ,07$).

Tableau 45. *prédiction de la CDRISC par le lien avec d'autres membres des AA et la fréquence hebdomadaire de l'assistance à des réunions des AA*

	CDRISC	CDRISC			CDRISC				
	M (SD)	β	SE	t	β	SE	t		
intercept		0,08	0,07	1,18	0,07	0,07	0,32		
Psychotrope		-0,38	0,15	-2,59	*	-0,32	0,15	0,03	*
Oui (21%)	87,0 (10,0)								
Non (79%)	91,1 (10,0)								
Age expérimental		0,15	0,06	2,44	*	0,14	0,06	0,02	*
Qt Alc.		0,13	0,06	2,20	*	0,14	0,06	0,02	*
Participation AA									
RI1 : réunions		-0,10	0,07	-1,44					
RI6 : liens AA		0,20	0,07	2,80	**				
RI8 : Centration		-0,11	0,08	-1,40					
RI9 : Conseils AA		0,12	0,07	1,66	.				
Nb Reu hebdo						0,16	0,06	0,01	**

CDRISC : Echelle de résilience de Connor et Davidson ; Nb Reu hebdo : logarithme du nombre moyen de réunion. RI : Entretien de rétablissement. *** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$; . : $p < ,1$

Synthèse sur la relation de la participation aux AA avec la résilience

L'hypothèse 2a est validée

La résilience moyenne des 263 membres des AA est très significativement supérieure à celle d'un échantillon représentatif de la population générale des Etats-Unis.

L'hypothèse 2b est partiellement validée

Seule la fréquence des contacts avec d'autres membres des AA est corrélée positivement, mais faiblement, avec la résilience.

L'hypothèse 2c est partiellement validée.

Parmi les dimensions de la participation aux AA, seule l'augmentation des fréquences de contacts avec d'autres membres des AA et d'assistance aux réunions des AA prédisent une augmentation du nombre hebdomadaire moyens de réunions auxquelles la personne assiste prédisent une augmentation de la résilience.

L'augmentation de la demande de conseils au sein des AA pour prendre une décision personnelle tend à être un prédicteur significatif de l'augmentation d'une résilience.

3. Participation AA et qualité de vie

Les analyses ci-dessous testent l'hypothèse d'une relation positive entre la participation aux AA et la qualité de vie (hypothèse 3). Comme pour la résilience, nous supposons que l'amélioration de la qualité de vie vécue par les membres des AA est suffisamment importante pour atteindre voire dépasser le niveau moyen d'une population générale. Ainsi, le score moyen des AA en plus d'être supérieur à celui de personnes présentant un TUA, doit l'être à celui d'une population normale (hypothèse 3a). L'hypothèse 3 revient à soutenir l'existence d'une corrélation positive entre l'ensemble des éléments constituant la participation aux AA (items de la RI, assistance aux réunions et ancienneté) et la qualité de vie et une prédiction de cette dernière par la participation aux AA.

3.1. Comparaison de la qualité de vie des AA avec celle de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool et celle de populations saines

Les comparaisons de moyennes sont rapportées dans le tableau 46.

Les moyennes au différents domaines de la qualité de vie estimés par la WHOQOL ont été comparées avec celles d'autres échantillons de personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool (Akvardar et al., 2006; da Silva Lima, Fleck, Pechansky, de Boni, & Sukop, 2005; Dişsiz, Beji, & Oskay, 2015; Johansson et al., 2017; Pal, Yadav, Mehta, & Mohan, 2007) et de personnes ne présentant aucun trouble (Dişsiz et al., 2015; Hawthorne, Herrman, & Murphy, 2006). Les échantillons diffèrent par leur nationalité, proportion hommes et femmes, âge moyen. Mais, quel que soit l'échantillon considéré, nous avons obtenu des moyennes très significativement ($p > ,001$) inférieures à celles des 263 membres des AA.

Concernant, les comparaisons avec des populations « tout venant », les moyennes de la santé physique et de la santé psychologique et de la qualité de l'environnement sont très significativement inférieures à celles des populations saines australiennes, mais non significativement différentes de celles de la population saine turque. La qualité moyenne de l'environnement des 263 membres des AA est très significativement inférieures à celle des échantillons sains australiens, mais très significativement supérieure à celle de la population saine turque.

Les AA disposent d'une qualité de vie supérieure à celle de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool, mais inférieur à celle de populations saines.

Tableau 46. Comparaison des scores moyens de la qualité de la santé physique et psychologique et de l'environnement des AA avec celles de populations saines et celles de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool

		Trouble usage Alcool						Populations saines		
Echantillon	AA	Djisziz ⁽¹⁾	Akvardar ⁽²⁾	Da Silva ⁽³⁾	Johansson ⁽⁴⁾	Pal ⁽⁵⁾	Djisziz ⁽¹⁾	Hawthorn ⁽⁶⁾	Hawthorne ⁽⁷⁾	
N	263	71	34	36	4165	90	183	66	866	
Age	m=58,5 (9,92)	>18 ans	44,98 (8,48)	46 (8,34)	41,88 (12,36)	29,7 (9,89)		[50;59]	>20	
Hommes (%)	59,7	0	82,2	100	52	100	0	42,4	43,8	
Pays	France	Turquie		Bésil	Suède	Inde	Turquie	Australie	Australie	
Physique										
M sur 100 (SD)	73,02 (15,10)	43,13 (19,40)		70,6 (17,11)			70,14 (14,46)	80,3 (16,9)	73,5 (18,1)	
M sur 20 (SD)	15,64 (2,41)	12,60 (2,15)			12,7 (2,51)	14,58 (2,45)				
t		23,7***	20,50***	2,60**	19,82***	7,15***	-0,12	-7,82***	-0,52	
Psychologique										
M sur 100 (SD)	68,32 (13,26)	43,13(19,40)		56,83 (13,34)			65,39 (14,19)	73,8(12,6)	73,8(12,6)	
M sur 20 (SD)	14,92 (2,13)	13,30 (2,30)			11,19 (2,79)	12,62 (3,18)				
t		43,13***	12,34***	14,06***	17,53***		3,59	-6,70***	-2,78**	
Social										
M sur 100 (SD)	63,07 (16,48)	46,59 (23,21)		64,04 (14,78)			69,17 (16,94)	73,1 (18,2)	73,1 (18,2)	
M sur 20 (SD)	14,09 (2,60)	12,31 (3,36)			11,93 (3,11)	13,41 (3,37)				
t		16,22***	11,14***	-0,96	13,51***	4,27***	-6,00***	-9,87***	-8,30***	
Environnement										
M sur 100 (SD)	71,65 (11,37)	50,70 (15,17)		54,87 (12,40)			58,17 (11,97)	77,0 (13,3)	77,0 (13,3)	
M sur 20 (SD)	15,43 (1,79)	13,23 (2,17)			14,67 (2,47)	13,44 (2,12)				
t		29,88***	19,99***	23,94***	23,94***	18,08***	19,23***	-7,62***	-4,91***	

(1) : Djisziz, Beji, et Oskay (2015); (2) : Akvardar et al. (2006); (3) : da Silva Lima et al. (2005); (4) : Johansson et al. (2017); (5) : Pal, et al.; Hawthorne et al. (2006)

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; . : p<,1

3.2. Corrélation de la qualité de vie, la satisfaction de la santé, la qualité de la santé physique et psychologique et de l'environnement avec le score aux items de la RI, le score RI, le nombre de réunions hebdomadaire et sur la durée de vie et l'ancienneté aux AA

Les corrélations sont rapportées dans le tableau 48. L'intensité de la participation aux AA (RI) est corrélée significativement et positivement à la satisfaction de sa santé ($r=0,13$; $p<,05$) et la santé psychologique ($r=0,13$; $p<,05$).

Le travail des étapes (RI3) est corrélé avec la qualité de la santé psychologique ($r=0,15$; $p<,05$). L'engagement dans une activité de service aux AA (RI4) est corrélé avec la satisfaction de la santé et la santé physique ($r=0,12$; $p<,05$). L'importance du lien avec d'autres membres des AA est corrélée avec la qualité de la santé psychologique et la qualité des relations sociales ($r=0,18$ et $r=0,17$; $p<,01$). La demande de conseils aux AA pour prendre des décisions personnelles est corrélée avec la qualité des relations sociales ($r=0,13$; $p<,05$).

L'ancienneté aux AA est corrélée avec la satisfaction de la qualité de vie ($r=0,28$; $p<,001$). Le nombre de réunions AA sur la durée de vie est corrélé avec la qualité de vie ($r=0,26$; $p <,05$) et la qualité de l'environnement ($r=0,22$; $p<,01$).

Tableau 47. Corrélations entre les mesures de la participation aux AA et la qualité de vie, la satisfaction de la santé, la qualité de la santé physique et psychologique et de l'environnement

Participation aux AA	QDV	Satis Santé	Santé Phy	Santé Psy	Env.
Ancienneté aux AA	0,28	0,05	0,03	0,27	0,21
Nombre hebdomadaire de réunions⁽¹⁾	0,03	0,07	-0,01	0,05	0,05
Nombre de réunions sur la durée de vie	0,26	0,04	0,04	0,25	0,22
RI ⁽²⁾	0,10	0,13	0,07	0,13	0,02
RI1 - Réunion	0,01	0,04	0,02	0,03	0,01
RI2 - Parrain	0,00	0,07	0,01	0,03	0,06
RI3 - Etape	0,09	0,09	0,08	0,15	0,04
RI4 - Service	0,10	0,12	0,12	0,11	0,01
RI5 - Lecture	0,05	0,10	0,06	0,05	0,00
RI6 - Lien	0,08	0,11	0,08	0,18	0,06
RI8 - Centration	0,07	0,10	0,02	0,00	0,03
RI9 - Conseils AA	0,04	0,07	0,05	0,03	0,06

QDV : Satisfaction de sa qualité de vie ; Satis Santé : Satisfaction de sa santé ; Santé Phy : Santé Physique ; Relations Soc : Qualité des relations sociale ; Env. : Qualité de l'environnement.

(1) : logarithme de la fréquence hebdomadaire d'assistance aux réunions

(2) : score RI sans les items 2 et 7

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p <,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, (Cohen, 1992)

La participation aux AA est corrélée positivement à la satisfaction de la santé et la qualité de la santé psychologique. L'ancienneté aux AA est corrélée positivement avec la satisfaction de la qualité de vie et la qualité de la santé psychologique.

3.3. Prédiction de la qualité de vie par la participation aux AA

Pour simplifier la présentation des résultats des régressions, nous avons regroupé, dans le tableau 47, les moyennes et écarts types des scores aux différents domaines de la qualité de vie par modalité des variables contrôles significatives.

Tableau 48. Scores moyens et écarts-types aux domaines de la qualité de vie par modalité des variables contrôles significatives dans les analyses de régressions

	QOL1 M (SD)	QOL2 M (SD)	Santé Phy M (SD)	Santé Psy M (SD)	Environnement M (SD)
Genre					
Homme (60%)	4,16 (0,59)			69,74 (12,61)	
Femme (40%)	3,94 (0,66)			66,23 (13,97)	
Couple⁽¹⁾					
Oui (50%)	4,16 (0,59)	3,94 (0,76)	75,34 (14,28)	70,89 (11,81)	73,76 (9,97)
Non (50%)	3,94 (0,66)	3,73 (0,89)	70,71 (15,59)	65,77 (14,14)	69,56 (12,30)
≤ baccalauréat					
Oui (43%)		3,70 (0,89)	70,42 (16,30)		69,46 (11,32)
Non (57%)		3,93 (0,78)	74,95 (13,89)		73,28 (11,17)
Emploi					
Oui (50%)	4,10 (0,67)	3,90 (0,86)	76,44 (14,91)		
Non (50%)	4,01 (0,61)	3,78 (0,81)	70,15 (14,71)		
Cadre/co⁽²⁾					
Oui (44%)	4,11 (0,60)				
Non (56%)	4,00 (0,66)				
Psychotropes⁽³⁾					
Oui (21%)	3,81 (0,80)	3,91 (0,79)	63,02 (17,73)	60,7 (15,2)	
Non (79%)	4,11 (0,57)	3,54 (0,95)	75,60 (13,21)	70,29 (11,99)	
Suivi psy⁽³⁾					
59 (22%)			63,66 (16,72)	62,05 (14,38)	
204 (78%)			75,73 (13,48)	70,14 (12,38)	
Tabac					
Oui (33%)	3,90 (0,66)	3,68 (0,86)	67,17 (15,77)	67,17 (14,92)	70,33 (11,86)
Non (67%)	4,12 (0,62)	3,90 (0,82)	68,89 (14,66)	68,90 (12,37)	72,31 (11,10)
Addiction Cpt⁽⁴⁾					
Oui (22%)		3,88 (0,80)			
Non (78%)		3,66 (0,95)			
Drogue					
≥ Mensuel (24%)					68,41 (11,84)
< Mensuel (76%)					72,70 (11,04)

(1) : Artisan/Commerçant/chef d'entreprise; Cadre/profession intellectuelle supérieure

(2) : traitement psychotrope

(3) : Suivi psy : suivi psychiatrique et/ou psychologique

(4) : addiction cpt : addiction comportementale

Les résultats des régressions des domaines de la qualité de vie en fonction des actions inhérentes à la participation aux AA ont été rapportées dans le tableau 48. Ces résultats ont établi qu'une augmentation de l'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA (RI) prédit une augmentation de la satisfaction de la santé ($\beta=0,15$; $p<,05$) et de la qualité de la santé psychologique ($\beta=0,12$; $p<,01$). En considérant ces actions séparément, nous avons obtenu qu'organiser sa vie de

façon plus importante autour des AA prédit une augmentation de la qualité de vie et de la satisfaction de la santé (respectivement $\beta=0,12$ et $\beta=0,13$; $p<,05$), qu'avoir des contacts plus fréquents avec d'autres membres des AA prédit une hausse de la qualité de la santé psychologique ($\beta=0,19$; $p<,01$) et que s'engager de façon plus fréquente dans une activité de service aux AA tendait à prédire une amélioration de la qualité de la santé physique ($\beta=0,11$; $p=,05$). Parmi toutes les variables significatives, la durée de l'abstinence est le facteur qui contribue le plus à la qualité du modèle de la qualité de vie, le besoin d'un traitement psychotrope et le niveau d'éducation à celle de celui de la satisfaction de la santé. Concernant la qualité de la santé psychologique, la durée de l'abstinence et la fréquence des contacts au sein des AA contribue de façon équivalent à la qualité du modèle.

Tableau 49. Prédiction des domaines de la qualité de vie par les actions inhérentes à la participation aux AA.

	Qualité de vie perçue R ² =20,0%				□	Satisfaction de la santé R ² =13,1%			Santé physique R ² =24,0%			Santé psychologique R ² =25,9%					
	β	SE	t			β	SE	t	β	SE	t	β	SE	t			
intercept	-0,24	0,12	-1,91	•		0,20	0,13	1,52		0,02	0,11	0,18		-0,13	0,11	-1,22	
Genre														0,22	0,12	1,75	•
Couple	0,21	0,12	1,86	•		0,22	0,12	1,82	•	0,28	0,11	2,53	*	0,31	0,11	2,75	*
≤ Bac						-0,36	0,12	-3,01	**	-0,31	0,11	-2,78	**				
Emploi	0,36	0,12	2,94	**		0,21	0,12	1,77	•	0,42	0,11	3,76	***				
Cadre/co	0,27	0,12	2,28	*													
Psychotropes	-0,29	0,14	-2,02	*		-0,45	0,15	-3,07	**	-0,56	0,16	-3,56	***	-0,46	0,16	-2,88	*
Suivi psy										-0,46	0,15	-2,99	**	-0,24	0,16	-1,52	
Age expé alc.														0,15	0,06	2,54	*
Durée Cons mass	-0,11	0,06	-1,90	•										-0,10	0,06	-1,67	•
Qt. Alc.	0,10	0,06	1,77	•										0,09	0,06	1,59	
Tabac	-0,27	0,12	-2,20	*		-0,28	0,13	-2,19	*								
Addiction Cpt						-0,32	0,14	-2,18	*								
Abstinence	0,27	0,06	4,49	***										0,17	0,06	3,05	*
Participation AA																	
RI2						0,09	0,06	1,41									
RI5														-0,13	0,07	-1,94	•
RI4										0,11	0,06	1,97	•				
RI6														0,19	0,06	2,96	*
RI8	0,12	0,06	2,04	*		0,13	0,06	2,07	*								

Bac : baccalauréat ; cadre/co : Artisan/Commerçant/chef d'entreprise et Cadre/profession intellectuelle supérieure ; psychotrope : avoir un traitement psychotrope ; Suivi psy : avoir un suivi psychologique ou psychiatrique ; Age expé alc. : age d'expérimentation de l'alcool ; Durée Cons mass : durée de la consommation massive d'alcool ; Qt. Alc. : quantité quotidienne d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive ; Tabac : être fumeur ; Addiction Cpt : addiction comportementale.

*** : $p<,001$; ** : $p<,01$; * $p<,05$; • $p<,1$

Les résultats des meilleurs modèles de régressions des domaines de la qualité de vie en fonction de l'ancienneté aux AA ou du nombre de réunions sur la durée de vie ont été rapportés dans le tableau 49. Le nombre hebdomadaire de réunions n'est pas un prédicteur significatif des domaines de la qualité de vie. Comme nous l'avons vu pour la spiritualité (Partie « résultats », Chap. III, §1.5), la durée de l'abstinence est colinéaire avec l'ancienneté aux AA et le nombre de réunions sur la durée de vie. Ces mesures évaluent des phénomènes proches dont l'augmentation prédit une amélioration de la qualité de la vie, de la santé la santé psychologique et de l'environnement. La qualité des modèles obtenue est sensiblement la même quelle que soit la mesure utilisée. Concernant la qualité de vie, le modèle considérant la durée de l'abstinence est légèrement meilleur (AIC=-37,4 ; contre AIC=-37,3 pour l'ancienneté, et AIC=-31,42 pour le nombre de réunions sur la durée de vie), pour la qualité de la santé psychologique le modèle est meilleur avec l'ancienneté aux AA (AIC=-46,0 ; contre AIC=-44,8 pour l'abstinence et AIC=-42,1 pour les réunions sur la durée de vie). Enfin, le meilleur modèle pour la qualité de l'environnement est celui avec le nombre de réunions sur la durée de vie (AIC=-27,6 contre AIC=-25,7 pour l'ancienneté et AIC=-24,3 pour l'abstinence). L'ancienneté aux AA, le nombre de réunions sur la durée de vie et la durée de l'abstinence sont les facteurs qui contribuent le plus à la qualité des modèles.

Tableau 50. Prédiction des qualités de vie, de la santé psychologique et de l'environnement par l'ancienneté aux AA ou le nombre de réunions sur la durée de vie

	Qualité de vie perçue R ² =18,6%			Santé psychologique R ² =20,1%			Environnement R ² =15,0%		
	b	SE	t	b	SE	t	b	SE	t
intercept	-0,21	0,12	-1,72	0,02	0,09	0,22	-0,10	0,12	-0,81
Genre							0,24	0,13	1,94
Couple	0,22	0,12	1,91	0,28	0,11	2,46	0,31	0,12	2,58
≤Bac							-0,34	0,12	-2,82
Emploi	0,33	0,12	2,71						
Cadre/commerçant	0,24	0,12	2,05						
Psychotrope	-0,31	0,14	-2,17	-0,46	0,16	-2,87			
Suivi psychologique				-0,28	0,16	-1,76			
Age expérimental				0,14	0,06	2,48	0,09	0,06	1,49
Durée cons mass	-0,11	0,06	-1,97						
Q. Alc.	0,10	0,06	1,77	0,11	0,06	2,02			
Tabac	-0,27	0,12	-2,16						
Drogue							-0,23	0,14	-1,7
Ancienneté	0,27	0,06	4,41	0,20	0,06	3,55			
Réunions vie							0,19	0,06	3,29

Bac : baccalauréat ; cadre/co : Artisan/Commerçant/chef d'entreprise et Cadre/profession intellectuelle supérieure ; psychotrope : avoir un traitement psychotrope ; Suivi psy : avoir un suivi psychologique ou psychiatrique ; Age expé alc. : age d'expérimentation de l'alcool ; Durée Cons mass : durée de la consommation massive d'alcool ; Qt. Alc. : quantité quotidienne d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive ; Tabac : être fumeur ; Addiction Cpt : addiction comportementale.

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • p<,1

Synthèse des relations entre les domaines de la qualité de vie et la participation aux AA

La participation aux AA appréciée par l'ensemble des actions qui lui sont inhérentes est un prédicteur positif de la qualité de vie. Parmi ces actions, celle qui explique le plus une augmentation de la qualité de vie, de la satisfaction de la santé et de la qualité de la santé physique est l'importance avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA. Concernant la santé psychologique, la fréquence des contacts avec d'autres membres des AA est le facteur qui explique la plus grande part de sa variance.

L'ancienneté aux AA et le nombre de réunions sur la durée de vie sont des prédicteurs d'une augmentation de la qualité de vie en général et celle en lien avec la santé psychologique et l'environnement. La durée de l'abstinence n'a pu être contrôlée dans les régressions en fonction de l'ancienneté ou du nombre de réunions pour cause de colinéarité.

Le pouvoir explicatif de l'ancienneté aux AA, du nombre de réunions sur la durée de vie et de la durée de l'abstinence sont du même ordre.

Les modèles avec les actions inhérentes à la participation aux AA sont de meilleure qualité que ceux considérant l'ancienneté aux AA ou le nombre de réunions sur la durée de vie.

Nous allons maintenant décrire les résultats sur la relation de la spiritualité avec la résilience puis avec les domaines de la qualité de vie

4. Spiritualité et résilience

Les analyses ci-dessous testent l'hypothèse d'une association positive entre la spiritualité et résilience (hypothèse 4). Nous devrions ainsi observer une corrélation entre la spiritualité et la résilience (hypothèse 4a) et une prédiction positive de cette dernière par la spiritualité (hypothèse 4b).

4.1. Corrélation de la spiritualité avec la résilience

Les corrélations sont rapportées dans le tableau 50.

La résilience est corrélée positivement et significativement avec la qualité de la relation avec un Dieu/une PS (RWB), le bien-être existentiel (sens et but à la vie, optimisme, confiance en l'avenir, satisfaction de la vie), et le score composite formé par la croyance en Dieu/une PS, pratiques, pensées et expériences S/R (RBB). Cette dernière corrélation positive est due à celle de la pratique de la

méditation ($r=0,17$; $p<,01$), l'expérience de la présence d'un Dieu/une PS ($r=0,19$; $p<,01$) avec la résilience.

Cependant, parmi ces corrélations significatives, seule la corrélation du bien-être existentiel avec la résilience est forte.

Tableau 51. *Corrélations entre la spiritualité et la résilience*

Spiritualité	Résilience
	CDRISC
RBB	0,13
RBB1 : Croyance en Dieu/une PS	0,09
RBB2a : Pensées sur Dieu/une PS	0,01
RBB2b : Méditation	0,17
RBB2c : Prière	0,05
RBB2d : assistance à un culte	0,02
RBB2e : Lectures de textes S/R	0,06
RBB2f : Expérience de Dieu/une PS	0,19
RWB	0,22
EWB	0,51

RBB : antécédent et comportements religieux ; RWB : Bien-être religieux ; EWB : Bien-être existentiel.

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,12$ ($p < ,05$)

En rouge : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, Cohen, 1992)

4.2. Prédiction de la résilience par la spiritualité

Les résultats des régressions sont rapportés dans le tableau 51.

L'augmentation de la pratique de la méditation ($\beta = 0,18$; $p <,01$), des expériences de la présence d'un Dieu/une PS ($\beta = 0,26$; $p <,001$), de la qualité de la relation avec un Dieu/une PS ($\beta = 0,25$; $p <,001$) et du bien-être existentiel (sentiment de sens et but dans la vie, de la confiance en l'avenir, d'une vision positive du monde et la satisfaction de la vie) ($\beta = 0,51$; $p <,001$) et la diminution des pensées sur Dieu/PS ($\beta = 0,26$; $p <,001$) prédisent une hausse de la résilience. Le bien-être existentiel est, toutefois, un prédicteur bien plus fort de la résilience que la qualité de la relation avec une PS, la pratique de la médiation et l'expérience de la présence d'un Dieu/une PS dans sa vie. L'évaluation conjointe de la croyance en un Dieu/une PS, les pensées, comportements et expériences S/R est un prédicteur positif de la résilience ($\beta = 0,18$; $p <,01$)

Dans cette relation entre spiritualité et résilience, avoir un niveau spirituel plus élevé avant l'arrivée aux AA prédit une plus faible résilience, quand la spiritualité est évaluée par les pensées, pratiques et expériences S/R ou par la qualité de la relation à un Dieu/une PS.

Parmi les variables socio-démographiques et caractérisant les addictions et les prises en charges, l'absence de traitement psychotrope, un âge expérimental de l'alcool plus tardif, une quantité plus importante d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive sont des prédicteurs positifs de la résilience.

Tableau 52. Prédiction de la résilience par la pratique de la méditation, l'expérience de la présence d'un Dieu/une PS dans sa vie, la qualité de la relation avec un Dieu/une PS et un bien-être existentiel

	CDRISC R ² =16,4%			CDRISC R ² =13,5%			CDRISC R ² =27,7%		
	β	SE	t	β	SE	t	β	SE	t
Intercept	0,06	0,06	0,92	0,00	0,06	0,00	0,00	0,10	0,00
Psychotrope	-0,29	0,14	-2,01 *	-0,30	0,15	-2,07 *			
Age expe alc.	0,16	0,06	2,72 **	0,16	0,06	2,75 **			
Qt Alc.	0,13	0,06	2,23 *	0,12	0,06	2,05 *			
RBBAA	-0,18	0,06	-2,83 **	-0,16	0,06	-2,60 *			
RBB1	0,14	0,07	1,94						
RBB2a	-0,21	0,09	-2,43 *						
RBB2b	0,18	0,07	2,63 **						
RBB2c	0,03	0,08	0,37						
RBB2d	0	0,07	0						
RBB2e	-0,06	0,07	0,9						
RBB2f	0,26	0,07	3,71 ***						
RWB				0,25	0,06	4,13 ***			
EWB							0,51	0,1	9,55 ***

CDRISC : Résilience ; Psychotrope : avoir un traitement psychotrope ; Age expe. Alc. : âge expérimental de l'alcool. Qt Alc. : quantité d'alcool consommée quotidiennement lors de la consommation massive. RBB1 : Croyance en un Dieu/une PS ; RBBAA : spiritualité avant l'arrivée aux AA ; RBB2a : pensées S/R ; RBB2b : pratique de la méditation, RBB2c : pratique la prière ; RBB2d : assistance à un culte ; RBB2f : expérience de la présence d'un Dieu/une PS dans sa vie. RWB : qualité de la relation à un Dieu ; EWB : bien-être existentiel.

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05

Identifier ce qui, dans la relation à un Dieu/une PS, est le plus prédicteur de résilience est complexe car il existe une forte multicolinéarité entre les items de la RWB. Après retrait réduction des colinéarité et sélection du meilleur modèle par la méthode descendante, il ressort que c'est l'item le plus général, avoir une relation satisfaisante avec un Dieu/une PS qui, parmi tous les items qualifiant la relation à Dieu/une PS, explique la plus grande part de variance expliquée.

En considérant conjointement les meilleurs modèles de chaque échelle ou sous-échelle et après vérification des conditions de validité, nous avons obtenu que les prédicteurs spirituels de résilience étaient : la capacité à profiter suffisamment de sa vie (SWBS12), la croyance en un but à la vie (SWBS20), le fait d'avoir une relation satisfaisante avec une Puissance supérieure (SWBS13), être satisfait de la direction que prend sa vie (SWBS10), expérimenter la présence d'un Dieu/une PS

(RBB2f), savoir qui l'on est, d'où l'on vient et où l'on va (SWBS2) et ne pas avoir de pensées sur Dieu/une PS (RBB2a) (Cf. Tab 52).

Tableau 53. Prédiction de la résilience par la spiritualité

	CDRISC		
	β	SE	t
Intercept	0,00	0,05	0,00
Age expe alc.	0,09	0,05	1,72 .
Qt Alc.	0,08	0,05	1,44
RBBAA	-0,09	0,06	-1,68 .
RBB2a	-0,23	0,07	-3,44 ***
RBB2f	0,12	0,06	1,99 *
SWBS13	0,18	0,07	2,56 *
SWBS2	0,10	0,06	1,89 .
SWBS10	0,13	0,06	1,99 *
SWBS12	0,19	0,06	3,30 **
SWBS20	0,21	0,06	3,23 **

CDRISC : Résilience, Age expé alc. : âge expérimental de l'alcool, Qt Alc. : quantité quotidienne d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive, RBB2a : pensées sur Dieu/PS ; RBB2f : expériences de Dieu/PS ; SWBS13 : relation satisfaisante avec Dieu/PS ; SWBS2 : stabilité identitaire ; SWBS10 : satisfaction de la direction que prend sa vie ; SWBS12 : capacité à profiter de sa vie ; SWBS20 : croyance en un but de sa vie.

Parmi les actions inhérentes à la participation aux AA, seule une augmentation des liens avec d'autres membres des AA prédisait une augmentation de la résilience. Être en lien plus fréquemment avec d'autres membres des AA reste un prédicteur d'une augmentation de la résilience lorsque les variables de spiritualité sont ajoutées.

Synthèse de la relation entre la spiritualité et la résilience

- La résilience **est corrélée positivement et fortement avec le bien-être existentiel** (sens et but à la vie, vision positive, confiance en l'avenir, satisfaction de la vie).
- La résilience est **corrélée positivement** avec la **qualité de la relation à un Dieu/une Puissance supérieure**, la pratique de la **méditation** et **l'expérience de la présence d'un Dieu/une Puissance supérieure** dans sa vie, mais faiblement.
- Les meilleurs prédicteurs spirituels d'une augmentation de la résilience sont :
 - La **croyance en un but à la vie**
 - La **capacité à profiter de la vie**
 - La **satisfaction de la direction que prend sa vie**
 - Une **relation satisfaisante avec un Dieu/une PS**
 - Faire **l'expérience de la présence de Dieu/une PS**
- Une fréquence plus élevée des pensées sur Dieu/une PS prédit une diminution de la résilience.
- Un niveau spirituel plus faible avant l'arrivée aux AA est prédicteur d'une résilience plus élevée.

5. Spiritualité et qualité de vie

Les analyses suivantes ont pour objectif de tester l'hypothèse d'une association positive entre la spiritualité et les domaines de la qualité de vie (hypothèse 5). Nous devrions donc observer des corrélations positives entre les différentes évaluations de la spiritualité et les domaines de la qualité de vie (hypothèse 5a) et une prédiction d'une meilleure qualité de vie par la spiritualité (hypothèse 5b).

5.1. Corrélation entre spiritualité et la qualité de vie

Le détail des corrélations a été rapporté dans le tableau 53.

Parmi les comportements S/R investigués (méditation, RBB2b ; prière, RBB2c ; assistance à un culte, RBB2d ; lecture de textes S/R, RBB2e), seule la pratique de la méditation est corrélée significativement à un domaine de la qualité de vie, celui de la santé psychologique ($p < ,01$).

L'expérience de la présence de Dieu ou une PS (RBB2f) est corrélée significativement et positivement avec la santé psychologique ($p < ,01$).

Avoir une relation de qualité avec une PS (RWB) est, comme pour la pratique de la méditation, corrélée significativement ($p < ,01$) et positivement à la santé psychologique.

Le bien-être existentiel (EWB, sentiment de sens et but dans la vie, confiance en l'avenir, vision positive du monde, satisfaction de la vie) est corrélé significativement, positivement et de façon relativement importante ($0,35 \leq r \leq 0,66$; $p < ,001$) à la satisfaction de la qualité de vie, celle de sa santé, la qualité de la santé physique, psychologique et de l'environnement.

Tableau 54. Corrélation de la qualité de vie et de ses domaines avec la spiritualité des AA (N=263)

Participation aux AA	QDV	Satis Santé	Santé Phy	Santé Psy	Q. Env.
RBB	0,02	0,03	0,01	0,11	0,03
RBB1 : Croyance en un Dieu/une PS	0,03	0,03	0,07	0,00	0,09
RBB2a : Pensées sur Dieu/PS	0,02	0,01	0,03	0,08	0,09
RBB2b : Méditation	0,08	0,07	0,07	0,18	0,07
RBB2c : Prière	0,01	0,02	0,00	0,01	0,07
RBB2d : assistance à un culte	0,10	0,05	0,09	0,03	0,04
RBB2e : Lectures de textes S/R	0,03	0,00	0,10	0,04	0,01
RBB2f : Expérience de Dieu/PS	0,04	0,04	0,06	0,18	0,02
RWB	0,11	0,12	0,05	0,19	0,01
EWB	0,45	0,35	0,41	0,66	0,37

RBB : antécédent et comportements religieux ; RWB : Bien-être religieux ; EWB : Bien-être existentiel. Satis QDV : Qualité de vie perçue; Phy : physique, Psy : Psychologique ; Q. Env. : qualité de l'environnement.

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,12$ ($p < ,05$) ; **En rouge** : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, Cohen, 1992)

Corrélations entre spiritualité et qualité de vie

Avoir une relation de qualité avec un Dieu/une Puissance supérieure est corrélée positivement avec la satisfaction de sa santé et la qualité de vie en lien avec la santé psychologique.

Améliorer la qualité de sa relation à Dieu

Expérimenter la présence de Dieu/d'une PS et pratiquer la méditation sont corrélées positivement avec la qualité de vie en lien avec la santé psychologiques.

Le bien-être existentiel est corrélé positivement avec la qualité de vie en général, la satisfaction de sa santé et la qualité de vie en lien avec la santé physique et psychologique et celle liée à l'environnement.

5.2. Prédiction de la qualité de vie par la spiritualité

Le détail des résultats des régressions a été rapporté dans les tableaux 54 à 56.

Les résultats sont présentés par type d'évaluation de la spiritualité.

5.2.1. Evaluation de la spiritualité par les croyances, pensées, pratiques et expériences S/R

L'augmentation de la spiritualité évaluée conjointement par les croyances, les pensées, comportements et expériences S/R (RBB) prédit une augmentation de la qualité de la santé psychologique ($\beta=0,19$; $p<,001$) et tend à en prédire une de la qualité de vie perçue ($\beta=0,11$; $p=,07$). Parmi ces éléments spirituels, ce sont les expériences de la présence d'un Dieu/une PS ($\beta=0,21$; $p<,001$) qui prédisent une augmentation de la qualité de la santé psychologique. Considérée séparément la pratique de la méditation prédit une augmentation de qualité de la santé psychologique ($\beta=0,17$; $p<,01$) et tend à en prédire une de la qualité de vie ($\beta=0,11$; $p=,06$).

Parmi les variables confondantes, être en couple, l'absence de traitement psychotrope, avoir eu un niveau spirituel initial faible sont des prédicteurs positifs de la qualité de la santé psychologique ($p<,05$).

Tableau 55. Prédiction de la qualité de vie et de la qualité de la santé psychologique par la spiritualité évaluée par les croyances, pensées, pratiques et expériences S/R

	Qualité de vie R ² =23,5%			Qualité de la santé psychologique R ² =23,6%			
	β	SE	t	β	SE	t	
Intercept	-0,19	0,12	-1,55	-0,15	0,11	-1,39	
Genre				0,19	0,12	1,57	
Couple	0,20	0,11	1,82	•	0,27	0,11	2,47 *
Emploi	0,26	0,12	2,18	*			
Cadre/co	0,20	0,11	1,79	•			
Psychotrope	-0,22	0,14	-1,59		-0,49	0,14	-3,53 ***
Durée Cons. Mass.	-0,12	0,06	-2,08	*			
Qt. Alc.	0,10	0,06	1,71	•	0,09	0,06	1,55
Tabac	-0,23	0,12	-1,90	•			
Durée Abstinence	0,25	0,06	4,15	***	0,18	0,06	3,16 **
RBBAA	-0,22	0,06	-3,76	***	-0,18	0,06	-3,22 **
RBB2b : méditation	0,11	0,06	1,89	•	0,11	0,06	1,85 •
RBB2f : expériences S/R					0,21	0,06	3,44 ***

Cadre/co : Artisan/Commerçant/chef d'entreprise et Cadre/profession intellectuelle supérieure ; psychotrope : avoir un traitement psychotrope ; Durée Cons. Mass. : durée de la consommation massive d'alcool. Qt. Alc. : Quantité quotidienne d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive. Drogue : avoir consommé au moins mensuellement une/des substance/s psychoactive/s illicite/s. RBBAA : niveau initial spirituel.

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; * p<,05 ; • p<,1

5.2.2. Evaluation de la spiritualité par la qualité de la relation avec un Dieu/une Puissance supérieure

La qualité de la relation avec un Dieu ou une PS est un prédicteur significatif de la satisfaction de la santé et de la qualité de la santé psychologique.

Parmi les variables confondantes, avoir un niveau d'éducation inférieur ou égal au bac, avoir un traitement psychotrope, fumer du tabac, présenter une addiction comportementale, un niveau spirituel initial élevé sont des prédicteurs significatifs d'une diminution de la satisfaction de la santé.

Être en couple, l'augmentation de l'âge d'expérimentation de l'alcool, ne pas avoir de traitement psychotrope, ne pas avoir un comportement addictif, un niveau spirituel avant l'arrivée aux AA plus faible sont des prédicteurs significatifs d'une hausse de la qualité de la santé psychologique.

Tableau 56. Prédiction de la satisfaction de la santé physique et la qualité de la santé psychologique

	Satisfaction de la santé R ² =12,5%				Santé psychologique R ² =25,6%		
	β	SE	t		β	SE	t
(Intercept)	0,28	0,12	2,33	*	-0,11	0,11	-0,99
Genre					0,19	0,12	1,60
Couple	0,19	0,12	1,62		0,25	0,11	2,23 *
≤ BAC	-0,34	0,12	-2,82	**			
Psychotrope	-0,35	0,15	-2,39	*	-0,37	0,16	-2,34 *
Suivi psy					-0,24	0,15	-1,59
Age expe alc.					0,18	0,06	3,11 **
Qt. Alc.					0,08	0,06	1,46
Tabac	-0,27	0,13	-2,09	*			
Cpt. Addic	-0,34	0,14	-2,37	•			
Durée abstinence					0,18	0,06	3,16 **
RBBAA	-0,10	0,06	-1,72	**	-0,16	0,06	-2,81 **
RWB : qualité de la relation avec Dieu/PS	0,16	0,06	2,60	*	0,22	0,06	3,80 ***

Bac : Avoir un niveau d'éducation inférieur ou égale au bac ; Psychotrope : avoir un traitement psychotrope ; Suivi Psy : avoir un suivi psychologique ou psychiatrique ; Age expe. alc. : âge d'expérimentation de l'alcool, Durée cons. Mass. : durée de la consommation massive d'alcool ; Qt. Alc. : Quantité moyenne quotidienne consommée avant l'arrivée aux AA ; RBBAA : niveau spirituel avant l'arrivée aux AA ; Cpt. Addic : avoir une éventuelle addiction comportementale.

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • p<,1

5.2.3. Evaluation de la spiritualité par le bien-être existentiel

L'augmentation du bien-être existentiel est un prédicteur positif de la qualité de la vie ($\beta=0,39$; $p<,001$), la satisfaction de la santé ($\beta=0,34$; $p<,001$), la qualité de la santé physique ($\beta=0,36$; $p<,001$) et psychologique ($\beta=0,59$; $p<,001$) et de l'environnement ($\beta=0,37$; $p<,001$).

Parmi les variables confondantes, être un homme, en couple, avoir un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat, un emploi, ne pas avoir besoin de traitement psychotrope ni de suivi psychologique ou psychiatriques, ne pas fumer de tabac, ne pas avoir consommé de drogues au moins mensuellement dans le passé, ne pas présenter d'addictions comportementales, être abstinent depuis longtemps, et avoir eu un niveau spirituel avant l'arrive aux AA plus faible sont des prédicteurs de meilleurs scores dans des domaines de la qualité de vie.

Tableau 57. Prédiction de la qualité de vie par le bien-être existentiel

	Qualité de vie R2=33,3%			Satisfaction de la santé R2=20,8%			Santé physique 35,2			Santé psychologique R2=50,8%			Environnement R2=24,5%		
	b	SE	t	β	SE	t	β	SE	t	β	SE	t	β	SE	t
Intercept	-0,07	0,10	-0,70	0,33	2,77	0,12	0,05	0,11	0,48	-0,19	0,08	-2,22	0,09	0,13	0,70
Genre							0,22	0,09	2,33				0,20	0,12	1,74
Age				-0,10	-1,68	0,06	0,24	0,10	2,36						
Couple	0,17	0,11	1,65	0,16	1,44	0,11	0,23	0,09	2,53				0,24	0,11	2,09
BAC				-0,36	-3,15	0,11	-0,34	0,10	-3,26				-0,38	0,11	-3,33
Emploi	0,26	0,11	2,41				0,44	0,10	4,22						
Psychotrope				-0,24	-1,65	0,14	-0,40	0,15	-2,71				-0,28	0,11	-2,42
Suivi Psy							-0,38	0,14	-2,68						
Autre gr entraide				-0,29	-1,64	0,18							-0,28	0,17	-1,60
Age Expe. Alc.							0,08	0,05	1,73						
Cons. Alc. Pb							0,08	0,05	1,57				-0,09	0,06	-1,53
Tabac	-0,26	0,11	-2,32												
Drogue	-0,20	0,12	-1,58	-0,35	-2,82	0,12	-0,18	0,11	-1,65				-0,20	0,12	-1,69
Cpt. Addict													-0,29	0,13	-2,25
Durée abstinence	0,20	0,06	3,46	-0,28	-2,03	0,14	0,10	0,05	2,12						
RBBAA	-0,19	0,05	-3,62				-0,07	0,04	-1,63						
EWB	0,39	0,05	7,35	0,34	5,79	0,06	0,36	0,05	6,84				0,37	0,06	6,66

QOL1 : satisfaction de la qualité de vie ; QOL2 : satisfaction de la santé, Q Santé Phy : Qualité de la santé physique ; Q environnt : qualité de l'environnement ; Bac : avoir un niveau d'étude inférieur ou égale au bac ; appartenir aux catégories socioprofessionnelles : artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre et profession intellectuelle supérieure ; Psychotrope : avoir un traitement psychotrope ; Suivi psy : avoir un suivi psychologique ; autre gr. : participer également à un autre groupe d'entraide que les AA ; durée cons. : durée de la consommation massive d'alcool ; Cons alc pb : âge auquel la consommation d'alcool est devenue problématique ; tabac : être fumeur ; drogue : avoir consommé des substances psychoactives, dans le passé au moins mensuellement ; cpt. Addict. : avoir une addiction comportementale, RBBAA : niveau spirituel avant l'arrivée aux AA.

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • p<,1

Synthèse des relations entre la spiritualité et la qualité de vie

Améliorer la qualité de la relation à Dieu/une Puissance supérieure prédit une augmentation de la **satisfaction de la santé** et de la **qualité la santé psychologique**.

Une augmentation de la fréquence d'expériences de la présence d'un Dieu/une PS prédit une hausse de la **santé psychologique**.

Accroître la fréquence de la pratique de la méditation tend à prédire une augmentation de la **qualité de vie** évaluée globalement, et de celle liée à la **santé psychologique**.

Une augmentation du bien-être existentiel (vision positive du monde, sens et but à la vie, confiance en l'avenir et satisfaction de la vie) prédit une **hausse de la qualité de vie dans son ensemble et de chacun de ses domaines ainsi que la satisfaction de la santé**.

Un niveau plus élevé de spiritualité avant l'arrivée aux AA prédit une diminution de la qualité de vie.

Être un homme, en couple, avoir un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat, un emploi, ne pas avoir de traitement psychotrope ou de suivi psychologique ou psychiatrique, avoir expérimenté l'alcool plus tardivement et en avoir consommé massivement sur une période plus courte, ne pas fumer de tabac, ne pas avoir consommé de drogues au moins mensuellement dans le passé, ne pas présenter d'addictions comportementales, être abstinent depuis longtemps, et avoir eu un niveau spirituel avant l'arrive aux AA plus faible sont des prédicteurs de meilleurs scores dans des domaines de la qualité de vie. La significativité de ses variables varie en fonction de la nature de l'évaluation de la spiritualité et du domaine de la qualité de vie considéré.

6. La spiritualité des AA, un médiateur de l'effet de la participation aux AA sur la résilience et la qualité de vie ?

Les analyses suivantes ont pour objectif de tester l'hypothèse d'une médiation de la spiritualité de l'effet de la participation aux AA sur la résilience (hypothèse 6) ainsi que de l'effet de la participation aux AA sur la qualité de vie.

Des médiations causales ont été réalisées en utilisant les algorithmes de Imai, Keele, et Tingley (2010), Imai, Keele, Tingley, & Yamamoto (2019) et Imai, Keele, & Yamamoto (2010) contenus dans la bibliothèque *mediation* du logiciel R.

Etant donné l'absence de normalité de la plupart des distributions, la technique de Bootstrap non paramétrique avec 1000 rééchantillonnages a été appliquée.

Ces médiations causales ont été établies sur la base des significativités obtenues dans les multirégressions précédentes. Nous avons considéré comme seuil de significativité $p < ,05$. Néanmoins, les résultats des effets directs significatifs au seuil 0,1 seront rapportés.

Dans toutes les relations étudiées, les variables sociodémographiques et celles relatives aux suivis, traitement et addictions ont été contrôlées.

Dans les développements qui suivent nous entendons par effet indirect l'effet de la participation aux AA sur la spiritualité, suivi de l'effet de la spiritualité sur la résilience/qualité de vie, ; par effet direct celui de la participation aux AA sur la résilience/qualité de vie et enfin par effet total celui de la participation aux AA et la spiritualité sur la résilience/qualité de vie.

Nous allons d'abord exposer les résultats concernant l'hypothèse 6 puis ceux relatifs à l'hypothèse 7.

6.1. La spiritualité médiate-t-elle l'effet de la participation aux AA sur la résilience ?

Nous allons présenter les résultats par type d'évaluation de la spiritualité.

Les résultats des médiations ont été rapportés dans les tableaux 58 à 60.

Concernant l'effet direct, nous avons vu que la fréquence des contacts avec d'autres membres des AA (RI6), la demande de conseils aux AA pour prendre des décisions (RI9), le nombre hebdomadaire de réunions assistées prédisent une augmentation de la résilience. Parmi ces prédicteurs, RI6 est le plus fort, puis le nombre hebdomadaire de réunions, puis RI9. Nous avons, par ailleurs constaté, par force décroissante des prédicteurs, que le bien-être existentiel, la qualité de la relation à un Dieu/une PS, l'expérience de la présence d'un Dieu/une PS, la pratique de la méditation et la croyance en un Dieu/une PS prédisent une augmentation de la résilience.

En revanche, si l'on considère uniquement ces mêmes éléments de la participation aux AA, la demande de conseils AA pour prendre des décisions (RI9) devient le plus fort prédicteur suivi de la fréquence des contacts au sein des AA des éléments spirituels cités ci-dessus. Le nombre hebdomadaire de réunions tend à être un prédicteur des expériences de la présence de Dieu, mais ne l'est plus pour les autres éléments spirituels sus-cités.

Les résultats des analyses des médiations causales dépendent de la force relative des relations que nous venons de rappeler. Ainsi, lorsque la relation entre participation aux AA et spiritualité et/ou la spiritualité et la résilience s'avèrent fortes relativement à l'effet de la participation aux AA sur la

résilience, seul l'effet indirect est significatif. Dans le cas inverse, seul l'effet direct est significatif. Nous allons préciser ces résultats par type d'évaluation de la participation aux AA.

6.1.1. Eventuelle médiation de l'effet de la fréquence des contacts au sein des AA sur la résilience par la spiritualité

Relativement à l'effet de la fréquence des contacts au sein des AA sur la résilience, lorsque la spiritualité est évaluée par les expériences de la présence de Dieu/une PS (RBB2f), la qualité de la relation à un Dieu (RWB) ou le bien-être existentiel (EWB), seul l'effet indirect est significatif (Cf. Tab.58). La médiation représente alors respectivement 26,5%, 25,2% ($p < ,05$) et 63,8% ($p < ,01$) de l'effet total. Lorsque la spiritualité est évaluée par la croyance en un Dieu (RBB1), seul l'effet direct est significatif. Enfin, quand la spiritualité est estimée par la pratique de la méditation (RBB2b) ou la satisfaction de la relation à Dieu/une PS (SWBS13), les effets directs et effets indirects sont significatifs, la part de l'effet total médiatisée est respectivement de 20,2% et 25,4% ($p < ,05$).

6.1.2. Eventuelle médiation de l'effet de la demande de conseils aux AA sur la résilience par la spiritualité

Dans l'effet de la demande de conseils aux AA pour prendre des décisions sur la résilience, quand sont considérés comme éventuels médiateurs, la pratique de la méditation ou les expériences de la présence de Dieu ou la qualité de la relation à un Dieu/une PS ou le bien-être existentiel seuls les effets indirects sont significatifs. La médiation de la pratique de la méditation, des expériences de Dieu/une PS et du bien-être existentiel tendent à être significatives et représentent 27,6% ($p = ,06$), 57,3% ($p = ,05$) et 95,6% ($p = ,05$) de l'effet total. La qualité de la relation à Dieu/une PS est un médiateur significatif qui compte pour 82,2% ($p < ,05$) de l'effet total.

6.1.3. Eventuelle médiation de l'effet du nombre hebdomadaire de réunions sur la résilience par la spiritualité

Dans l'effet du nombre hebdomadaire de réunions sur la résilience, seule l'évaluation de la spiritualité par les expériences de la présence d'un Dieu/une PS est un médiateur significatif : elles médiatisent 23,7% ($p < ,01$) de l'effet total. Pour rappel, parmi les éléments spirituels significativement prédicteur d'une augmentation de la résilience, le nombre hebdomadaire de réunions n'est un prédicteur significatif que des expériences spirituelles de la présence d'un Dieu/une PS ou encore des des croyances, pensées, comportements et expériences S/R appréciées globalement.

Tableau 58. Médiation de la spiritualité dans l'effet des liens intra-AA (R16) sur la résilience

Effet direct	R16 → Résilience					
	Médiateur	RBB	RBB2b	RBB2f	RWB	SWBS13
ACME	0,04 *	0,03 **	0,04 *	0,04 *	0,04 *	0,10 **
ADE	0,11 •	0,12 *	0,11 •	0,12 •	0,12 *	0,06
Effet total	0,16 **	0,16 **	0,16 **	0,16 **	0,16 **	0,16 **
% Médiatisé	26,6 *	20,2 *	26,5 *	25,5 *	24,2 *	63,8 *

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • : p<,1

R16 : fréquence des contacts avec d'autres membres des AA ; RBB : Croyances, pensées, comportements, expériences S/R (Religious Background and Behavior), RBB2b : méditation ; RBB2f : expériences de Dieu/Puissance Supérieure ; RWB : Qualité de la relation à Dieu/une PS (Religious Well-Being) ; SWBS13 : satisfaction de la relation à un Dieu/une PS ; EWB : bien-être existentiel (Existential Well-Being) ; ACME : Effet moyen de la médiation causale (Average Causal Mediation Effect) ; ADE : Effet direct moyen (Average Direct Effect). % Médiatisé : proportion de l'effet total médiatisé.

Tableau 59. Médiation de la spiritualité dans l'effet du recours à des conseils AA pour prendre une décision sur la résilience

Effet direct	R19 → Résilience					
	Médiateur	RBB	RBB2b	RBB2f	RWB	SWBS13
ACME	0,08 *	0,03 **	0,08 ***	0,09 ***	0,09 ***	0,11 ***
ADE	0,04	0,08	0,05	0,02	0,02	0,00
Effet total	0,12 *	0,12 *	0,12 •	0,11 *	0,11 •	0,16 •
% Médiatisé	69,4 •	27,6 *	57,3 •	82,2 *	82,2 •	95,6 •

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • : p<,1

R19 : Demande de conseils AA pour prendre une décision ; RBB : Croyances, pensées, comportements, expériences S/R (Religious Background and Behavior), RBB2b : méditation ; RBB2f : expériences de Dieu/Puissance Supérieure ; RWB : Qualité de la relation à Dieu/une PS (Religious Well-Being) ; SWBS13 : satisfaction de la relation à un Dieu/une PS ; EWB : bien-être existentiel (Existential Well-Being) ; ACME : Effet moyen de la médiation causale (Average Causal Mediation Effect) ; ADE : Effet direct moyen (Average Direct Effect). % Médiatisé : proportion de l'effet total médiatisé.

Tableau 60. Médiation de la spiritualité dans l'effet de l'assistance hebdomadaire aux réunions des AA sur la résilience

Effet direct	Nombre hebdomadaire de réunions → Résilience		
	Médiateur	RBB	RBB2f
ACME		0,03 *	0,04 **
ADE		0,12 *	0,12 *
Effet total		0,15 **	0,15 **
% Médiatisé		18,2 *	23,6 **

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • : p<,1

RBB : Croyances, pensées, comportements, expériences S/R (Religious Background and Behavior), RBB2f : expériences de Dieu/Puissance Supérieure ; ACME : Effet moyen de la médiation causale (Average Causal Mediation Effect) ; ADE : Effet direct moyen (Average Direct Effect). % Médiatisé : proportion de l'effet total médiatisé.

Synthèse des résultats relatifs à l'éventuelle médiation de l'effet de la participation aux AA sur la résilience par type d'évaluation de la spiritualité

Seules les évaluations de la spiritualité dont l'augmentation prédit une hausse significative de la spiritualité de la résilience sont mentionnées.

La spiritualité évaluée par la pratique de la méditation :

La pratique de la méditation médiatise 20,2% ($p < ,05$) de l'effet total de la fréquence des liens avec d'autres membres des AA sur la résilience ; 27,6% ($p < ,05$) de celui de la fréquence du recours aux AA pour prendre des décisions sur la résilience. En revanche, lorsque la participation aux AA est appréciée par le nombre hebdomadaire de réunions assistées, seul l'effet direct est significatif.

La spiritualité évaluée par les expériences de la présence de Dieu/une PS :

La fréquence d'expériences de la présence de Dieu/une PS médiatise 26,5% ($p < ,01$) de l'effet total de la fréquence des contacts avec d'autres membres sur la résilience ; 23,6% ($p < ,01$) de celui du nombre hebdomadaire de réunions sur la résilience et tend à médiatiser 57,3% ($p = ,05$) de celui de la demande de conseils aux AA pour prendre des décisions sur la résilience.

La spiritualité évaluée par la qualité de la relation à Dieu/une PS :

La qualité de la relation à un Dieu/une PS médiatise 25,5% ($p < ,05$) de l'effet de la fréquence des contacts avec d'autres membres des AA sur la résilience, 82,2% ($p < ,05$) de celui de la demande de conseils aux AA pour prendre des décisions sur la résilience. Quand la participation aux AA est évaluée par le nombre hebdomadaire de réunions, seul l'effet direct est significatif.

La spiritualité évaluée par le bien-être existentiel :

Le bien-être existentiel médiatise 63,8% de l'effet de la fréquence des contacts avec d'autres membres des AA sur la résilience et tend à médiatiser 95,6% ($p = ,05$) de l'effet de la demande de conseils aux AA pour prendre des décisions sur la résilience.

La majorité des effets de la participation aux AA sur la résilience se fait au travers une augmentation de la spiritualité consistant en un développement soit de la pratique de la méditation ou des expériences de la présence de Dieu/une PS ou de la qualité de sa relation à un Dieu/une PS ou du bien-être existentiel (vision positive du monde, confiance en l'avenir, but et sens à la vie et satisfaction de la vie).

6.2. La spiritualité médiate-t-elle l'effet de la participation aux AA sur la qualité de vie et ses différents domaines ?

Pour simplifier la présentation des résultats, nous allons directement les regrouper par type d'évaluation de la spiritualité et ne seront décrits que ceux pour lesquels la médiation est significative. Les tableaux (61 à 63) rassembleront, quant à eux, les résultats en fonction de la nature de l'effet direct.

Comme pour la résilience, certains effets directs significatifs de la participation aux AA sur la qualité de vie et ses différents domaines sont évincés après prise en compte de la spiritualité pour ne plus se faire que via cette dernière. Certains autres nettement plus significatifs que l'effet indirect, rendent celui-ci non significatif. Enfin, dans certaines autres relations effets directs et indirects sont significatifs.

La pratique de la méditation médiate 13,0% ($p < ,05$) de l'effet total de la fréquence des contacts sur la qualité de la santé psychologique et les expériences de la présence d'un Dieu/une PS en médiatisent 21,6%.

La qualité de la relation à un Dieu/une PS médiate 46,2% ($p < ,05$) de l'effet total de l'importance avec laquelle l'individu organise sa vie autour des AA sur la satisfaction de sa santé ainsi que 17,2% ($p < ,01$) de celui de la fréquence des contacts au sein des AA sur la qualité de la santé psychologique. Quand les actions inhérentes à la participation aux AA sont considérées globalement, la qualité de la relation à Dieu/une PS médiate 54,5% ($p < ,01$) de leur effet total sur la qualité de la santé psychologique.

Le bien-être existentiel médiate 28,3% ($p < ,001$) de l'effet total de l'ancienneté sur la qualité de vie ; 36,8% de celui du nombre de réunions sur la durée la qualité de vie ; 44,9% ($p < ,01$) de celui de l'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA sur la satisfaction de la santé ; 59,6% ($p < ,01$), 60,8% ($p < ,001$) et 39,1% ($p < ,05$) de ceux, respectivement, des contacts au sein des AA, du nombre de réunions sur la durée de vie et de l'ancienneté sur la qualité de la santé psychologique ; 30,8% ($p < ,001$) et 33,6% ($p < ,01$) de ceux de l'ancienneté et du nombre de réunions sur la durée de vie sur la qualité de vie en lien avec l'environnement.

Tableau 61. Médiation de la pratique de la méditation et des expériences spirituelles dans l'effet de la fréquence des contacts sur la qualité de vie en lien avec la santé psychologique

Effet direct	RI6 → Q. Psy			
	Médiateur	RBB	RBB2b	RBB2f
ACME		0,04 *	0,02 *	0,04 ***
ADE		0,15 *	0,16 **	0,15 *
Effet total		0,19 **	0,19 ***	0,19 ***
% Médiatisé		19,3 *	13,0 *	21,6 ***

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • : p<,1

RI6 : fréquence des contacts avec d'autres membres des AA ; Q. Psy : qualité de vie en lien avec la santé psychologique ; RBB : Croyances, pensées, comportements, expériences S/R (Religious Background and Behavior), RBB2b : méditation ; RBB2f : expériences de Dieu/Puissance Supérieure ; ACME : Effet moyen de la médiation causale (Average Causal Mediation Effect) ; ADE : Effet direct moyen (Average Direct Effect). % Médiatisé : proportion de l'effet total médiatisé.

Tableau 62. Médiation de la qualité de la relation à Dieu/une PS dans l'effet de la participation aux AA sur la qualité de vie

Effet direct	RI→Satis Santé	RI8→Satis Santé	RI → Q Psy	RI6 → Q. Psy	ReuVie→ Q Psy
Médiateur	RWB : qualité de la relation à Dieu/une PS				
ACME	0,04 *	0,03 **	0,04 *	0,04 *	0,04 *
ADE	0,11 •	0,12 *	0,11 •	0,12 •	0,12 *
Effet total	0,16 **	0,16 **	0,16 **	0,16 **	0,16 **
% Médiatisé	26,6 *	20,2 *	26,5 *	25,5 *	24,2 *

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • : p<,1

RI : ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA (Recovery Interview) ; Satis Santé : satisfaction de la santé ; RI8 : Centration de sa vie sur les AA ; Q Psy : qualité de vie en lien avec la santé psychologique ; RI6 : fréquence des contacts avec d'autres membres des AA ; ReuVie : nombre de réunions assistées sur la durée de vie. ACME : Effet moyen de la médiation causale (Average Causal Mediation Effect) ; ADE : Effet direct moyen (Average Direct Effect). % Médiatisé : proportion de l'effet total médiatisé.

Tableau 63. Médiation du bien-être existentiel dans l'effet de la participation aux AA sur QDV

Effet direct	Anc→QDV	ReuVie→QDV	RI→S.sante	RI→QPsy	RI6→QPsy	Anc→QPsy	ReuVie→QPsy	Anc→Env	ReuVie→Env	
Médiateur	EWB : bien-être existentiel									
ACME	0,09 ***	0,09 ***	0,07 ***	0,13 ***	0,12 **	0,12 *	0,12 ***	0,07 ***	0,08 ***	
ADE	0,22 **	0,16 *	0,08	0,01 ns	0,08 •	0,18 **	0,08 •	0,16 *	0,15 *	
Effet total	0,30 ***	0,25 ***	0,15 *	0,14 **	0,20 **	0,30 ***	0,19 **	0,23 ***	0,23 **	
%Médiation	28,3 ***	36,8 ***	44,9 *	94,8 **	59,6 **	39,1 *	60,8 **	30,8 ***	33,6 **	

*** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • : p<,1

Anc : Ancienneté aux AA ; QDV : Qualité de vie perçue ; ReuVie : nombre de réunions sur la durée de vie ; RI : ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA (Recovery Interview) ; QPsy : qualité de vie en lien avec la santé psychologique ; RI6 : contacts avec d'autres membres des AA ; Env : Qualité de vie en lien avec l'environnement ; ACME : Effet moyen de la médiation causale (Average Causal Mediation Effect) ; ADE : Effet direct moyen (Average Direct Effect). % Médiatisé : proportion de l'effet total médiatisé.

Synthèse sur les résultats des médiations de la spiritualité dans l'effet de la participation aux AA sur la QDV

La spiritualité évaluée par la pratique de la méditation, médiatise

- 13,0% ($p < ,05$) de l'effet total de la fréquence des contacts des AA sur la **qualité la santé psychologique**

La spiritualité évaluée par les expériences de la présence de Dieu/une PS, médiatise

- 21,6% ($p < ,05$) de l'effet total de la fréquence des contacts sur la **qualité de la santé psychologique**

La spiritualité évaluée par la qualité de la relation à Dieu/une PS, médiatise

- 46,2% ($p < ,05$) de l'effet total de la centration de sa vie sur les AA sur la **satisfaction de sa santé**
- 17,2% ($p < ,01$) de l'effet total de la fréquence des contacts au sein des AA sur la qualité de la **santé psychologique**

La spiritualité évaluée par le bien-être existentiel, médiatise

- 28,3% ($p < ,001$) de l'effet total de l'ancienneté sur la **QDV** ;
- 36,8% ($p < ,001$) de l'effet total du nombre de réunions sur la durée vie sur la **QDV**
- 44,9% ($p < ,01$) de l'effet total l'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA sur la **satisfaction de la santé** ;
- 59,6% ($p < ,01$), de l'effet total des contacts au sein des AA sur la qualité de la **santé psychologique**
- 60,8% ($p < ,001$) de l'effet total du nombre de réunions sur la durée de vie sur la qualité de la **santé psychologique**
- 39,1% ($p < ,05$) de l'effet total de l'ancienneté sur la qualité de la **santé psychologique**
- 30,8% ($p < ,001$) de l'effet total de l'ancienneté sur la qualité de l'**environnement**
- 33,6% ($p < ,01$) de l'effet total du nombre de réunions sur la durée de vie sur la qualité de l'**environnement**.

PARTIE IV :
DISCUSSION

Dans cette partie nous discuterons les résultats obtenus à partir de ceux publiés dans la littérature. Nous nous intéresserons d'abord aux résultats relevant de l'analyse descriptive de notre échantillon (Chap. I, partie « résultats), puis à ceux relatifs aux hypothèses (Chap. III, partie « résultats »). Ces derniers seront discutés hypothèse par hypothèse.

Avant cela, nous allons revenir sur les hypothèses.

I - Retour aux hypothèses

Les hypothèses portaient sur les éventuelles relations entre la spiritualité, la participation aux AA, la résilience et la qualité de vie.

Elles ont été établies à partir de résultats de la recherche liant participation aux AA, spiritualité et abstinence, des analyses cherchant à apprécier la notion de rétablissement, des publications des AA concernant leur programme spirituel et notre compréhension de la participation aux AA, leur spiritualité, du rétablissement ainsi que des mécanismes d'efficacité de la spiritualité. Nous allons reprendre ces hypothèses et rappeler les résultats.

Hypothèse 1 : La spiritualité est associée positivement à la participation aux AA.

Hypothèse 1a : les scores moyen de qualité de la relation à une Puissance supérieure (RWB) et du bien-être existentiel (visions positive de la vie, confiance en l'avenir, but et sens à la vie, satisfaction de la vie) sur l'échantillon des 263 membres des AA sont supérieurs à ceux obtenus sur une population tout venant, comme celle de l'échantillon de validation de Velasco & Rioux (2009).

L'hypothèse 1a est validée : **La qualité de la relation avec une PS et le bien-être existentiel** (sens et but à la vie, vision positive, confiance en l'avenir et satisfaction de la vie) des membres des AA sont **significativement supérieurs à ceux d'une population d'étudiants en droit** (N=169; Velasco & Rioux, 2009).

Hypothèse 1b : Les scores actuels aux items de la RBB (Comportements et antécédents religieux, Religious Background and Behavior) sont supérieurs aux scores avant l'arrivée aux AA. Pour rappels ces derniers ont été obtenus rétrospectivement.

L'hypothèse 1b est globalement validée. **Les scores aux items ont évolué d'une façon significative, à l'exception de celui relevant davantage de la religion que de la spiritualité**. Ainsi, les membres des AA croient davantage en un Dieu ou une PS qu'avant leur arrivée aux AA. Ils ont davantage tendance à avoir des pensées sur Dieu, méditer, prier, lire des textes S/R et expérimenter la présence d'une PS dans leur quotidien. En revanche, la fréquence de leur assistance à un culte n'a

pas évolué. Comme nous l'avons établi dans l'analyse de la RBB, cet item se démarque des autres par sa connotation religieuse (Cf. partie « résultats », chap.II, §1.1.3).

Hypothèse 1c : Les scores aux items de la RI, le score RI, le nombre de réunions hebdomadaire et sur la durée de vie et l'ancienneté aux AA sont corrélés positivement avec la spiritualité.

L'hypothèse 1c est partiellement validée. Le score RI est corrélé positivement ($p < ,05$) avec les scores de spiritualité, faiblement avec le bien-être spirituel (EWB, $r=0,23$) et avec une puissance statistique satisfaisante pour les croyances, pensées, comportements, expériences S/R (RBB, $r=0,42$) et la qualité de la relation avec une Puissance supérieure (PS) (RWB, $r=0,36$).

Concernant les items de la RI, les échanges avec le parrain (RI2), l'apprentissage des 12 étapes (RI3), la lecture de texte S/R (RI5), le lien avec d'autres membres des AA (RI6), l'organisation de sa vie autour des AA (RI8) et le recours aux AA pour prendre des décisions personnelles (RI9) sont significativement corrélés avec RBB et RWB. L'apprentissage des étapes, l'engagement dans une activité de service, le lien avec d'autres membres des AA, le recours aux AA pour prendre des décisions sont également corrélés significativement avec EWB.

En revanche, l'ancienneté et le nombre de réunions hebdomadaire et sur la durée de vie ne sont pas corrélés significativement avec la spiritualité. L'ancienneté l'est toutefois, faiblement avec le bien-être existentiel (EWB).

Hypothèse 1d : La participation aux AA est un prédicteur significatif de la spiritualité.

L'hypothèse 1d est partiellement validée. La prédiction de la spiritualité par les actions inhérentes à la participation aux AA est illustrée dans les figures 25 à 27.

Une augmentation de la participation, évaluée par le score à la RI, prédit une augmentation de la spiritualité quelle que soit son mode d'évaluation (RBB, RWB, EWB).

Plus spécifiquement, la fréquence des échanges avec le parrain est un prédicteur d'une augmentation des croyances, des pensées, comportements et expériences S/R. L'apprentissage du programme en 12 étapes et le recours aux AA pour prendre des décisions sont des prédicteurs d'une augmentation de la spiritualité quelle que soit son mode d'évaluation. L'engagement dans une activité de service au sein des AA est un prédicteur négatif de la spiritualité (RBB et RWB) et tend à être un prédicteur significatif ($p = ,05$) du bien-être existentiel.

Le nombre de réunions hebdomadaire est un prédicteur significatif de la spiritualité appréciée en termes de croyances, pensées comportements et expériences S/R, ne l'est pas pour les autres

mesures de la spiritualité. Le nombre de réunions sur la durée de vie n'est pas un prédicteur significatif de la spiritualité.

L'ancienneté aux AA est un prédicteur de la spiritualité évaluée le bien-être existentiel, toutefois elle l'est dans un modèle très légèrement meilleur que celui prenant en compte la durée de l'abstinence plutôt que cette variable. Cette considération questionne sur ce le phénomène réellement en jeu dans cette relation.

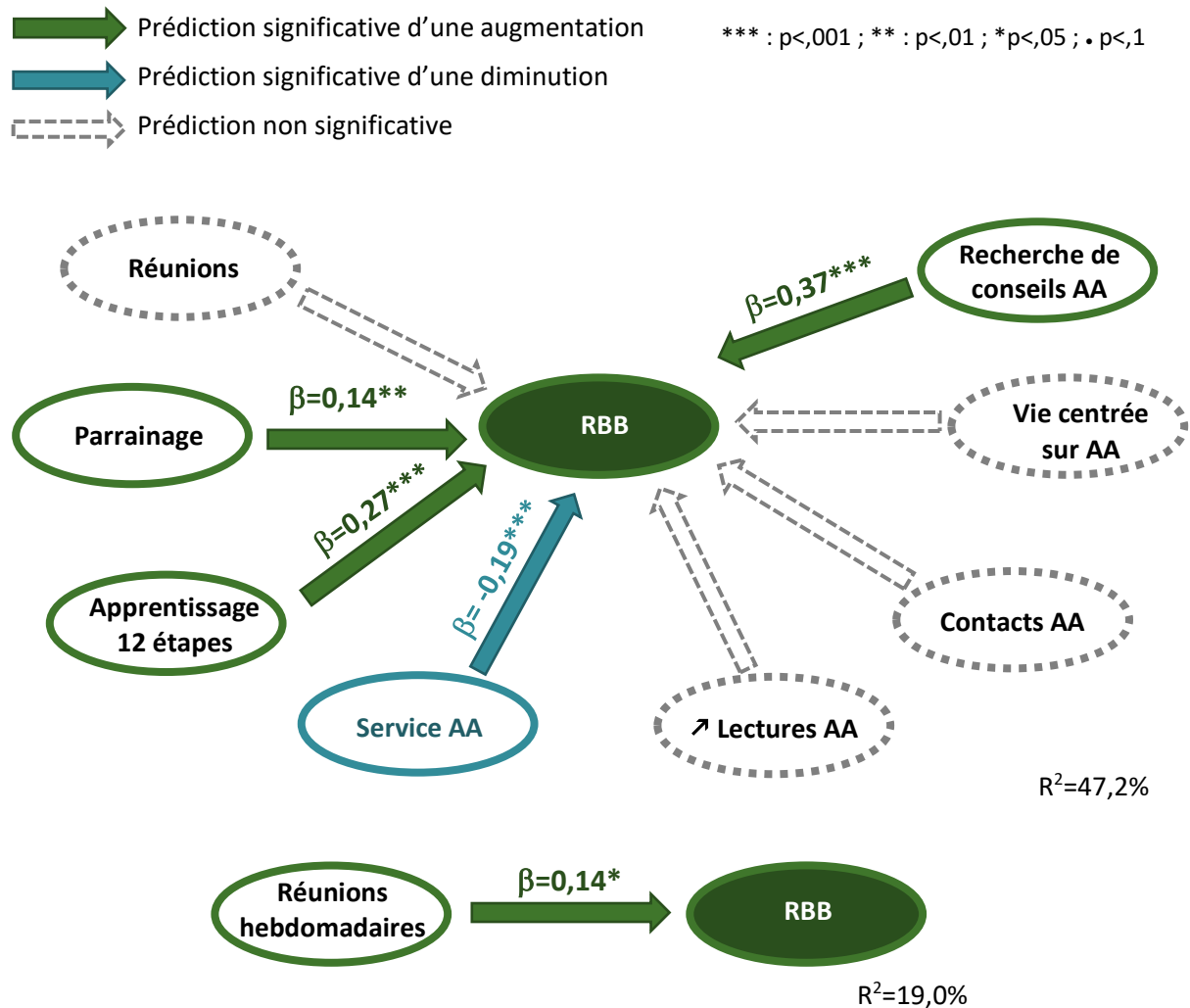





Figure 22. Prédiction du développement des croyances, pensées, comportements, expériences S/R (RBB) par la participation aux AA

 Prédiction significative d'une augmentation *** : $p < ,001$; ** : $p < ,01$; * $p < ,05$; • $p < ,1$
 Prédiction significative d'une diminution
 Prédiction non significative

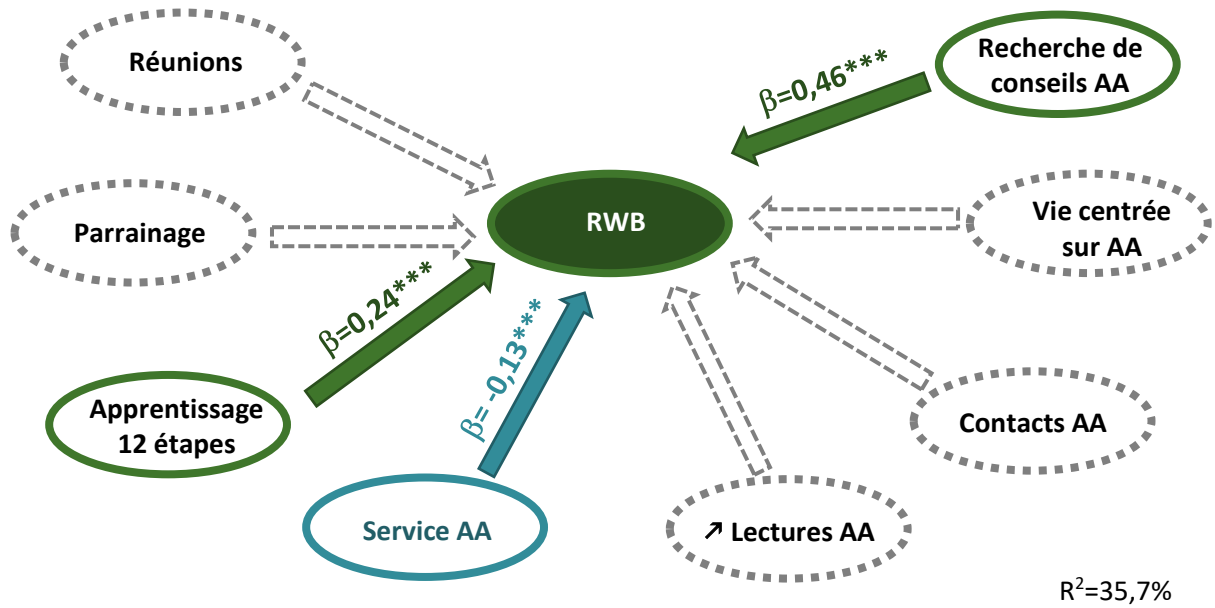


Figure 23. Prédiction du développement d'une relation de qualité avec un Dieu/une PS (RWB) par les actions inhérentes à la participation aux AA

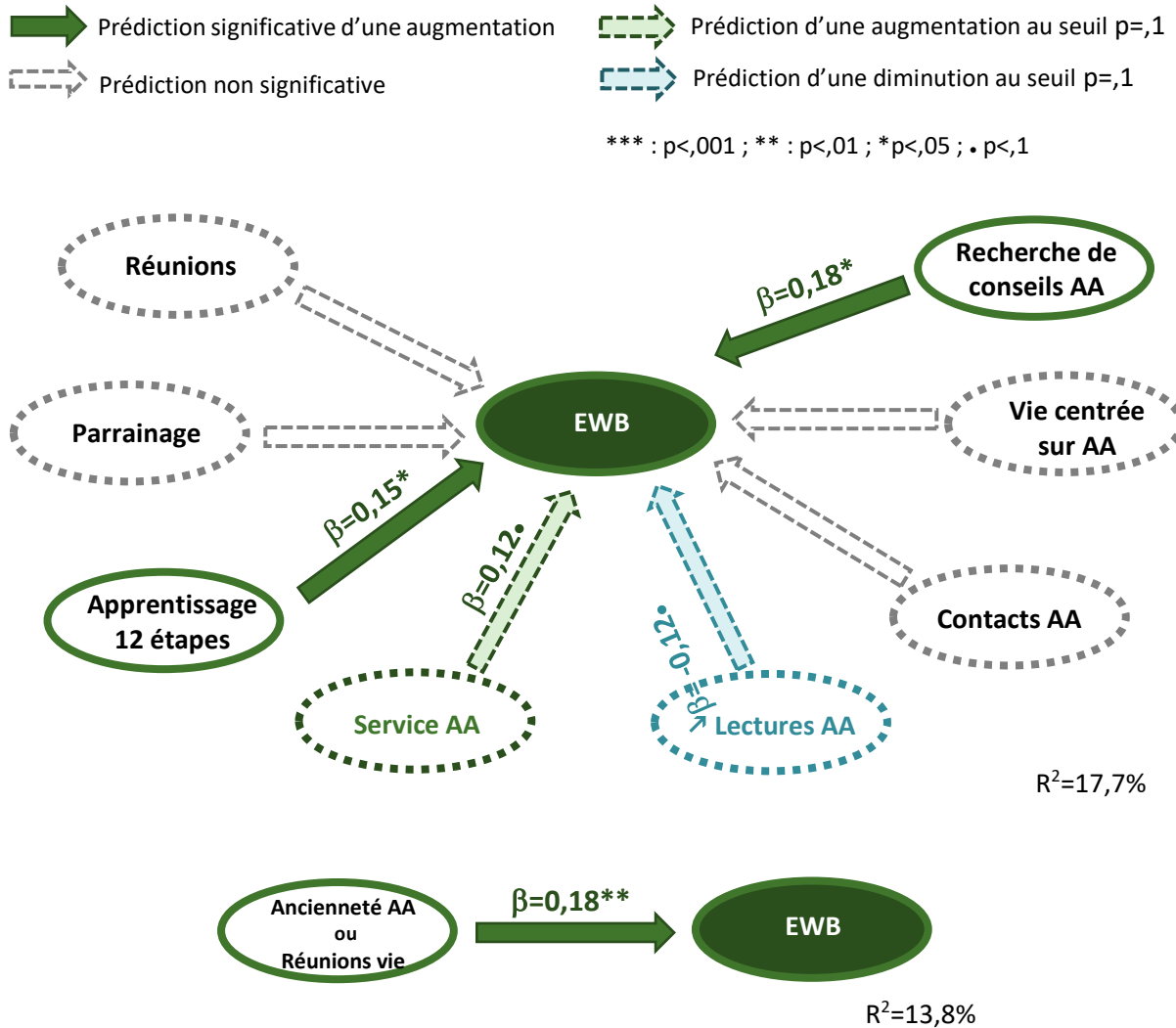


Figure 24. Prédiction du développement du bien-être existentiel (EWB, vision positive, confiance en l'avenir, but et sens à la vie, satisfaction de la vie) par la participation aux AA

Nous allons maintenant reprendre les hypothèses concernant la relation entre la participation aux AA et la résilience.

Hypothèse 2 : la participation aux AA est associée positivement à la résilience.

Hypothèse 2a : le score moyen de la résilience des membres des AA est supérieur ou égal à celui d'une population générale.

L'hypothèse 2a est validée : Le score des 263 membres des AA est significativement supérieur à celui obtenu sur un échantillon (N=577, Connor & Davidson, 2003), représentatif de la population générale des états unis.

Hypothèse 2b : la résilience des membres des AA est corrélée positivement avec la participation aux AA.

L'hypothèse 2b est très partiellement validée. Seuls le nombre de réunions hebdomadaire des AA et l'importance du lien avec d'autres membres des AA sont corrélés significativement (faiblement) avec la résilience.

Hypothèse 2c : une participation aux AA plus importante est prédictrice d'une résilience plus élevée.

L'hypothèse 2c est très partiellement validée. Les résultats relativement aux actions inhérentes à la participation aux AA sont illustrés dans la figure 27.

Seule l'importance du lien avec d'autres membres des AA et le nombre de réunions hebdomadaires sont des prédicteurs positifs d'une meilleure résilience. La demande de conseils auprès des AA, l'est pour un seuil de significativité de 0,1. A noter, la fréquence de réunions estimée par RI1, n'est pas un prédicteur significatif même lorsqu'elle est estimée indépendamment.

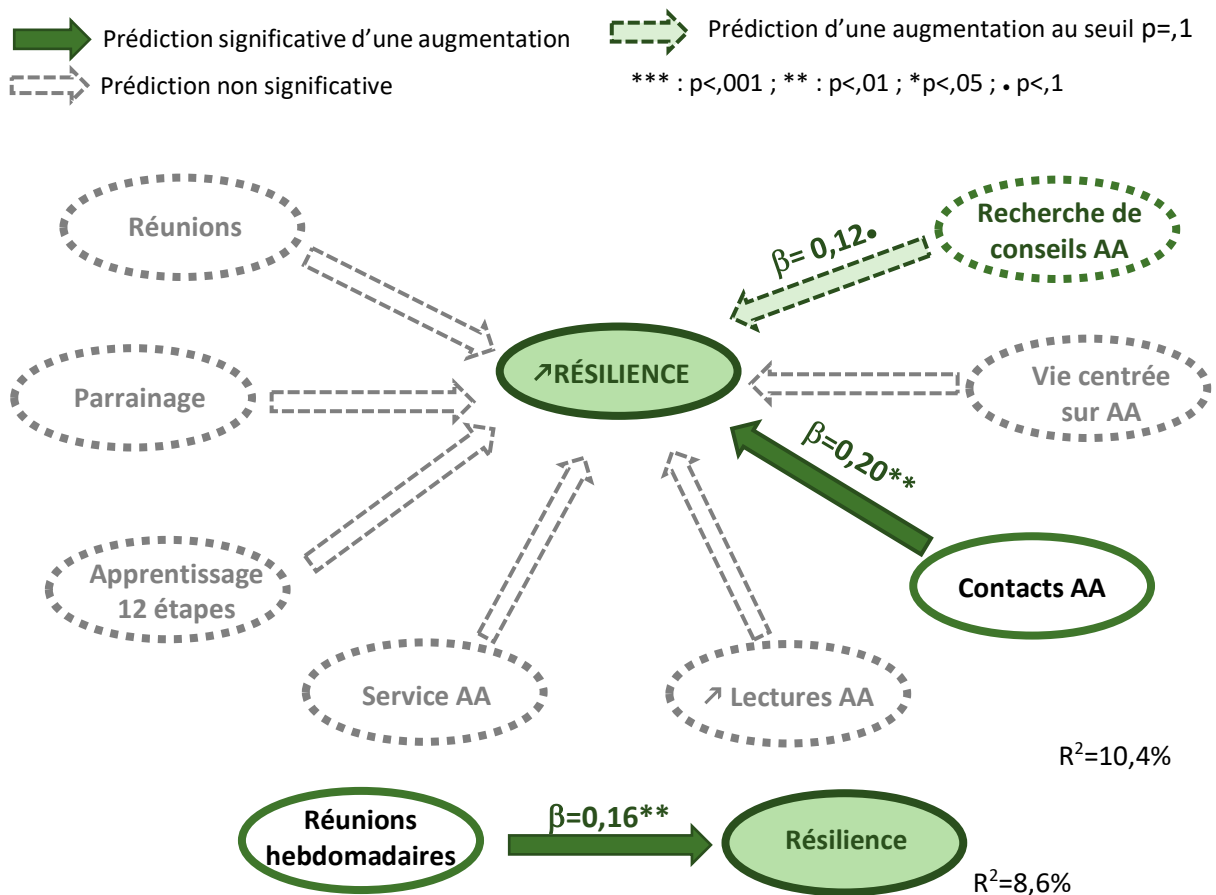


Figure 25. Prédiction du développement de la résilience par la participation aux AA

Hypothèse 3 : la participation aux AA est associée positivement à la qualité de vie.

Hypothèse 3a : le score moyen de qualité de vie des AA est supérieur ou égal au score moyen de populations saines et supérieur à celui de populations présentant un trouble de l'usage d'alcool.

L'hypothèse 3a est partiellement validée : Les membres des AA ont un score significativement supérieur à celui d'une population avec trouble de l'usage d'alcool, mais significativement inférieur à ceux d'une population ne présentant pas de pathologie.

Hypothèse 3b : la participation aux AA est corrélée positivement avec la qualité de vie.



L'hypothèse 3b est partiellement validée.

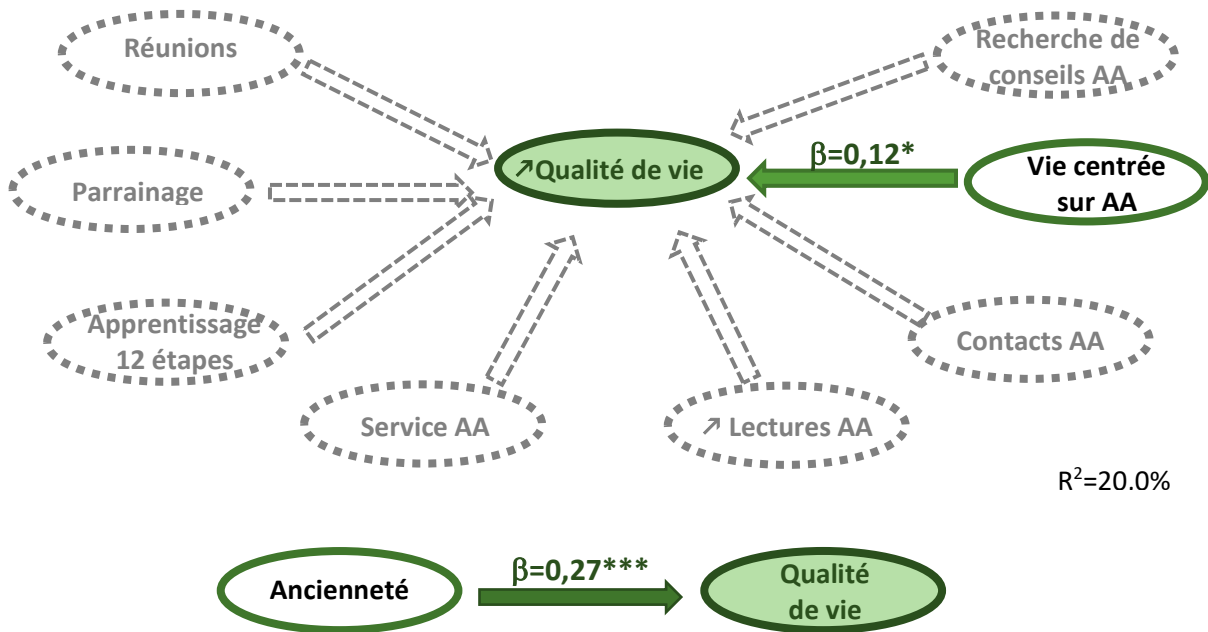
L'ancienneté aux AA et le nombre de réunions sur la durée de vie sont corrélées significativement et positivement avec les qualités de vie et de la santé psychologique et de l'environnement.

Hypothèse 3c : La participation aux AA est un prédicteur d'une meilleure qualité de vie.

Hypothèse 3c est partiellement validée.

L'importance avec laquelle l'individu membre des AA organise sa vie autour des AA est un prédicteur de la qualité de vie et de la satisfaction de sa santé, la fréquence des contacts au sein des AA en est un de la qualité de vie en lien avec la santé psychologique et l'engagement dans une activité de service aux AA tend à l'être pour la qualité de vie en lien avec la santé physique. L'ancienneté aux AA et le nombre de réunions assistées sur la durée de vie sont des prédicteurs significatifs de la qualité de vie en général et de celle en lien avec la santé psychologique et l'environnement.



 Prédiction significative d'une augmentation *** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • p<,1
 Prédiction non significative

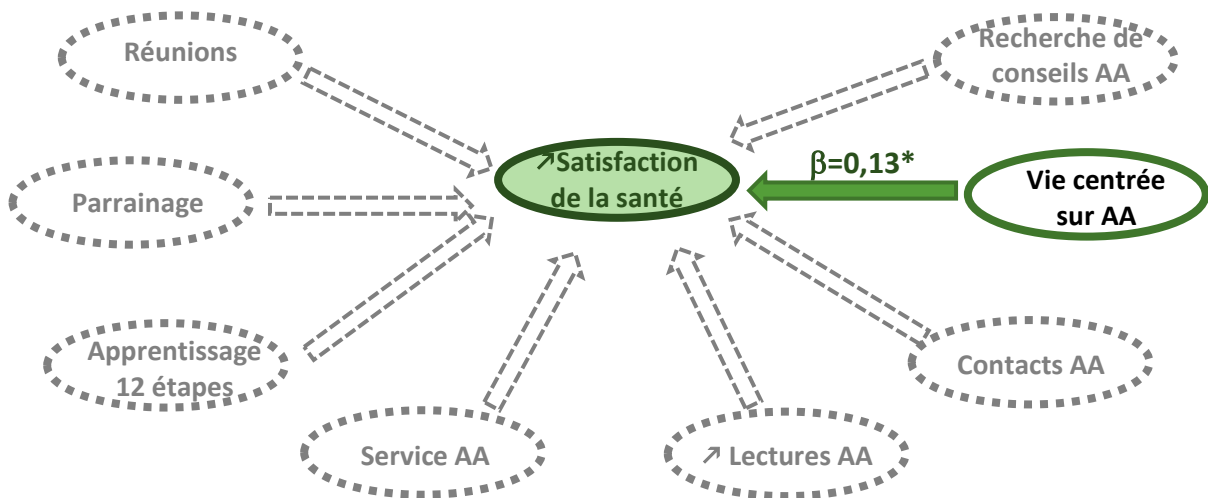


R²=20.0%

R²=18.6%

Figure 26. Prédiction du développement de la qualité de vie par la participation aux AA

 Prédiction significative d'une augmentation *** : p<,001 ; ** : p<,01 ; *p<,05 ; • p<,1
 Prédiction non significative



R²=20,0%

Figure 27. Prédiction du développement de la satisfaction de vie par la participation aux AA

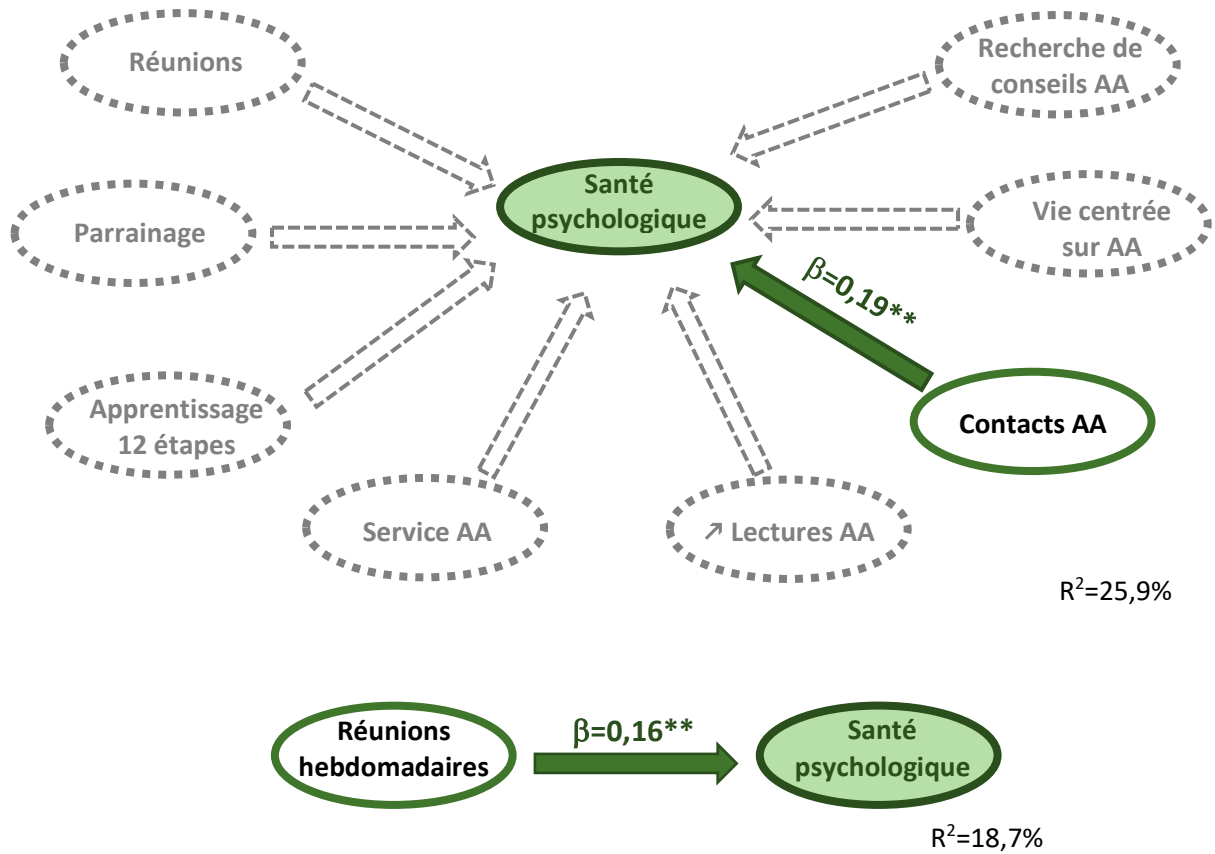




Figure 28. Prédiction du développement de la qualité de vie en lien avec la santé psychologique par la participation aux AA

 Prédiction non significative  Prédiction d'une augmentation au seuil $p=,1$
 *** : $p<,001$; ** : $p<,01$; * $p<,05$; • $p<,1$

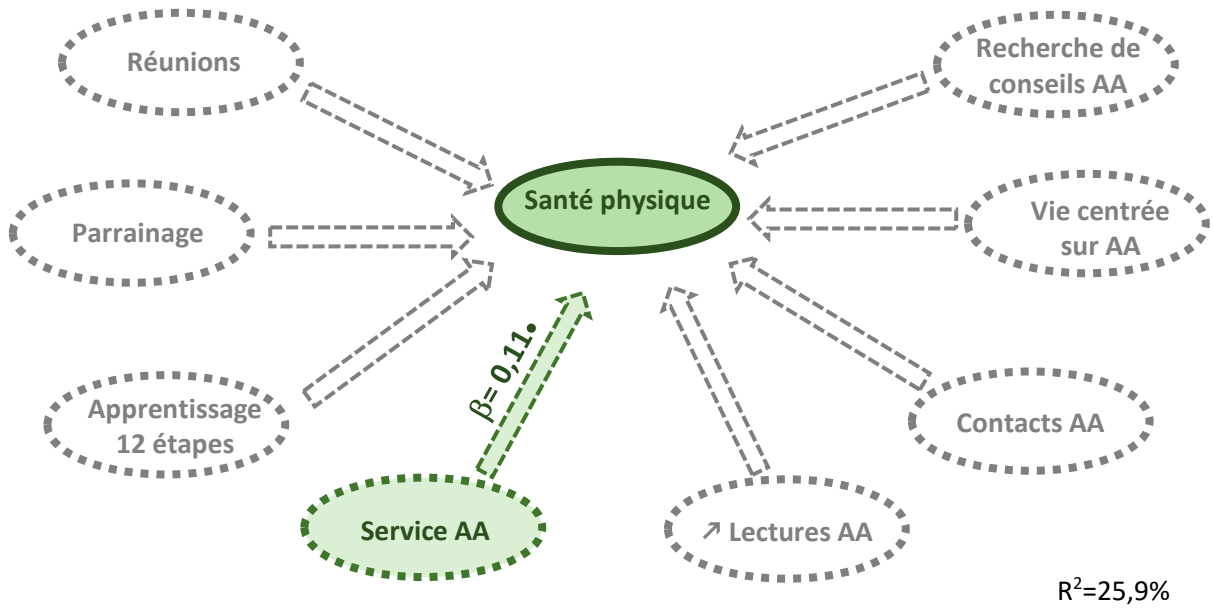


Figure 29. Prédiction du développement de la qualité de vie en lien avec la santé physique par la participation aux AA

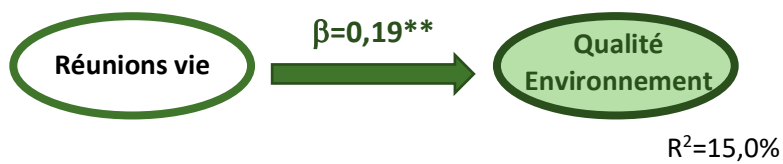


Figure 30. Prédiction du développement de la qualité de vie en lien avec l'environnement par la participation aux AA

Hypothèse 4 : la spiritualité des AA est associée à une résilience plus élevée.

Hypothèse 4a : la spiritualité des AA est corrélée positivement à la résilience.

L'hypothèse 4a est validée

La spiritualité, appréciée par la croyance en un Dieu/une PS, la fréquence des pensées sur Dieu/une PS, de la pratique de la prière et de la méditation, des expériences de la présence d'un Dieu/une PS dans sa vie (RBB), la qualité de la relation à une PS (RWB) et le bien être existentiel (EWB) sont corrélés positivement à la résilience. Parmi ces évaluations de la spiritualité, le bien-être existentiel est corrélé fortement avec la résilience alors que les autres le sont faiblement.

Hypothèse 4b : La spiritualité des AA est un prédicteur d'une résilience plus élevée.

L'hypothèse 4b est validée.

L'augmentation de la pratique de la méditation, de l'expérience de la présence de Dieu/une Puissance supérieure dans sa vie, de la qualité de sa relation avec un Dieu/une PS et du bien-être existentiel sont des prédicteurs d'une augmentation de la résilience.

Pris conjointement, la croyance en un Dieu/une PS, pensées, comportements et expériences S/R sont prédicteurs d'une augmentation de la résilience.

Une fréquence plus élevée des pensées sur Dieu/une PS prédit une diminution de la résilience.

Un niveau spirituel plus faible avant l'arrivée aux AA est prédicteur d'une résilience plus élevée. Parmi ces éléments spirituels, les meilleurs prédicteurs d'une hausse de la résilience sont la croyance en un but à la vie, la capacité à se satisfaire de la vie, le fait d'avoir une relation satisfaisante avec un Dieu/une PS, les expériences de la présence de Dieu/une PS, la satisfaction de la direction de sa vie, l'absence de pensées sur Dieu.

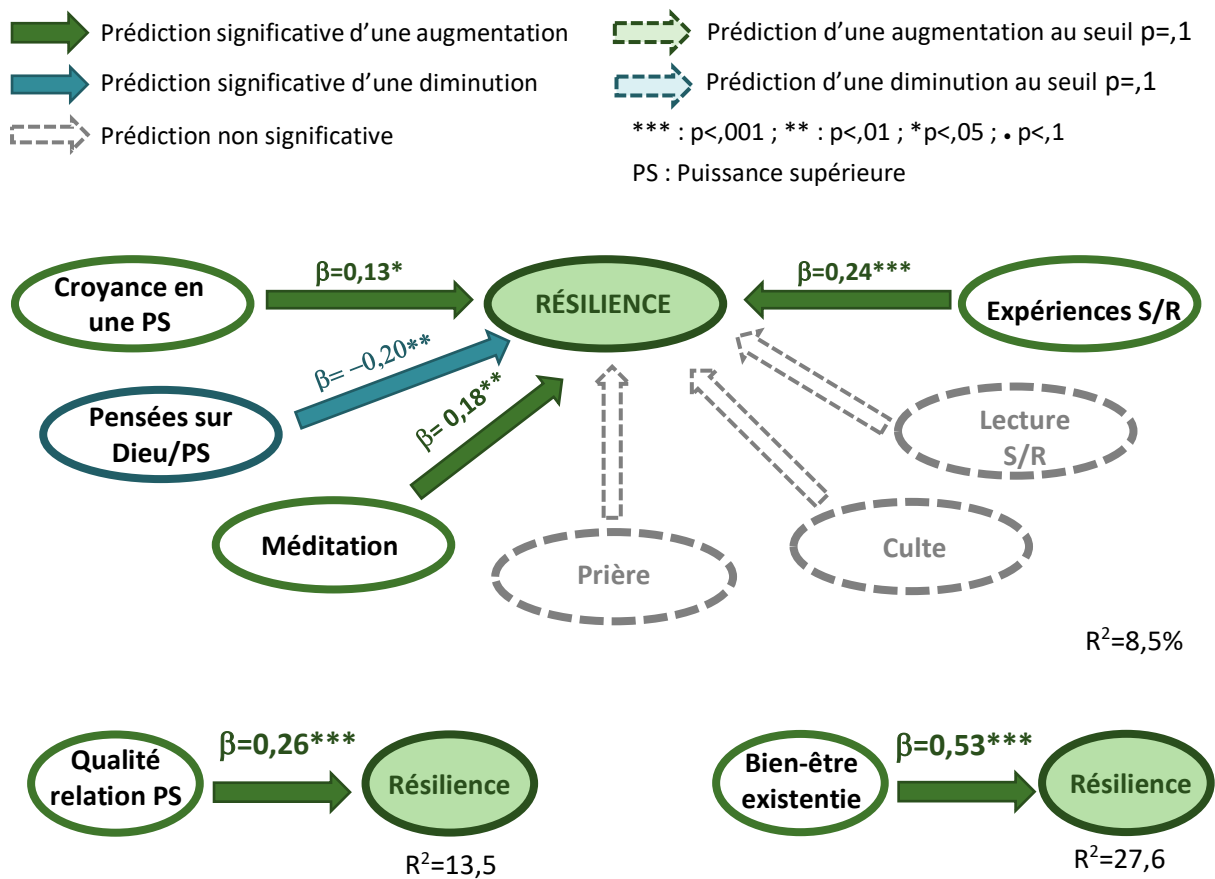


Figure 31. Prédiction la résilience par la spiritualité des AA

Hypothèse 5 : la spiritualité des AA est associée positivement à la qualité de vie.

Hypothèse 5a : la spiritualité des AA est corrélée positivement avec la qualité de vie.

L'hypothèse 5a est partiellement validée.

La pratique de la méditation et les expériences de la présence d'un Dieu/une PS dans son quotidien sont corrélées positivement avec la santé psychologique.

La qualité de la relation avec une PS est corrélée positivement avec la satisfaction de sa santé et la qualité de la santé psychologique.

Le bien-être existentiel est corrélé avec tous les domaines de la qualité de vie étudiés (QDV, satisfaction de sa santé, qualité de sa santé physique et psychologique et de son environnement).

Hypothèse 5b : la spiritualité des AA est un prédicteur d'une meilleure qualité de vie.

L'hypothèse 5b est partiellement validée.

La spiritualité évaluée par la croyance en Dieu/PS, les pensées sur Dieu/une PS, les expériences de la présence de Dieu/une PS et les comportements S/R est un prédicteur positif de la satisfaction de la qualité de vie et de la qualité de la santé psychologique.

La pratique de la méditation et l'expérience de la présence d'une PS dans son quotidien sont des prédicteurs positifs de la qualité de la santé psychologique.

Une amélioration de la qualité de la relation avec une PS prédit une augmentation de la satisfaction de sa santé physique et de la qualité de sa santé psychologique.

Une amélioration du bien-être existentiel (propension à avoir une vision positive de la vie, une confiance en l'avenir, un sentiment de sens et but à la vie et à se satisfaire de sa vie) prédit une augmentation de la satisfaction de la qualité de vie et de la santé physique et de la qualité de la santé physique et psychologique de l'environnement.

Un niveau spirituel initial plus élevé prédit une satisfaction de la qualité de vie et de la santé physique et une qualité de la santé psychologique plus faibles.

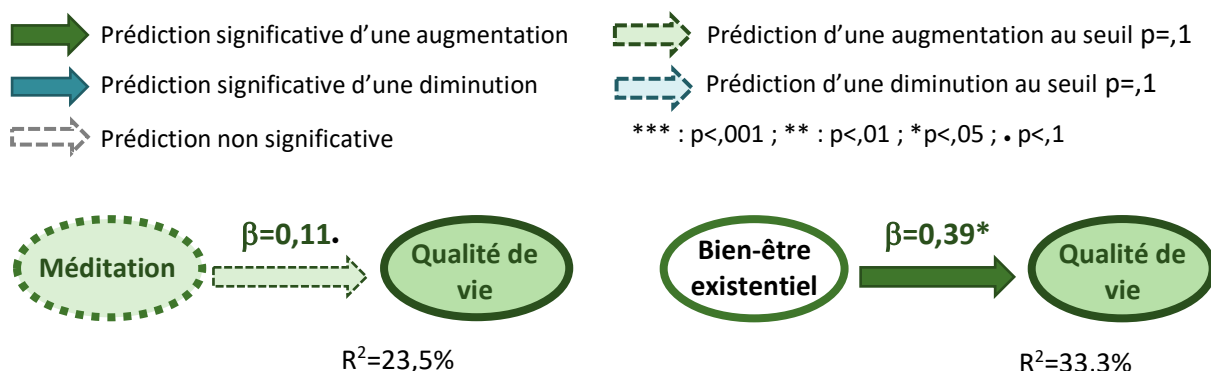


Figure 32. Prédiction la qualité de vie par la spiritualité des AA

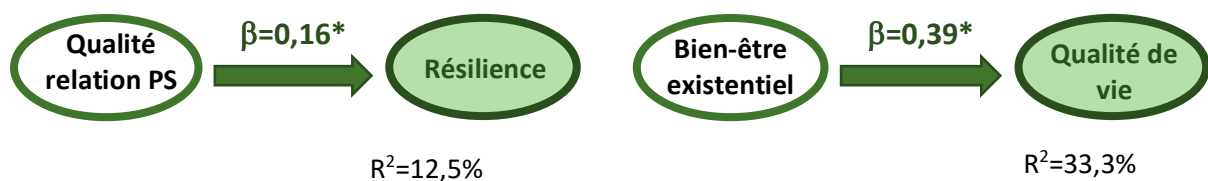


Figure 33. Prédiction la satisfaction de la santé par la spiritualité des AA

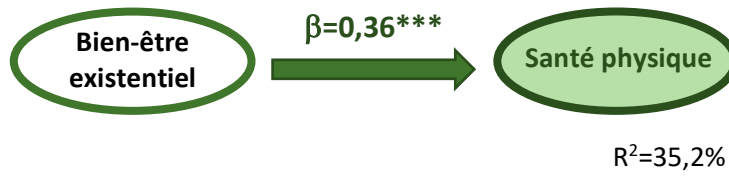


Figure 34. Prédiction la qualité de vie en lien avec la santé physique par la spiritualité des AA

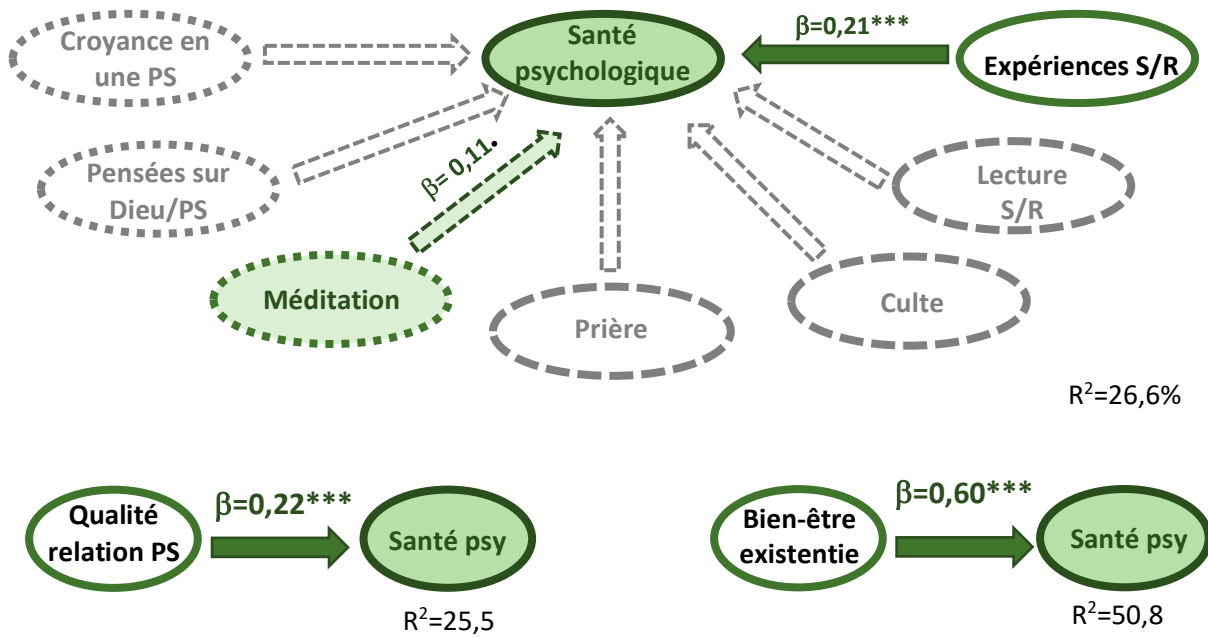


Figure 35. Prédiction la qualité de la santé psychologique par la spiritualité des AA

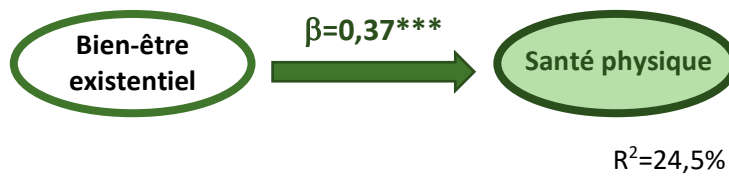


Figure 36. Prédiction la qualité de l'environnement par la spiritualité des AA

Hypothèses 6 : la spiritualité des AA médiatise l'effet de la participation des AA sur la résilience

L'hypothèse 6 est partiellement validée. **La spiritualité est un médiateur significatif de l'effet total de la participation aux AA sur la résilience, quand la spiritualité** est évaluée par la pratique de la méditation, les expériences de Dieu/une PS, la qualité de la relation à un Dieu/une PS ou le bien-être existentiel et **quand la participation aux AA** est évaluée par la fréquence des contacts intra-AA et le recours aux conseils des AA. Deux nuances sont à apporter : la médiation de la méditation dans l'effet du recours aux conseils des AA sur la résilience tend seulement à être significative ($p=,05$) ; les expériences de la présence de Dieu sont aussi un médiateur de l'effet du nombre hebdomadaire de réunions sur la résilience

Hypothèses 7 : la spiritualité des AA médiatise l'effet de la participation des AA sur la qualité de vie

L'hypothèse 7 est partiellement validée. Quand la spiritualité est évaluée par le bien-être existentiel, elle médiatise l'effet total d'au moins une des composantes de la participation aux AA sur la QDV, la satisfaction de la santé et la qualité de la santé psychologique et de l'environnement. Les estimateurs de la participation aux AA dans ces relations sont l'ancienneté aux AA et le nombre de réunions sur la durée de vie, sauf pour la satisfaction de la santé, où l'estimateur est le score RI.

Concernant la satisfaction de sa santé, une médiation est aussi vérifiée pour un médiateur évalué par la qualité de la relation à Dieu/une PS et une participation aux AA évaluée par l'importance de la centration de sa vie sur les AA.

Dans le cas de la santé psychologique, la significativité de la médiation est aussi vérifiée quand la participation aux AA est estimée par la fréquence des contacts aux AA et la spiritualité la pratique de la méditation ou les expériences de la présence de Dieu, ou la qualité de la relation à Dieu ou encore le bien-être existentiel.

II - Discussion sur les caractéristiques socio-démographiques, le parcours de consommation d'alcool, les traitements et suivis et la participation aux AA des participants de l'étude

1. Caractéristiques socio-démographiques

Les données socio-démographiques de l'échantillon de 263 membres des AA de notre étude ont été rapportées dans le tableau 4 de la partie « résultats » (chap.I, §1).

En janvier 2015, les AA ont effectué un sondage sur un échantillon de 1000 membres qu'ils estiment représentatif (Services Généraux AA France, 2016).

La répartition par genre obtenue sur notre échantillon (59,7% d'hommes et 40,3% femmes) est similaire ($IC_{95}=[53,5;65,7]$, $p=1,15$) à celle de l'échantillon représentatif des membres des AA (64% d'hommes et 40,3% de femmes) (Services Généraux AA France, 2016). L'âge moyen sur notre échantillon ($M=58,05$ ans, $SD=9,92$) s'apparente ($t=1,72$; $p=,087$) également à celui de l'échantillon du sondage ($M=57,0$ ans, $SD=non\ disponible$). Tel n'est pas le cas pour les personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool accueillies dans des CSAPA ($N=74\ 142$, OFDT, 2016). Elles sont en effet composées de 76% d'hommes et 24% de femmes, et l'âge moyen est de 43,8 ans. Ainsi, relativement aux personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool soignées dans des CSAPA, les membres des AA comptent davantage de femmes ($IC_{95}=[34,3\% ; 46,5\%]$, $p<,001$) et à être plus âgés ($t=23,31$, $p<,001$).

Avec 15% de célibataires, 55% de personnes en couple, 26% de divorcé-e-s ou séparé-e-s et 4% de veuf-ve-s, les situations familiales de l'échantillon représentatif des membres des AA sont comparables ($\chi^2=4,84$; $p=,18$) à celles trouvées sur notre échantillon (dont les proportions respectives étaient : 18,6 ; 49,8 ; 28,5 et 3,1).

La composition des ménages des 263 membres des AA de l'étude diffère de celle des personnes présentant un TUA des CSAPA ($\chi^2=44,05$; $p<,001$) et de la population française ($\chi^2=76,52$; $p<,001$). Une proportion plus importante des individus des CSAPA avec un TUA vivent avec leur parents (13%, $IC_{95}=[0,6\% ; 4,4\%]$, $p<,001$) et plus faible avec leur conjoint (13%, $IC_{95}=[38,4\% ; 50,7\%]$, $p<,05$). Relativement à la population française, une plus faible part de celle-ci vit avec son/sa conjoint-e (25,6%, $IC_{95}=[38,4\% ; 50,7\%]$, $p<,001$) et une plus forte avec son/sa conjoint-e et son (ses) enfant(s) ((25,8%, $IC_{95}=[4,7\% ; 11,5\%]$, $p<,001$). Ces différences peuvent être liées à l'âge plus élevé des membres des AA.

Un pourcentage de membres des AA équivalant à celui des usagers des CSAPA avec TUA et de la population française en général vivent seul·e·s (respectivement : 38% au CSAPA, 34,9% dans la population française, pour $IC_{95}=[33,2;45,3]$; $p=,703$ et $p=,155$).

Après retrait des modalités « autre » et « retraité », la répartition selon les CSP (Catégorie socio-professionnelle) de l'échantillon représentatif des AA du sondage s'approche de notre échantillon ($\chi^2=11,27$; $p=,046$). Ceci s'explique par des proportions d'artisan·e·s/comerçant·e·s/chef·fe·s d'entreprise ($p=,43$), de professions intermédiaires ($p=,14$) et d'employé·e·s ($p=,24$) comparables. En revanche, notre échantillon se distingue par une proportion plus élevées de cadres et professions intellectuelles supérieures (soit 33,8% sur notre échantillon, et 25,4% dans le sondage, pour $IC_{95}=[28,1; 39,9]$ et $p=,002$) et moindre d'ouvrier·ère·s (soit 6,9% contre 11,3% pour $IC_{95}=[4,1; 10,6]$ et $p=,019$).

D'une façon générale, la population des AA, que ce soit dans notre étude ou sur l'échantillon représentatif des AA du sondage, se différencie de la population française globale (INSEE, 2019a), par une proportion significativement ($p<,05$) supérieure d'artisan·e·s/comerçant·e·s/chef·fe·s d'entreprise (soit 9,5% dans notre échantillon, 8,5% dans le sondage des AA et 6,5% dans la population française), de cadres et professions intellectuelles supérieures (respectivement : 33,8% ; 25,4% et 18,4%), et une proportion significativement inférieures de professions intermédiaires (respectivement 12,6 ; 9,9 ; 25,7) et d'ouvrier·ère·s (6,3% ; 11,3% et 20,4%). Nous retrouvons donc ces mêmes tendances sur notre échantillon, mais de façon plus accusée pour les professions intellectuelles supérieures et les ouvrier·ère·s. Relativement à des échantillons de personnes en consultation pour TUA en hôpital ($N=480$) ou en CSAPA ($N=42525$) et après ajustement des personnes se déclarant « sans profession » (Palle et al., 2012), les 263 membres des AA de notre étude se distinguent à nouveau par une proportion nettement supérieure ($p<,05$) de cadres et professions intellectuelles supérieures qui ne sont que de 12,1% pour les consultations en hôpital et de 7,5% pour celles en CSAPA et des proportions d'employés et ouvriers nettement inférieures (respectivement 46,2% et 32,3% en hôpital et 47,1% et 40,3% en CSAPA). En revanche, la proportion de professions intermédiaires est ici significativement supérieure ($p<,05$) à celle des personnes suivies en CSAPA (5,1%), mais pas significativement différente ($p=,09$) de celles de personnes suivies en ambulatoire à l'hôpital (9,4%).

En cohérence avec ces résultats, les 263 membres de notre échantillon se démarquent par une proportion d'individus ayant un niveau inférieur ou égal à un CAP ou BEP (22,1%) significativement inférieure ($IC_{95}=[17,2 ; 27,6]$) à celle de la population générale (47,4%, INSEE, 2019) et une proportion de personnes ayant un diplôme bac+2 (19,8%) ou plus (37,6%) significativement supérieure

(respectivement : $IC_{95}=[15,1; 25,1]$, $p<,05$ et $IC_{95}=[31,8; 43,8]$, $p<,001$) à ceux de la population française (respectivement : 14,3% et 20,2%). Le sondage effectué par les AA (Services Généraux AA France, 2016) ne communique pas de données relativement au niveau d'étude et nous n'avons pas trouvé de données comparables dans les études sur des populations en soins pour TUA.

Cette proportion plus importante de personnes ayant un niveau d'éducation élevée et occupant des professions intellectuelles supérieures pourraient être le signe d'un biais de recrutement. Cependant, cette même tendance est observable dans le sondage organisé par les AA sur une population représentative des AA. Le faible nombre de questions et la large part de membres ayant répondu plaide en l'absence d'un tel biais de recrutement. Ainsi, cette propension à retenir ou attirer davantage de personnes occupant des professions intellectuelles supérieures et ayant un niveau d'éducation élevé semble davantage liée aux caractéristiques propres de la participation aux AA. Inciter les membres à apprendre et appliquer un programme de rétablissement pourrait en être la cause.

Le pourcentage de chômeurs chez les AA est significativement inférieur à celui des individus avec TUA des CSAPA (22%, $IC_{95}=[4,4; 11,05]$; $p<,001$), mais équivalent de celui de la population française (8,1% ; $p=,704$).

2. Parcours de consommation d'alcool

L'âge d'expérimentation d'alcool des membres des AA est relativement tardif ($M=18,50$ ans ; $SD=6,62$ ans), l'âge moyen de la première ivresse étant, en France de 15,2 ans (INSERM, 2016).

Ce résultat est étonnant, puisqu'il est de notoriété publique qu'une consommation précoce est un facteur de vulnérabilité du trouble de l'usage d'alcool (TUA) (DeWit, Adlaf, Offord, & Ogborne, 2000; Liang & Chikritzhs, 2012; Newton-Howes & Boden, 2016; Pilatti, Godoy, Brussino, & Pautassi, 2013; Warner & White, 2003).

La littérature a également mis en exergue que le TUA était une maladie chronique (Dennis, Scott, Funk, & Foss, 2005; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; White, Boyle, & Loveland, 2002), comprenant de nombreuses phases de rechutes et rémissions (Laudet, 2003; Maisto, Hallgren, Roos, & Witkiewitz, 2018; Maisto, Witkiewitz, Moskal, & Wilson, 2016). Or dans l'étude, les 263 participants se caractérisent par une durée de leur abstinence d'alcool de 11,77 ans ($SD=9,18$) et seuls huit d'entre eux ont déclaré avoir consommé de l'alcool dans l'année écoulée. Ce résultat est considérable. Néanmoins, il n'est pour autant pas possible de conclure en l'efficacité des AA à prévenir des rechutes. La force de la valeur accordée à l'abstinence peut faire poser la question d'un éventuel abandon des personnes rechutant.

Une caractéristique pouvant participer à l'aggravation du trouble peut être la différence significative (Wilcoxon=20009 ; $p<,001$) entre le début d'une consommation massive et la prise de conscience de cette consommation problématique qui s'élève, en moyenne, à 4,33 ans sur l'échantillon étudié.

Relativement à la durée de l'abstinence d'alcool, les arguments expliquant la difficulté à les comparer sont les mêmes que précédemment. Toutefois, nous avons constaté que la durée trouvée chez les 263 membres des AA ($M=11,77$ ans ; $SD=9,18$) est proche ($t=-2,17$; $p=0,03$) de celle affichée par le sondage des AA ($N=1000$; $M=13$ ans) et comparable ($t=0,25$; $p=,804$) à celle annoncée par Galanter, Dermatis, Stanievich, et Santucci (2013) ($M=11,63$; $SD=9,12$).

3. Consommation de tabac et de substances psychoactives illicites

3.1. Consommation actuelle et passée de tabac

Pour rappel, les données de la consommation de tabac ont été rapportées dans le tableau 7 de la partie résultat (§1.4).

De façon non surprenante, une part importante des participants (91,6%) a été ou est encore des fumeuses de tabac. Il existe en effet une forte comorbidité entre le trouble de l'usage d'alcool et celui du tabac (Drobes, 2002; Jackson, 2003; John et al., 2003; MacLean, Sofuoglu, & Rosenheck, 2018; Meacham, Bailey, Hill, Epstein, & Hawkins, 2013). Selon une étude dirigée par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie), Cette proportion s'avère, cependant très significativement supérieure ($IC_{95}=[87,2\% ; 94,4\%]$) à celle trouvée chez des patients hospitalisés (79,0%) ou vus en ambulatoire à l'hôpital (72,9%) ou dans un CSAPA (64,3%) pour un TUA (Palle et al., 2012). Ces chiffres pourraient être replacés dans le contexte historique. Cependant, même si les membres des AA sont significativement plus âgés ($M=58,05$ ans, $SD=9,92$) que les patients présentant un TUA hospitalisés en addictologie ($M=46,3$ ans ; $t=19,22$; $p<,001$), suivis par une ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, $M=49,3$; $t=14,31$; $p<,001$), en ambulatoire à l'hôpital (47,2 ans ; ; $t=17,75$; ; $p<,001$) dans un CSAPA ($M=43,8$; $t=23,31$; $p<,001$), l'écart n'est pas suffisamment important pour qu'une telle explication ne tienne. En effet, la vente de tabac en France, quelle qu'en soit la forme, a essentiellement diminué entre 2000 et 2005, passant 91,8 à 64,8 milliers de tonnes (OFDT, 2018), période sur laquelle le prix du paquet de cigarettes a, en moyenne, augmenté de 3,20€ à 5,00€ (Lermenier-Jeannet, 2019).

La proportion de fumeurs a chuté drastiquement (McNemar=152 avec correction de continuité de Yates, $p<,001$) pour s'apparenter à celle de la population générale française âgée (26,9%, $IC_{95}=[27,4\% ; 39,1\%]$ dans l'échantillon de l'étude, soit $p<,001$).

Ainsi, il semblerait que les membres des AA se caractérisent par une comorbidité du TUA avec celui du tabac nettement plus importante que le public accueilli dans les CSAPA et hôpitaux pour un TUA. Par ailleurs, nous pouvons faire l'hypothèse qu'au-delà d'une incitation à l'abstinence d'alcool, la participation aux AA pourrait encourager un arrêt du tabagisme.

3.2. *Autres consommations de substances psychoactives passées*

Les données relatives aux consommations de substances psychoactives passées sont consultables dans le tableau 6 (partie résultat, chap I., §4)

Rappelons qu'aucun participant, conformément aux critères d'inclusion, ne consommait au moment de l'évaluation de substances psychoactives illicites.

Le pourcentage de participants ayant expérimenté dans le passé le cannabis (33,1%) n'est pas significativement différent de celui constaté en 2014 chez les français âgés de 26 à 65 ans (39%, $p < ,001$). Toutefois, cette proportion pourrait être plus importante que dans la population générale, si nous tenons compte de la constante augmentation depuis les années 1990 de la consommation de cannabis (Beck, Richard, Guignard, Le Nézet, & Spilka, 2015).

31,6% des participants des AA ont eu, au cours de leur vie, une consommation au moins occasionnelle de cannabis sur une période donnée. Parmi les 26-65 ans de la population française, 14% ont rapporté avoir consommé, en 2014, au moins une fois du cannabis (Beck et al., 2015).

Par ailleurs, 22% des membres des AA ont déclaré avoir eu dans le passé une consommation au moins mensuelle de cannabis. Lors d'une évaluation en 2010 de consommations de cannabis chez des patients présentant un TUA, il a été constaté que 11,2% de ceux reçus en consultation hospitalière et 13,2% de ceux accueillis dans un CSAPA avaient consommé du cannabis durant le mois écoulé (Palle et al., 2012).

Les chiffres issus de la population générale ou de celle reçue dans des structures de soins pour TUA ont été donnés uniquement à titre indicatif. Analyser une différence avec ceux trouvés chez les AA n'aurait pas de sens. La première raison est que les échelles de temps des évaluations sont différentes : les estimations des membres des AA portent sur la durée de vie, celles de la population générale sur l'année écoulée et celles des patients reçus dans des structures de soin sur le mois écoulé. Ensuite, le terme « occasionnel » que nous avons employé pour retranscrire les résultats ne recouvre pas exactement les mêmes fréquences d'utilisation du cannabis. Chez les AA, il s'agissait d'une consommation au moins pluriannuelle sur une période donnée et sur la population française d'au moins une consommation par an sur l'année écoulée.

Néanmoins, nous avons constaté qu'une part non négligeable des AA avaient consommé régulièrement du cannabis sur une période donnée. Cette proportion importante peut, comme pour le tabac, s'expliquer par une comorbidité élevée entre le TUA et celui du cannabis (Blanco et al., 2016; Metrik, Gunn, Jackson, Sokolovsky, & Borsari, 2018; Weinberger, Platt, & Goodwin, 2016). Il pourrait ainsi être intéressant de s'interroger sur un éventuel usage à risque plus élevé chez les AA que sur l'ensemble les patients avec TUA. De façon sous-jacente la question serait de savoir si participer aux AA pourrait offrir une aide plus adaptée aux patients présentant un TUA plus sévère et/ou une vulnérabilité plus forte aux addictions ou encore une problématique polyaddictive. Ce constat s'accorde avec les conclusions de Witbrodt et al. (2012) selon lesquelles les individus avec un indice moyen de sévérité du plus se caractérisaient par une plus forte participation aux AA

Le même constat est valable pour les autres substances psychoactives illégales. Relativement à la population française en générale, les adhérents aux AA sont plus nombreux à avoir expérimenté la cocaïne (respectivement : 5,6% des 18-64 ans en 2014, contre 11,4% chez les 263 membres des AA ; $p < ,001$), (5,6% contre 7,6% chez les AA ; $p < ,05$), l'héroïne (1,5% contre 6,5% ; $p < ,001$), les amphétamines (2,3% contre 6,1%) (Beck et al., 2015).

Ces chiffres semblent illustrer soit une prise de risque ou un attrait pour la nouveauté plus importante que dans la population générale.

Un dernier résultat surprenant est que plus de 9% des participants déclarent que l'alcool n'était pas leur produit de choix. Cette donnée exigerait davantage d'investigations pour identifier ce que sous-tend cette affirmation et donc les motifs de leur participation aux AA : un choix des AA alors que leur addiction concerne une autre substance ? Un TAU venant se substituer à une autre addiction ?

4. Traitements pour affections somatiques et/ou psychiatriques et suivis psychiatriques et/ou psychologiques

Une synthèse des résultats est consultable dans le tableau 10 (partie Résultats, §1.5). Afin de discuter ces résultats des précisions relatives au type d'affections vont être apportées.

Les pathologies évoquées ci-dessous ne sont pas exclusives des unes des autres.

En 2010, 37,5% des personnes reçus dans une structure hospitalière pour un trouble de l'usage d'alcool disaient avoir une maladie chronique. 7,9 rapportaient une maladie cardiovasculaire, 7,0% une maladie du foie, 4,2% une insuffisance respiratoire, 3,9% une polynevrite. Il a également été avancé que 40,7 des personnes présentaient une affection psychiatrique. 23,2% ont déclaré avoir un

trouble anxieux et 23,3% un trouble de l'humeur (Palle et al., 2012). Le pourcentage de membres des AA ayant répondu avoir un traitement pour une maladie cardio-vasculaire est très supérieur 18,25% ($p<,001$). En revanche une proportion plus faible prend un traitement pour une insuffisance respiratoire (1,52% ; $p<,001$), trouble psychiatrique (20,53% ; $p<,001$), une dépression (12,55%, $p<,001$), un trouble bipolaire (6,46%, $p<,001$) et un trouble anxieux (7,22%, $p<,001$). Un seul participant a déclaré avoir une neuropathie. Des participants peuvent prendre plusieurs traitements : les pourcentages ne peuvent donc pas être additionnés.

Ainsi, en dehors des pathologies cardio-vasculaires, les membres des AA semblent avoir moins de pathologies associées. Toutefois, la formulation nous ayant permis de recueillir ces informations diffèrent très probablement de celle de l'étude de Palle et al. (2012). Il a en effet été demandé au participant s'il prenait habituellement un traitement et si tel était le cas pour quelle affection. Aussi, sont exclus de cette évaluation les personnes présentant une affection sans avoir un traitement.

Les participants de notre étude sont 22,4% à bénéficier d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique. Uniquement deux personnes avaient répondu avoir un suivi avec un addictologue. L'hypothèse explicative d'une telle donnée serait que soit les participants n'auraient plus besoin d'une telle aide soit qu'ils ne feraient pas de différence entre les divers statuts des professionnels. Cette dernière hypothèse est confortée par l'analyse des données sur un éventuel suivi par un psychologue et/ou un psychiatre. Pour beaucoup, la distinction s'est avérée confuse, d'où notre traitement conjoint de ces trois types de suivis. Dans le même ordre d'idée, dans une étude préliminaire, il nous était apparu que nombreux étaient les membres des AA n'identifiaient pas leur type de suivi psychologique (TCC, systémique, psychanalytique, soutien, etc.).

Les données recueillies par le sondage des AA (Services Généraux AA France, 2016) ne nous permettent pas de discuter ce résultat. Toutefois, nous notons qu'elle consolide ce constat d'une absence de frontière hermétique entre ces deux types d'aide apportée au TUA : celle de professionnels du soin ou de l'entraide entre patients. Allant ainsi en ce sens le sondage rapporte que 33% des membres des AA y ont été orientés par un professionnel de la santé, 68% avaient eu un traitement ou un suivi avant d'arriver aux AA et que 43% ont reçu traitements, soutiens médico-psychologiques ou spirituels après leur arrivée aux AA. Toujours d'après ce sondage, 39,6% des personnes ayant répondu reconnaissent que des traitements ou soutiens médicaux et/ou psychologiques et/ou spirituels ont contribué à leur rétablissement de l'alcoolisme. Aux Etats-Unis, Galanter, Dermatis, Stanievich, et Santucci (2013) rapportent que 77% de leur échantillon, constitué par des membres des AA, ont été adressés aux AA par des professionnels de la santé (N=144) : ce

pourcentage plus élevé peut s'expliquer par une plus forte pénétration des AA dans la société américaine et dans les structures de soins en addictologie.

Ainsi, les participants des AA ne semblent pas réfractaires à un suivi médical, psychiatrique ou psychologique complémentaire. Une minorité non négligeable bénéficierait du support conjoint qu'offrent la participation à un groupe d'entraide et de professionnels du soin. Avec le dispositif TSF (Twelve-Step Facilitation, Facilitation aux douze étapes) les études américaines (Connors et al., 2001; Connors, Tonigan, & Miller, 2001; Karno & Longabaugh, 2003; Kelly, Greene, & Bergman, 2014; Kelly, Hoepfner, Stout, & Pagano, 2012; Kelly, Stout, Magill, & Tonigan, 2010; Longabaugh, Wirtz, Zweben, & Stout, 1998; Magura, Cleland, & Tonigan, 2013; Pagano, Zembre, Onder, & Stout, 2009; Tonigan, 2003; Tonigan, Miller, & Connors, 2000) soulignent une appréhension des groupes d'entraide comme relais et/ou partenaires des dispositifs de soins. Une telle proposition a été faite à au moins 33% de patients consultant un professionnel pour un TUA : il n'est pas possible d'évaluer ceux qui n'ont pas adhéré à une telle suggestion ou ont abandonné. Un bénéfice à court et moyen terme d'une participation relais ou complémentaire aux AA a été mis en évidence par Timko et al. (2000). Ces auteurs ont en effet conclu à de meilleurs résultats à un et trois ans : des participants membres des AA (N=66), puis de ceux bénéficiant à la fois d'une participation aux AA et de l'aide d'un professionnel (N=74) et enfin de ceux n'ayant qu'un suivi par un professionnel de la santé (N=248).

Synthèse du chapitre « discussion sur les caractéristiques socio-démographiques, le parcours de consommation d'alcool, les traitements et suivis et la participation aux AA des participants de l'étude »

Caractéristiques socio-démographiques

- L'échantillon de 263 membres des AA est **représentatif de la population des AA en France**
 - Age moyen, proportion Hommes femmes, situation familiale, répartition selon les CSP sont équivalente
- Echantillon AA (N=263) versus population en CSAPA pour TUA
 - **Proportion de femmes significativement supérieure aux AA (40,3% vs 24%)**
 - **Age moyen significativement plus élevé (M=58,05 vs M=43,8) aux AA**
 - Les AA (N=263) vivent davantage avec leur conjoint et moins avec leurs parents
 - Proportions de personnes vivant seules équivalentes
 - **Niveau socio-professionnel significativement plus élevé aux AA**
- Echantillon AA (N=263) versus population française
 - Proportions de personnes vivant seules équivalentes
 - **Niveau socio-professionnel plus élevé aux AA**
 - **Niveau éducatif plus élevé aux AA**

Parcours de consommation d'alcool

- Un âge d'expérimentation de l'alcool élevé (M=18,50 ans)
- Différence significative entre le début de la consommation d'alcool massive et la prise de conscience d'une consommation problématique (4,3 ans)
- Durée abstinence (11,77 ans) représentative de la population des AA en France et comparable à celle trouvée par Galanter et al. (2013)

Consommation de tabac et de substances psychoactives illicites passées

- Une plus forte comorbidité passée du trouble de l'usage de tabac que des patients en CSAPA, consultation hospitalière pour TUA, hospitalisés ou suivi par une ELSA
- Une proportion de fumeurs (tabac) actuelle équivalente à celle de la population française (âge comparable)
- Les résultats relatifs aux consommations de substances psychoactives illicites et de tabac interrogent sur l'éventualité d'une aide plus adaptée des AA pour des TUA plus sévère ou des problématiques poly-addictives

Une interconnexion entre les professionnels de la santé et les AA

- Existence d'une relation entre les professionnels de la santé en France, mais nettement moindre qu'aux Etats-Unis.

III - Discussion relative à la participation aux Alcooliques anonymes et la spiritualité des AA

1. La participation aux AA

Les études sur les Alcooliques anonymes se sont essentiellement intéressées à des patients pris en charge en addictologie rejoignant les AA qu'ils ont suivi sur des périodes plus ou moins longues allant de quelques mois (Caldwell & Cutter, 1998; Mathew et al., 1996; Robinson et al., 2007; Sterling et al., 2006; Stewart, 2008), à huit ans (Timko, 2008). Ainsi certaines données sur les 263 membres des AA, comme la durée de l'abstinence ou l'ancienneté ne peuvent être comparées et d'autres comme le nombre de réunions hebdomadaires ou l'usage d'un parrain ne peuvent tenir compte d'une éventuelle évolution en fonction de l'ancienneté aux AA.

Néanmoins, les participants de certaines études ont été recrutés au sein des AA (Carroll, 1993; Hendricks, Caldwell, & Katz, 2003; Murray et al., 2003; Young, 2013; Zemore & Kaskutas, 2004). Cependant, d'une façon générale, peu d'auteurs ont communiqué de données caractérisant la participation aux AA.

Concernant le nombre de réunions, des études ont publié un nombre moyen de pourcentage de jours de réunion. Tonigan, Rynes, et McCrady (2013) ont ainsi trouvé sur une période allant du début de la prise en charge à neuf mois un pourcentage compris entre 0,17 à 0,24 avec 0,24 à neuf mois et culminant à 3 mois. Sur un an de suivi à partir de l'entrée en soin, Zemore et al. (2013) ont calculé des pourcentages s'échelonnant entre 0,34 à 0,51, avec 0,37 à un mois et culminant à sept semaines. Gossop et al. (2008) ont rapporté sur une période allant de un à cinq ans des pourcentages de 0,34 (à un an) à 0,23 (à cinq ans). Enfin, sur un échantillon de médecins appartenant aux AA (N=144), Galanter, Dermatis, Stanievich, et Santucci (2013) ont observé un nombre moyen annuel de réunions de 155,1 (SD=120,5) soit un pourcentage de réunions de 0,42. Au final, nous constatons une grande variabilité entre les études. Ramenés à un nombre hebdomadaire de réunions, ils s'échelonnent entre 1,19 et 3,04. Rappelons que dans notre étude, nous avons trouvé un nombre de réunions mensuel de 71,30 (SD=50,39) et hebdomadaire de 1,52 (SD=0,94), soit respectivement un nombre de réunions par jour de 0,20 et 0,22. Une représentation graphique du nombre de réunions en fonction de l'ancienneté (non fournie), illustre une absence de lien linéaire entre ces deux variables, comme peut en témoigner l'extrême faiblesse de la corrélation ($r=-0,02$; $p=,711$). Sur la base de ces résultats, il apparaît que les pourcentages de jours de réunion compris entre 0,17 et 0,23, correspondant à un nombre hebdomadaire compris entre 1,19 et 1,61 sont significativement ($p<,05$) comparables à ceux de notre échantillon. Par ailleurs le nombre hebdomadaire de réunions des 263

membres des AA s'accorde avec celui du sondage effectué par les AA ($M=1,51$; $t=,26$; $p=,794$) (Services Généraux AA France, 2016).

Nous n'avons trouvé aucun élément dans la littérature ou les publications des AA pour comparer l'ancienneté obtenue sur notre échantillon.

Nous avons comparé les scores aux actions inhérentes à la participation aux AA (questionnaire RI, Recovery Interview, Entretien de rétablissement) avec ceux de l'échantillon de validation ($N=89$) des concepteurs de l'outil (Morgenstern et al., 1996). Pour cela, nous avons recalibré les échelles de Likert de certains items (RI1, RI2, RI5, RI6) qui différaient de celles des auteurs. Nous n'avons pas cherché à comparer l'item RI7, puis que nous l'avons retiré de l'échelle. Par ailleurs, l'item RI3 n'a pas pu être comparé, puisqu'il a dû être adapté pour correspondre au dispositif français (Cf. partie « méthodologie », Chap. IV, §3).

A nouveau, il est important de noter que l'échantillon de Morgenstern et al. (1996) est composé de patients nouvellement membres des AA et évalués un mois après leur décharge d'une hospitalisation pour TUA. De nos analyses, il ressort que seul les scores RI5 (correspondant à une lecture de publications des AA de plusieurs fois par semaine) sont analogues ($t=0,06$; $p=,5$). En revanche, les autres items sont significativement différents. La fréquence d'assistance aux réunions ($t=-10,35$; $p<,001$), d'échanges avec le parrain ($t=-24,79$; $p<,001$), des contacts avec d'autres membres des AA ($t=9,02$; $p<,001$), ($t=-10,39$; $p<,001$), l'importance avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA ($t=-2,45$; $p=,001$) ; et la fréquence avec laquelle l'individu a recours aux AA pour prendre des décisions ($t=-7,84$; $p<,001$) sont significativement inférieures à ceux de l'étude de Morgenstern, et al. (1996). En revanche l'engagement dans une activité de service est très significativement supérieur ($t=30,92$; $p<,001$) dans l'échantillon de membres des AA de notre étude. Un examen plus approfondi de ces résultats fait ressortir que la participation des AA en France se caractérise par une activité de service plus importante, c'est-à-dire une implication dans la gestion de l'association AA et ses différentes activités. En revanche, la participation aux AA dans l'étude de Morgenstern et al. (1996) s'appuie davantage sur la recherche de conseils auprès des AA pour prendre des décisions et l'importance avec laquelle la vie de la personne gravite autour des activités proposées par les AA. Mais, ne pouvons-nous pas attribuer de telles caractéristiques à leur sortie récente d'une hospitalisation ? Il ne nous est pas possible de comparer ces résultats avec des participants nouvellement adhérents des AA France, puisque l'un des critères d'inclusion était d'être membre des AA depuis au moins un an. Comparer avec des participants de moins deux ans d'ancienneté serait peu fiable, car ils ne sont que 15. Nous avons donc opposé les scores des membres ayant rejoint les AA depuis moins de cinq ans, avec ceux de l'échantillon global de l'étude présentée et ceux de la

population de Morgenstern et al. (1996). Aucune moyenne des membres de moins de cinq ans ne diffère significativement de celles de l'échantillon global de notre étude. Une seule moyenne des membres de moins de cinq ans s'apparente à celle de l'échantillon de Morgenstern et al. (1996), celle évaluant l'importance avec laquelle la vie de la personne s'organise autour de AA. Cependant, il s'agit plus d'un effet statistique que d'une évolution en fonction de l'ancienneté : le score sur l'échantillon global (N=263) tendait déjà à se rapprocher de celui des auteurs de l'outil ($IC_{95}=[1,82 ; 2,09]$ pour un score de 1,94). La petite taille de l'échantillon des nouveaux adhérents (N=60) a pour effet d'élargir l'intervalle de confiance, permettant de conclure à une similarité des moyennes entre notre échantillon et celui des concepteurs de l'outil alors que les moyennes entre l'échantillon global et le sous-échantillon de notre étude sont équivalentes ($M=1,93$ et $M=1,94$; $t=-,05$; $p=,957$).

Concernant les réunions AA, l'absence de différences dans leur fréquentation entre les nouveaux et anciens adhérents aux AA, s'accorde avec les conclusions de Witbrodt et al. (2012). Ces auteurs, ont, en effet, trouvé, dans leur étude longitudinale sur neuf ans (N=1825), que l'évolution de la fréquence d'assistance aux réunions au cours du temps dépendait de caractéristiques des individus : ceux présentant un TUA sévère avait tendance à maintenir leur participation et ceux avec un faible TUA à abandonner.

Une dernière comparaison relativement à ces éléments de la participation aux AA est le recours à un parrain. Nous avons observé (Cf partie « résultats », Chap. II, §2.2) que 36,1% de l'échantillon n'avaient pas de parrain. En tenant compte de cette donnée, le score R12 (fréquence des échanges avec un parrain) tend vers celui de l'échantillon de Morgenstern et al. (1996) ($t=-2,03$; $df=167$; $p=,044$). La proportion de personnes ayant un parrain est, ainsi, significativement plus faible que celle rapportée par Galanter, Dermatis, Stanievich, et al., 2013. (2013) (82%, $p<,001$). En outre, peu en font un réel usage (50,2%, comparativement à ce qu'avancent Zemore, Subbaraman, et Tonigan (2013) (59%, $p<,001$). Toutefois le sondage organisé par les AA France, mentionne que seulement 46% des membres ont un parrain, ce qui est très significativement en deçà ($p<,001$) de ce que nous avons trouvé. Finalement, nous pouvons nous demander si la pratique du parrainage est moins répandue en France qu'aux Etats-Unis. En revanche, en France, les membres des AA s'investiraient davantage dans des activités de bénévolat au sein de l'association.

A cet égard, l'ACP réalisée avait mis en exergue, que le parrainage ne caractérisait pas la participation aux AA. Elle avait en revanche révélé deux dimensions de la participation aux AA. La première relevait d'une intégration à un réseau d'entraide, en étant essentiellement portée par l'importance du réseau aux AA, de l'organisation de sa vie autour des AA et de son implication dans le fonctionnement des AA. Secondairement, à cette première dimension prépondérante, la participation

aux AA était caractérisée par le programme spirituel des AA et son apprentissage. Finalement, la participation aux AA comprend deux pôles : l'entraide et l'apprentissage du programme spirituel.

2. Spiritualité des AA

L'objet de ce paragraphe est de réfléchir sur la nature de la spiritualité des AA. Pour cela, nous allons tenter de la situer dans le panorama religieux et spirituel français. Puis interpréter et approfondir les résultats sur la structure des outils utilisés pour évaluer la spiritualité (RBB, Religious Background and Behavior, Connors et al., 1996 et SWBS, Spiritual Well-Being Scale, Velasco & Rioux, 2009).

2.1. La spiritualité des AA : S, R ou S/R ?

L'item 1 de l'échelle RBB (Religious Background and behavior), nous a permis de catégoriser les participants en fonction de leur degré de croyance en un Dieu/PS et de pratique d'une religion. Pour rappel, les personnes croyant en Dieu étaient alors divisées entre celles n'appartenant pas à une religion (les spirituelles) et celles pratiquant une religion (les religieuses). Les autres étaient subdivisées en fonction de la force de leur absence de croyance en un Dieu/une PS, formant ainsi les catégories : athée, agnostique, incertain·e. Nous avons alors obtenu : 4,2% d'athées, 6,5% d'agnostiques, 6,1% d'incertain·e-s, 64,3% de spirituel·le-s et 19,0% de religieux·ses, contre, respectivement 37,6%, 13,7%, 20,9%, 14,5%, 13,3% avant leur arrivée aux AA.

Situer ces résultats dans un contexte français est complexe. En effet, les recensements et enquêtes d'organismes publics de la statistique (comme l'INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ou l'INED, Institut National d'Etudes Démographiques) ne recueillent plus, depuis 1872, de données sur l'appartenance et les croyances religieuses, car elles constituent des données sensibles à caractère personnel (LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, 2018). Toutefois, pour son étude de 2005 sur « l'Étude des relations familiales et intergénérationnelles », l'INED a obtenu l'autorisation de poser la question : « Quelle est votre religion d'appartenance (ou d'origine) ? » (Régnier-Loilier & Prioux, 2012). Il en est ressorti qu'environ 80% (35 Millions) des 18-79 ans ont déclaré appartenir à la religion catholique, 5% (2M) à la religion musulmane, 2% (0,9M) à la religion protestante, 2% (0,8M) à d'autres confessions religieuses et enfin 11% (5M) ont déclaré n'avoir aucune religion. Additionner toutes ces personnes appartenant à une religion ou ayant une religion d'origine (89%), nous donnent-elles un aperçu du nombre de « religieux » en France ? Un tel regroupement de personnes allant d'une simple origine religieuse à un sentiment d'appartenance à une religion rassemble toute une palette de niveaux de croyances et pratiques. Ainsi, une appartenance forte participera à la construction d'une identité sociale qui

poussera l'individu à adopter les systèmes de croyances, valeurs et pratiques du groupe. Ce niveau d'appartenance correspond à la quatrième modalité de l'item RBB1. En revanche, la troisième modalité de RBB1 ne peut correspondre à cette catégorie, puisqu'elle comprend des personnes croyant en un Dieu mais n'appartenant pas à une religion. En outre, pour en revenir au questionnaire de l'INED, n'est-il pas possible pour un individu de déclarer une origine religieuse tout en étant devenu athée ? Il ne nous est pas davantage possible de comparer la proportion d'athées, agnostiques et incertain-e-s de l'échantillon de 263 membres des AA avec les « sans religion » de l'INED. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, de nombreuses personnes s'identifient comme spirituelles mais pas religieuses (Galanter, Dermatis, Post, & Sampson, 2013; Zinnbauer et al., 1997).

Reprenant un sondage de WIN-Gallup international de 2012 réalisé sur un échantillon de 50 000 dont 1671 français, Marchand (2015) rapporte que 29% se sont déclarés athées convaincus, 37% religieux et 34% non religieux. La catégorie « athées » pourrait s'apparenter à notre modalité « athée ». Nous remarquons que la proportion d'athées dans la population française est différente de celle obtenue chez les AA (29% contre 4,2% chez les AA). En revanche, elle tend à se rapprocher des membres des AA avant leur arrivée aux AA (37,6%), même si la différence reste significative ($p=,002$).

Ainsi, il est très difficile de replacer cette donnée qui touche à l'identité S/R des AA dans un contexte français. Finalement, seule la comparaison entre la période précédant l'arrivée aux AA et la période actuelle nous permet de cerner une caractéristique quant à l'identité S/R des AA. Le nombre d'athées tend à disparaître, et celui de spirituels devient prépondérant. Avec un pourcentage comparable (65%, $p=,80$) de « spirituels mais non religieux », les résultats de Galanter et al. (2013) obtenus sur une population de 527 membres des NA, et des AA pour certains, corroborent les nôtres.

Les AA se caractérisent donc par une forte proportion de personnes s'identifiant comme spirituelles, au sens où elles croient un Dieu/une PS mais n'appartiennent pas à une religion, qui peut être le signe d'un développement spirituel ou tout au moins une adhésion au discours des AA qui présente les AA comme étant « spirituels et non religieux ».

2.2. Déterminants de la spiritualité des AA

Les résultats des ACP (Analyse en Composantes Principales) réalisées sur les outils RBB (Partie « Résultats », Chap. II, §1.1.3) et la SWBS (Partie « Résultats », Chap. II, §1.3) permettent de spécifier plus précisément la S/R des AA. Ceux de la RBB ont mis en exergue que les éléments qui caractérisaient le plus la spiritualité étaient, par ordre d'importance, le fait d'avoir des pensées sur Dieu/une PS et prier, et dans une proportion légèrement moindre expérimenter la présence de Dieu/une PS dans son quotidien, lire des textes S/R, méditer et croire en Dieu. En revanche, assister à un culte, qui a une forte connotation religieuse était écarté, de ce premier axe et formait une dimension à part

s'opposant à la méditation. Ces résultats confortent les résultats précédents : la spiritualité des AA, même si elle peut englober une dimension religieuse, elle se caractérise par la prépondérance des éléments spirituels. L'ACP sur la SWBS montre que la spiritualité des AA consiste davantage à développer une relation de qualité avec PS qu'une vision positive de la vie, un sentiment de sens et but à la vie, une confiance en l'avenir et une satisfaction de la vie.

Nous avons souhaité affiner cette compréhension de la S/R des AA en effectuant une ACP sur l'ensemble des dimensions considérées en ajoutant les scores évaluant la qualité de la relation à un Dieu/une PS et le bien-être existentiel, composé d'un sentiment de sens et but à la vie, l'optimisme, la confiance en l'avenir et la satisfaction de la vie. La figure 28 illustre les résultats. Il en ressort, que ce qui prédomine dans la S/R des AA est le développement d'une relation de qualité avec une PS (RWB), avoir des pensées sur Dieu/PS (RBB2a) et prier. L'ACP met en évidence une structure unifactorielle. L'assistance à un culte en est exclue et vient s'opposer à un bien-être existentiel qui lui aussi ne tend pas à définir la spiritualité des AA.

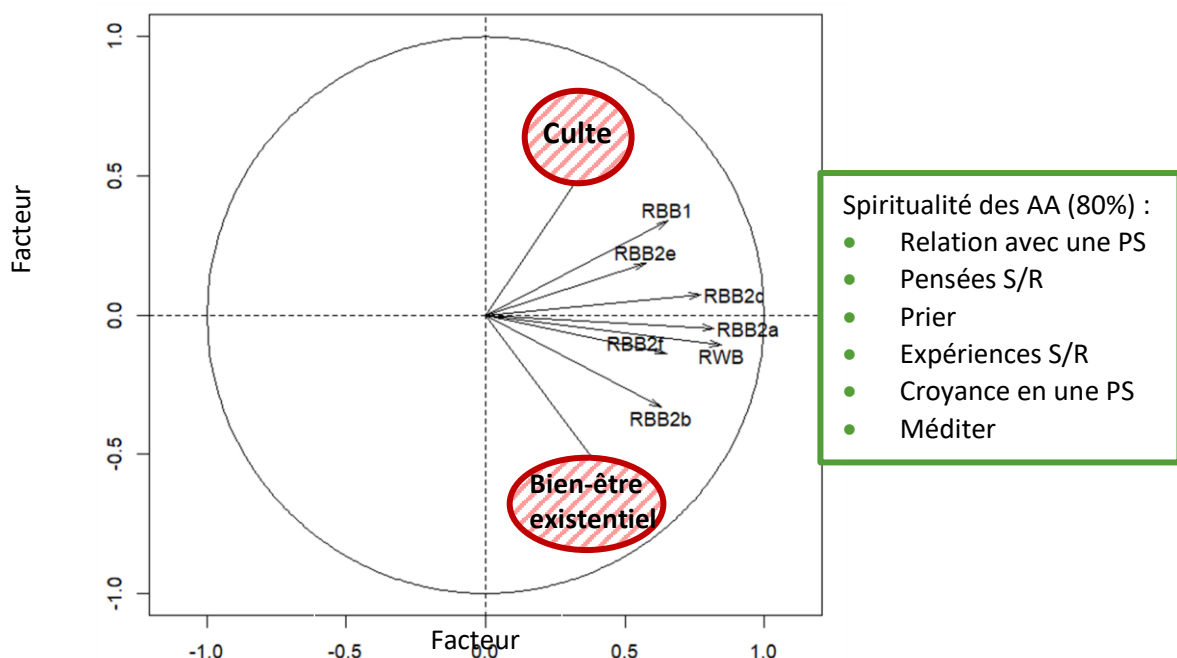


Figure 37. Composition de la spiritualité des AA

3. Intensité de la spiritualité des membres des AA

Dans la partie « résultats » (Chap. II, §1.2), nous avons établi que la qualité de la relation à une puissance supérieure (RWB) des membres AA de notre échantillon (âge : $M=58,05$ ans ; $SD=9,92$ ans) ainsi que leur bien-être existentiel (EWB) était significativement supérieurs à ceux d'un échantillon d'étudiants âgés de 18 à 22 ans ($N=169$, âge : $M=19,6$; $SD=0,67$) (Velasco & Rioux, 2009). Ces deux échantillons se distinguent toutefois, de façon flagrante par leur âge. Or, des auteurs ont établi que les personnes plus âgées assistaient davantage à un culte (Hummer et al., 1999; Levin et al., 1994; Powell et al., 2003), avaient des pratiques privées S/R plus fréquentes (Hummer et al., 1999) que les plus jeunes, quand d'autres n'ont pas pu conclure à une telle association (Koenig et al., 1999; Krause, 1998; Oman & Reed, 1998). En dehors des pratiques privées, ces mesures sont plus des évaluations de la religion que de la spiritualité, et plus spécifiquement celles d'une assistance à un culte. Or cette dimension, ne caractérise pas la spiritualité des AA. Par ailleurs, la SWBS ne s'appuie pas sur les pratiques privées pour estimer la spiritualité. Sur la base de ces résultats, il ne nous est donc pas possible de statuer sur une éventuelle influence de l'âge sur la qualité d'une relation à une Puissance supérieure et le bien-être existentiel. Nos analyses ultérieures sur les éventuels liens entre les variables apporteront des éléments de réponse. Des études ont utilisé la SWBS chez des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool ou de substances psychoactives (Laudet et al., 2006; Laudet & White, 2008), mais les scores n'ont pas été retransmis.

Une étude (Wilcox, Pearson, & Tonigan, 2015) portant sur une population de membres des AA (Etats-Unis) depuis moins de 16 semaines et ayant moins d'un an d'abstinence ($N=253$) a indiqué un score à la RBB. Celui-ci ($M=21,66$; $SD=10,06$), est très significativement inférieur à celui des 263 membres des AA de notre échantillon ($M=27,24$; $SD=9,49$; $t=9,54$; $p<,001$). Ainsi il semblerait que les AA de notre échantillon ait un niveau de spiritualité supérieur à celui de nouveaux adhérents aux AA. Ce résultat s'accorde avec celui de Mathew et al. (1996) qui ont trouvé qu'après une participation de six mois aux AA ou NA, le niveau de spiritualité des participants à l'étude avait augmenté pour égaliser celui d'une population tout venant.

Toutefois, un des critères de recrutement était que les participants devaient avoir moins d'un an d'abstinence et 16 ans maximum d'ancienneté aux AA. Or, il a été mis en évidence, que la S/R augmentait quand le TAU diminuait (Piderman et al., 2007; Robinson, Cranford, Webb, & Brower, 2007; Robinson, Krentzman, Webb, & Brower, 2011). Néanmoins, il a été établi, rétrospectivement, que le niveau de spiritualité actuelle des membres des AA était significativement plus élevé que la spiritualité des AA, appréciée en termes de croyance en un Dieu, pensées, comportements et

expériences S/R avec significativement augmenté et quand l'ancienneté augmentait (Mathew et al., 1996).

Synthèse sur la participation aux AA et la spiritualité des AA

La participation aux AA

Notre étude apporte une connaissance sur les caractéristiques de la participation aux AA d'un échantillon représentatif de la population générale des AA en France. Très peu d'études portent sur une telle population : la plupart des études sur les AA se sont intéressées à des patients nouvellement membres des AA et y participant dans le cadre d'un programme de soin ou à la sortie d'une hospitalisation.

L'assistance aux réunions des AA

Il existe une grande variabilité du nombre hebdomadaire moyen d'assistance aux réunions entre les études : celui de notre échantillon reste dans la tranche de ceux publiés. La fréquence d'assistance aux réunions des membres des AA depuis moins de 5 ans de notre échantillon ne diffère pas significativement de l'échantillon global : la fréquence d'assistance pourrait davantage dépendre de caractéristiques individuelles comme la sévérité du TUA (Witbrodt et al., 2012) que de l'ancienneté ou d'un temps de rémission

Une forte implication dans le service, une caractéristique des AA en France ?

Les membres des AA (N=263) se caractérisent par une plus forte implication dans une activité de service au sein des AA comparativement à l'étude Morgenstern et al. (1996).

Le parrainage : une modalité d'aide peu utilisée par les membres des AA de notre échantillon

L'usage du parrainage des AA de notre échantillon est inférieur à celui des membres américains (Galanter, Dermatis, Stanievich, et al., 2013; Morgenstern et al., 1996; Zemore et al., 2013). Le résultat en accord avec l'ACP, qui excluait l'item parrainage de l'échelle.

Autres composants de la participation aux AA significativement inférieurs dans notre échantillon :

La fréquence de contacts avec d'autres membres des AA, l'importance de leur centration sur les AA ou leur recours aux conseils des AA sont significativement inférieurs à ceux de l'échantillon de Morgenstern et al. (1996)

La spiritualité des AA

- Une très faible proportion de membres des AA ne croient pas en une PS ou un Dieu, en revanche **une très grande part croient en un Dieu sans pour autant appartenir à une religion**. Le pourcentage très faible d'athées semble aller à l'encontre de l'évolution actuelle des sociétés occidentales.
- Cette **caractéristique** a également été **identifiée aux AA/NA des Etats-Unis**.
- La S/R des AA consiste en tout premier lieu, en un développement d'une **relation de qualité avec une PS**, puis de **pensées en rapport avec une PS/un Dieu**, de la pratique de la **prière**, d'**expériences de la présence d'un Dieu** dans son quotidien et enfin de la **méditation**.
- **L'assistance à un culte**, dimension la plus étudiée dans la recherche, **ne caractérise pas la S/R des AA**.
- **Une définition de la S/R au sens large**, comprenant des dimensions comme le sens et but à la vie, avoir une vision positive de la vie, une confiance en l'avenir et une satisfaction de la vie **correspond peu à la S/R des AA**

IV - Discussion relative aux hypothèses

1. Liens entre participation aux AA et spiritualité

Le nombre de personnes qui ont développé une croyance en un Dieu alors qu'elles étaient non-croyantes avant leur arrivée aux AA est considérable ($p < ,001$). Ces résultats s'accordent avec ceux de Robinson et al. (2011). En outre, nous avons mis en évidence que les membres des AA avaient davantage de pensées, pratiques et expériences S/R qu'avant leur arrivée aux AA. Néanmoins, la participation aux AA n'est pas le seul facteur qui pourrait expliquer cette évolution. La recherche en psychologie a en effet mis en évidence l'existence d'une association positive entre l'augmentation de l'abstinence ou la diminution d'une consommation d'alcool et le développement de la S/R (Hoepfner et al., 2014; Kelly & Hoepfner, 2013; Kelly et al., 2012; Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Krentzman et al., 2010; Tonigan, Rynes, & McCrady, 2013; Wilcox et al., 2015; Zemore, 2007). Or, les participants de notre étude se caractérisent par une durée de leur abstinence très fortement corrélée à leur ancienneté aux AA ($r = 0,90$; $p < ,001$).

Cependant, les analyses de régressions ont démontré que la participation aux AA était un prédicteur de la spiritualité bien plus élevé que la durée de l'abstinence. Dans les meilleurs modèles expliquant la spiritualité en fonction de la participation aux AA obtenus, la durée de l'abstinence n'est

pas un prédicteur significatif de la spiritualité. Ainsi, le poids des éléments inhérents à la participation aux AA qui expliquent le mieux la variance de la spiritualité est tel qu'il évince le facteur abstinence.

Les modèles développés ont mis en exergue, que, parmi tous les facteurs impliqués dans la participation aux AA, le recours aux AA pour prendre des décisions personnelles, l'apprentissage et l'application du programme des 12 étapes, l'absence d'engagement dans une activité de service aux AA et les échanges avec le parrain sont ceux qui expliquent le plus l'augmentation de la S/R. Le fait que recourir aux AA pour prendre une décision prédise une augmentation de la spiritualité, laisse à penser que les conseils donnés ou enseignements retirés sont d'ordre spirituel.

L'importance de la part de la variance totale expliquée dépendent du type d'évaluation de la S/R. Elle l'est nettement plus lorsque la S/R est appréciée en termes de croyances, pensées, comportements, expériences S/R ($R^2=0,47$), puis en termes de relation avec une PS ($R^2=0,36$) et nettement moins lorsque la S/R est évaluée par des dimensions plus périphériques, correspondant à un bien-être existentiel ($R^2=0,19$). Plus spécifiquement, s'appuyer sur les AA et leur programme pour prendre des décisions, apprendre et appliquer les 12 étapes sont les prédicteurs les plus importants d'une augmentation de la S/R et plus particulièrement d'une augmentation des croyances, pensées, pratiques (prière, méditation, lecture) expériences S/R et de la qualité de la relation à un Dieu/une PS (Cf. Tab 39 et Fig. 25 à 27).

Dans la quasi-totalité des recherches sur l'éventuelle médiation de la S/R dans l'effet de la participation aux AA sur l'abstinence ou la consommation d'alcool, la participation aux AA a été évaluée par le nombre de réunions assistées (Kelly, Stout, Magill, Tonigan, et al., 2011; Tonigan, McCallion, Frohe, & Pearson, 2017; Tonigan, Rynes, & McCrady, 2013; Tonigan, Rynes, Toscova, & Hagler, 2013). Or, dans notre étude, les modèles élaborés à partir d'une évaluation de la participation aux AA réduite à une simple assistance aux réunions sont de moins bonnes qualités ($R^2=0,19$) et le facteur n'est significatif que lorsque la S/R est appréciée en termes de croyances, pensées, comportements et expériences S/R (RBB). Que cette assistance soit appréciée en nombre hebdomadaire ou sur la durée de vie de réunions ou encore par l'item RI1 (fréquence des réunions évaluée sur une échelle de Likert) la qualité des modèles sont les mêmes. En outre, avec cette dernière évaluation, nous avons vu, que, lorsque l'ensemble des actions inhérentes à la participation aux AA sont prises en compte, le facteur réunion se trouve évincé par le poids nettement supérieur des autres. Parmi les différentes évaluations des réunions, le meilleur coefficient a été obtenu lorsque l'estimation a été faite sur la base de la durée de vie. Ceci peut s'expliquer par un retrait du temps d'abstinence dans ce modèle (pour cause de colinéarité). Dans leur étude Kelly et al. (2011) et Tonigan, Rynes, et McCrady (2013), ont obtenu des parts de variance expliquée de la RBB par

l'assistance hebdomadaire aux réunions, respectivement, de 0,14 et 0,23 (coefficients standardisés). Pour rappel, dans notre étude, il était de 0,15, celui sur la durée de vie de 0,22. En revanche, lorsque Krentzman, Cranford, et Robinson (2013) ont évalué la spiritualité avec les échelles de pratiques privées religieuses, du pardon, des expériences spirituelles quotidiennes, du coping religieux négatifs, du sens et but de la vie de l'échelle multidimensionnelle de mesure de la religiosité/spiritualité (Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999), l'assistance aux réunions est apparue comme un prédicteur non significatif de la S/R. Cette absence de significativité de l'assistance aux réunions relativement aux pratiques privées peut s'expliquer par l'orientation explicitement religieuse de l'échelle. Or nous avons vu que l'item avec une forte connotation religieuse de la RBB (assistance à un culte S/R) ne correspondait pas à la spiritualité des membres AA de notre étude, représentative des AA France. La non-significativité de l'assistance aux réunions à expliquer les expériences quotidiennes spirituelles (DES, Daily Spiritual Experiences), correspond à ce que nous avons trouvé. En effet, les DES mesurent à la fois une connexion à un Dieu/une PS et également à autrui, pouvant s'apparenter à une mesure plus large de la RWB. L'absence de significativité pour le sens et but à la vie fait écho à celle pour le bien-être existentiel. Certaines de ces relations étudiées par Krentzman et al. (2013) sont cependant devenues significatives quand la participation a été évaluée par l'AAI (Alcoholics Anonymous Involvement, Tonigan et al., 1996).

Des études ont déjà prouvé que considérer différentes composantes de la participation aux AA, en faisait un meilleur prédicteur de l'abstinence, notamment par la significativité du soutien social associé (en particulier celui du parrainage), l'engagement dans une activité de service et la lecture de publications des AA. A leur suite, notre étude a prouvé l'importance de considérer les dimensions autres que la participation aux réunions pour expliquer la variance de la spiritualité par la participation aux AA. Ces conclusions vont dans le sens de l'interprétation faite de l'ACP de la RI qui a fait ressortir qu'il existait différents modes de participation aux AA. Ainsi, prendre part aux réunions des AA n'est pas nécessairement associé à un apprentissage du programme en 12 étapes et à un développement spirituel. Par ailleurs, les régressions que nous avons effectuées ont fait apparaître qu'un engagement dans une activité de service au sein des AA prédisait une diminution de la S/R. Ceci étaye notre constat et illustrerait la possibilité d'une voie vers le rétablissement alternative à celle du développement spirituel, celle de l'engagement associatif.

La recherche a établi qu'agnostiques et athées avaient tendance à moins participer aux AA (Tonigan et al., 2002) ou à abandonner plus facilement (Kelly & Moos, 2003), nos résultats mettent en avant qu'avoir un niveau initial spirituel plus élevé prédirait un développement S/R plus important.

En accord avec la recherche sur la spiritualité (Helm et al., 2000; Hummer et al., 1999; Musick et al., 2004), nous avons trouvé qu'être une femme était un meilleur prédicteur d'une augmentation de la spiritualité. En revanche, qu'être jeune l'était davantage qu'être plus âgé. Nous avons aussi observé qu'être fumeur était un prédicteur d'une plus faible spiritualité, ce qui est cohérent avec les résultats associant la présence d'une addiction, quelle qu'elle soit avec une plus faible spiritualité. Toutefois, ceci pourrait être interprété comme un plus faible usage du programme spirituel, et donc un faible voire une absence d'engagement dans développement spirituel qui ne permettrait pas d'accéder à un fonctionnement psychique pouvant faire l'économie de l'usage de toute substance psychoactive. De la même façon le besoin d'un traitement psychotrope est un prédicteur d'une plus faible spiritualité. Serait-ce le signe d'une préférence pour un traitement médical plutôt qu'un développement spirituel pour remédier à une problématique alcoolique ? Enfin, Avoir eu une consommation plus importante, en termes de quantité quotidienne d'alcool ingérée est un prédicteur d'une augmentation de la spiritualité. Ainsi, il semblerait que les personnes ayant présenté une addiction plus sévère serait plus enclines à se saisir de la proposition d'un développement spirituel pour faire face à leur problématique alcoolique ou à l'instar de ce qu'affirment les AA (Alcoholics Anonymous, 2003), comme ultime recours. Pareillement, Kelly (2017) expose que les individus présentant une addiction plus sévère tiraient davantage profit des AA au travers un changement spirituel. Il est cependant important de garder en mémoire, que ces tendances concernant certaines caractéristiques socio-démographiques et celles en lien avec les addictions et d'éventuels traitements sont relativement faibles et sont à interpréter avec précaution.

2. Liens entre participation aux AA et résilience

A notre connaissance, il n'existe aucune recherche ayant analysé la résilience des membres des AA ni l'éventuelle relation entre la participation aux AA et la résilience.

Après un détour par les caractéristiques de la résilience des AA, nous allons discuter les résultats relatifs au lien entre la participation aux AA et la résilience.

2.1. La résilience des membres des AA

En nous appuyant sur la conceptualisation et la mesure de la résilience proposée par Connor et Davidson (2003), nous avons établi que la résilience des membres des AA consiste, en premier lieu, en une persévérance, une confiance en sa capacité à gérer des situations difficiles, à atteindre ses objectifs et à rebondir, une adaptabilité, une résistance au stress, en une propension à avoir un sentiment de sens et but à la vie et de contrôle. En second lieu, elle se singularise par une part de variance importante expliquée par la spiritualité et le soutien social. Ainsi leur résilience se caractérise

par un ensemble de compétences personnelles diversifiées formant un tout cohérent (poursuite d'objectifs, persévérance, tolérance aux affects négatifs, adaptation, contrôle personnel, sentiment de sens et but) et par une contribution secondaire importante de la spiritualité. A la différence, d'autres analyses factorielles de la CDRISC ont fait ressortir un facteur dominant de la résilience constitué par un type d'éléments (Connor & Davidson, 2003; Guihard et al., 2018; Karairmak, 2010) et une contribution faible de la spiritualité (Connor & Davidson, 2003; Guihard et al., 2018; Karairmak, 2010; Lamond et al., 2008). Ainsi, Guihard et al. (2018) ont obtenu, sur leur échantillon d'étudiants français, une résilience où prédominait une capacité à faire face aux affects négatifs et reléguait au deuxième et troisième plan la ténacité et la confiance en soi. Connor et Davidson (2003) et Karairmak (2010) ont, quant à eux, trouvé une résilience essentiellement portée par la ténacité et les compétences personnelles. La structure de la résilience constatée par Lamond et al. (2008) sur une population de 1395 femmes âgées de plus de 60 ans et participant à une étude longitudinale sur les facteurs de mortalité et morbidité, pourrait s'apparenter à celle obtenue sur l'échantillon de membres des AA. Ils ont en effet observé une résilience s'appuyant sur l'orientation vers un but, la ténacité, le contrôle personnel (facteur 1 : 21% de la variance totale) et la tolérance aux affects négatifs et l'adaptabilité (facteur 2 : 17%). Toutefois, ces éléments constituent deux facteurs alors que chez les AA ils sont associés au sein d'un même facteur. En outre, à l'instar des études précédemment citées, la spiritualité contribue faiblement à la résilience, expliquant des parts de variance de : 6% (Karairmak, 2010), 8% (Lamond et al., 2008), 4% (Connor & Davidson, 2003), et enfin, dans l'étude de Guihard et al. (2018) la résilience ne comporte pas de dimension spirituelle, car les items spirituels manquant de cohérence avec les autres ont été retirés.

Ainsi, relativement aux autres études, la résilience des AA se distingue d'une part par un panel diversifié de compétences, dispositions et perceptions permettant la gestion et le dépassement d'une adversité interne comme externe et l'atteinte de ses objectifs et d'autres part par la force de la spiritualité comme facteur de résilience.

2.2. Liens entre participation aux AA et résilience

Deux éléments découlant d'une participation aux AA sont des prédicteurs significatifs d'une augmentation de la résilience : la fréquence du contact avec d'autres membres des AA et le nombre hebdomadaire de réunions assistées. La prise de contacts fréquente avec d'autres membres des AA est le plus fort prédicteur. Ce résultat nécessite néanmoins de s'interroger sur l'éventualité d'un biais. En effet cet item (« Je prends contact avec d'autres membres des AA (ou d'un autre groupe en 12 étapes) » renvoie au réseau social, tout comme les items 2 (« J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressé.e ») et 13 (« En période de stress/crises, je sais où me tourner pour

trouver de l'aide ») de la CDRISC. Cet item est, certes, corrélé avec les deux autres (respectivement $r=0,296$ et $r=0,272$), mais il ne l'est que moyennement ou tout au moins avec une force inférieure au seuil ($r=0,300$) assurant une puissance statistique (Cohen, 1992). Recourir à l'axe factoriel 1 de la CDRISC plutôt qu'au score global permet de s'affranchir de ce biais. Cet axe factoriel est en effet représentatif de la résilience des AA et se caractérise par une contribution très faibles des items en lien avec le soutien social (respectivement : 1,3% et 2,7%). La régression à partir de l'axe factoriel 1 produit des résultats similaires qui sont reportés dans le tableau 64, ci-dessous. Nous pouvons donc conclure que la prise de contacts avec les autres membres des AA est un prédicteur d'une augmentation de la résilience.

Tableau 64. Prédiction du facteur 1 de la résilience par la fréquence des contacts aux AA

	CDRISC		
	β	SE	t
intercept	0,07	0,07	1,02
Psychotrope	-0,33	0,15	-2,24 *
Age expe. Alc	0,15	0,06	2,43 *
Qt Alc.	0,13	0,06	2,10 *
Participation AA			
RI6 : liens AA	0,13	0,06	2,17 *

CDRISC : résilience, Psychotrope : avoir un traitement psychotrope, Age expe. Alc. : âge d'expérimentation de l'alcool. * : $p < 0,05$.

Ces deux facteurs pourraient faire intervenir les mêmes corrélats. Tout d'abord, il semblerait que ces facteurs soient liés : assister aux réunions doit permettre d'augmenter les contacts au sein des AA, qui à son tour peut peut-être inciter à se rendre en réunions pour retrouver ces contacts. En outre, participer aux réunions consiste en un partage d'expériences éclairé par le programme spirituel des AA. Ainsi, les réunions rassemblent des personnes par un passé commun, le vécu d'un TUA, une même mise en sens de ce vécu au travers le programme spirituel et une application de solutions similaires inspirées du programme des AA. Nous avons en outre proposé, dans la partie théorique (Chap. V, §2) que l'exposition aux récits de vie réinterprété à la lueur du programme des AA devait permettre une intégration consciente ou non (Galanter, 2014) d'un système de croyances, valeurs, normes et pratiques communes qui sont des facteurs puissants d'augmentation du réseau et soutien social (George et al., 2002; Idler, 1987; Idler & Kasl, 1997). Ainsi, même si ces variables sont très peu corrélées ($r=0,20$; $p < 0,01$), elles nous semblent associées à des variables communes. Dans son étude de récits de vie, Pals (2006) remarquait que les interprétations des événements de vies négatifs variaient entre les individus. Ceux qui étaient parvenus à narrer leurs expériences douloureuses de façon cohérente et résolutive la vivaient de façon plus positive. Or, des récits qui donnaient une signification rédemptrice à un événement douloureux, en faisait une expérience plus positive et

étaient associés à une augmentation de la résilience, de la santé physique et mentale et du bien-être ainsi qu'au développement d'une identité narrative (Bauer & McAdams, 2010; McAdams & McLean, 2013). Or, une mise en sens cohérent et résolutif est ce que propose le programme des AA, transmis via les partages d'expériences. Cependant la fréquence des contacts intra-AA et le nombre de réunions ne concourent à expliquer qu'une faible part de la variance de la résilience des membres des AA (respectivement, après ajustement des variables confondantes, $R^2=0,10$; $R^2=0,09$).

Ainsi, nous avons mis en évidence une structure particulière de la résilience des membres des AA, que leur résilience était significativement supérieure à celle d'une population tout-venant et enfin que le développement et l'entretien de liens fréquents au sein des AA ainsi que le nombre de réunions hebdomadaires prédisaient une augmentation de la résilience. Ces deux facteurs pourraient tous deux s'auto-renforcer via une narration commune de récits de vie orchestrée par le programme spirituel des AA. En effet, le partage d'un système de valeurs, croyances, pratiques et normes commun renforce le lien social qui pourrait à son tour motiver la participation aux AA, exposant ainsi davantage l'individu à une narration collective. Or, les récits de vie du programme des AA se caractérisent par une réinterprétation cohérente et résolutive d'événements négatifs, comme nous avons pu le mettre en évidence (Partie théorique, Chap. II, §6) et ainsi pourrait s'expliquer l'association positive du nombre de réunions hebdomadaire et de l'importance des contacts inter-AA avec la résilience.

3. Liens entre participation aux AA et qualité de vie

3.1. La qualité de vie comme mesure du « rétablissement »

En 2009, Laudet, Becker, et White écrivaient que la qualité de vie était la mesure manquante dans la recherche sur les addictions. Dix ans plus tard, elle l'est toujours dans les études portant sur les Alcooliques anonymes. Le bien-être psychologique a toutefois déjà été mesuré sur une population de membres des AA (Kairouz & Fortin, 2013; Kingree & Thompson, 2000) ou de membres des NA (Narcotiques Anonymes) (DeLucia et al., 2016) ou encore extrapolée d'une mesure sur les attentes d'une consommation de l'alcool (Rather & Sherman, 1989). Kairouz et Fortin (2013) ont évalué trois sous-domaines du bien-être psychologique : le sentiment de bonheur (absence d'affects négatifs et présence d'affects positifs), la satisfaction de la vie (évaluée au travers des relations avec la famille, la qualité et quantité des activités de loisir, le bien-être physique, l'évolution personnelle et le temps passé à aider les autres, et la vie religieuse ou spirituelle) et le sens à la vie. Ils ont montré que l'importance des liens au sein des AA et l'application du programme en 12 étapes prédisaient le niveau de satisfaction dans la vie. Ils ont en outre trouvé que l'effet de l'application des 12 étapes sur le sens

à la vie était médiatisé par l'expérience positive de l'abstinence. Cette dernière a cependant été évaluée par trois items dont la cohérence interne nous semble discutable (α Cronbach=0,62). L'évaluation de la qualité de la santé psychologique par le WHOQOL-26, utilisée dans notre étude, recouvre un champ plus large que le bien-être psychologique et inclut : l'appréciation de sa vie, l'estime de soi, l'acceptation de son apparence physique, la capacité à se concentrer, le sens à la vie, l'absence d'affects négatifs.

Les études de Laudet, Morgen, et White (2006) et Laudet, Becker, et White (2009) signent le début d'une compréhension du rétablissement d'un trouble de l'usage de substances psychoactives comme un phénomène s'étendant au-delà d'une simple abstinence et de son appréciation en termes de qualité de vie. Plus exactement, c'est la satisfaction de la qualité de vie qui a été appréciée, quoiqu'uniquement en un seul item (« Globalement, dans quelle mesure êtes-vous actuellement satisfait de votre vie ? ») sur une échelle de Likert en 10 points. L'item 1 de la WHOQOL (« Comment évaluez-vous votre qualité de vie ? ») posé dans notre étude, s'en approche. Toutefois, une telle formulation invite à une appréciation plus objective ou tout au moins à un jugement de valeur sous-jacent et non clairement affirmé. Dans la première étude (Laudet et al., 2006), les auteurs ont prouvé que la qualité de vie augmentait avec le temps d'abstinence. Plus substantiellement, ils ont démontré que la modération du stress par le soutien social, la spiritualité, le sens à la vie, la religiosité et l'affiliation aux 12 étapes favorisaient une augmentation de la qualité de vie. Inversement, dans la seconde étude (Laudet et al., 2009), les auteurs ont mis en évidence que la qualité de vie en ligne de base prédisait l'abstinence à un et deux ans. Ce résultat renforce l'hypothèse selon laquelle la perspective de perdre ce qui a pu être reconstruit pendant la période d'abstinence renforce la motivation à le rester. Concernant ces études, il est, toutefois, important de noter que ces résultats ont été obtenus sur une population de personnes (N=353) en rémission d'un trouble sévère et chronique de l'usage de crack et/ou d'héroïne qui n'étaient pas nécessairement membres d'un programme en 12 étapes. Par rémission, les auteurs entendaient une abstinence de drogues illicites d'au moins un mois.

A notre connaissance aucune étude sur les Alcooliques anonymes n'a étudié les domaines de la qualité de la santé physique et de l'environnement de la qualité de vie.

Après cette synthèse sur les quelques études sur la participation aux AA et la qualité de vie, nous allons discuter nos résultats pour chaque domaine de la qualité de vie. Nous allons les traiter dans l'ordre suivant : qualité de la vie (mesurée par l'item1 de la WHOQOL), la satisfaction de la santé (item 2 de la WHOQOL), puis les domaines de la qualité de la santé physique, puis celui de la qualité

de la santé psychologique et enfin celui de la qualité de l'environnement. En préambule, rappelons que la QDV des membres des AA de notre échantillon se caractérise par une satisfaction de la vie, de soi, de son lieu de vie et de ses relations aux autres et d'une vitalité s'illustrant au travers une satisfaction de sa capacité dans son activité professionnelle et son quotidien et de sa mobilité.

3.2. Les éléments de la participation aux AA prédisant la qualité des vie

Parmi l'ensemble des éléments caractérisant la participation aux AA, seule l'ampleur avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA est un prédicteur d'une augmentation de la qualité de vie. Ce résultat est surprenant. En effet, intuitivement il nous apparaissait plus probable qu'un individu nouvellement abstinent et adhérant aux AA ait davantage besoin d'un cadre lui permettant de structurer sa vie et d'activités occupationnelles et donc soit plus propice à prendre part aux activités des AA. Par ailleurs, il a été prouvé que la qualité de vie augmentait avec le temps d'abstinence, et donc avec l'ancienneté aux AA, puisque ces deux dernières croissent concomitamment. Ainsi, nous nous serions attendues à ce que l'importance de l'organisation de sa vie autour des AA soit un prédicteur négatif de la qualité de vie. Notre première intuition s'avère erronée : la prégnance des AA dans la vie de l'individu n'est liée à ni à l'ancienneté de sa rémission ni à celle de son adhésion aux AA. La représentation bivariée de l'ancienneté et de l'importance avec laquelle la personne organise sa vie autour des AA illustre cette absence de relation (figure 29). La représentation bivariée avec le temps d'abstinence (non rapportée) en place de l'ancienneté a la même allure.

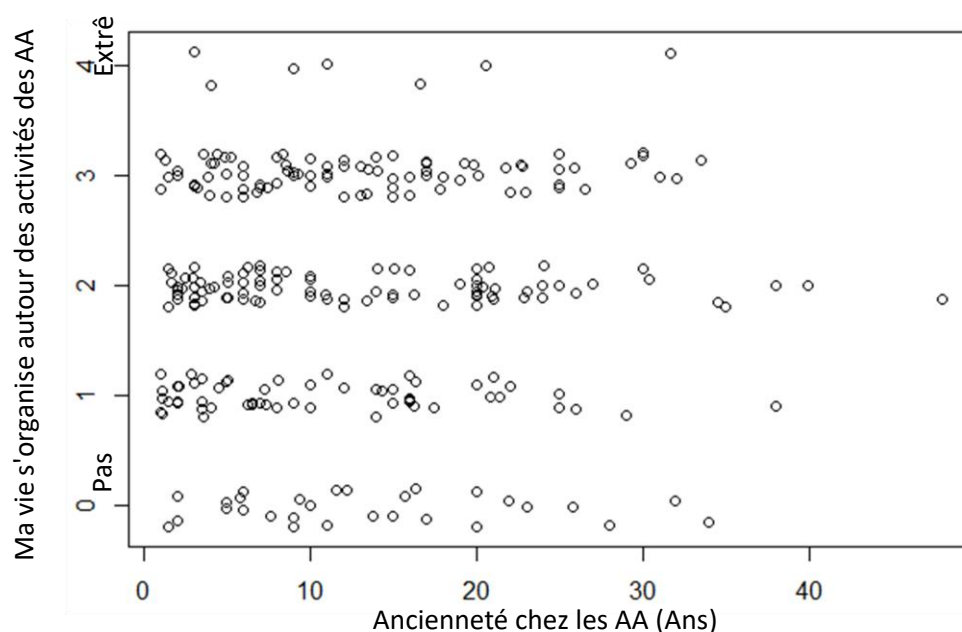


Figure 38. Représentation graphique bivariée de l'importance avec laquelle la vie de l'individu s'organise autour des AA et de l'ancienneté aux AA

La durée de l'abstinence, le nombre de réunions et l'ancienneté aux AA sont des prédicteurs d'une meilleure qualité de vie. De ces trois variables la durée de l'abstinence est le meilleur prédicteur : son contrôle fait perdre la significativité du nombre de réunions sur la durée de vie et le modèle avec cette variable est d'une qualité légèrement meilleure que celui avec l'ancienneté aux AA. Finalement, il semblerait que pour voir sa qualité de vie s'améliorer, le plus important serait, pour l'individu, de rester abstinent. Cette conclusion s'accorde avec les résultats de Laudet et al. (2009, 2006). Cette prédiction d'une meilleure qualité de vie est en outre augmentée si en plus de maintenir son abstinence, l'individu organise sa vie autour des AA. Après ajustement des variables contrôles (ici : avoir un emploi, être cadre/commerçant/artisan/chef d'entreprise, fumer du tabac, avoir un traitement psychotrope), l'abstinence et l'organisation de sa vie autour des AA expliquent 20,0% de la variance de la qualité de vie. Nous avons constaté que l'abstinence avait une puissance explicative supérieure à la propension de l'individu à organiser sa vie autour des AA. Le poids de cette propension doit aussi être relativisé par rapport aux variables contrôles. Notre modèle a en effet mis en évidence que la catégorie socio-professionnelle, avoir un emploi, être non-fumeur et ne pas avoir de traitement psychotrope expliquaient une part plus importante de la variance de la qualité de vie qu'organiser sa vie autour des AA.

A notre connaissance, aucune étude n'a investigué l'éventuel lien de la participation aux AA avec la satisfaction de la santé ou la qualité de la santé physique. Etonnant, l'abstinence ne contribue pas à expliquer la satisfaction de la santé ou la qualité de la santé physique. En revanche, elle l'est pour la qualité de la santé psychologique. Nous avons vu, que participer aux AA est un prédicteur de la satisfaction de sa santé et de la qualité de la santé psychologique. Plus spécifiquement organiser sa vie autour des AA prédit une augmentation de la satisfaction de sa santé, s'engager dans une activité de service au sein des AA prédit une amélioration de la santé physique et enfin le contact avec d'autres membres des AA prédit une élévation de la qualité de la santé psychologique. Comme pour la qualité de vie, certaines variables secondaires concourent davantage à expliquer les variances de la satisfaction de la santé et de la qualité de la santé physique. Il en est ainsi pour un haut niveau d'éducation et l'absence de besoin d'un traitement psychotrope, ne pas fumer et ne pas présenter d'addiction comportementale sont de plus fort prédicteur d'une augmentation de la satisfaction de la santé, et avoir un emploi, un suivi psychologique et être en couple de la santé physique. A contrario, l'abstinence et l'importance des contacts au sein des AA sont les deux facteurs explicatifs les plus importants de la qualité de la santé psychologique.

Les conclusions faites pour la qualité de vie relativement à l'ancienneté aux AA, le nombre de réunions sur la durée de vie et la durée de l'abstinence sont valables pour la qualité de la santé psychologique et de l'environnement à quelques nuances près : ici, l'ancienneté aux AA, puis le

nombre de réunions sur la durée de vie ont un pouvoir explicatif légèrement supérieur à celui de l'abstinence.

4. Lien entre spiritualité et résilience

Au travers leur revue de la littérature, Masten et Obradovic (2006) ont constaté une constance dans les facteurs ou prédicteurs de la résilience et les ont répertoriés. Ces facteurs sont associés soit à une bonne adaptation soit à un « rétablissement » suite ou lors d'une adversité (Masten & Obradovic, 2006, p.21). La plupart des éléments rapportés concernent des processus ou schémas cognitifs (traitement de l'information, résolution de problèmes, fonctionnement exécutif, l'activation et l'inhibition de l'attention). Certains appartiennent davantage au champ émotionnel et expérientiel (régulation des émotions, gestion du stress, attachement) tout en étant relié au cognitif (identification des signaux d'alarme) et/ou au comportemental (activation/inhibition comportementale). Ces facteurs relèvent des capacités de l'individu, de ses relations interpersonnelles et de son environnement. Parmi les catégories de facteurs les auteurs citent la spiritualité/religion pour les rituels, valeurs, normes, standards, règles ou encore une figure d'attachement spirituel qu'ils peuvent apporter. Ils remarquent cependant que ce domaine de la résilience a été relativement peu étudié.

Pourtois et al. (2012) se sont centrés sur les croyances que fournit la spiritualité pour expliquer le processus par lequel elle peut favoriser une résilience. En se référant à la théorie des modèles du monde de Janoff-Bulman (1992), ils rappellent que l'expérience traumatique a pour conséquence d'ébranler la vision qu'a l'individu de lui-même, du monde et de sa relation au monde. Or, l'estime de soi et le sentiment d'invulnérabilité s'appuient sur ces trois conceptions. Ainsi, l'expérience traumatique induit une dissonance cognitive et met à mal le sentiment de cohérence interne. Pour les réduire, l'individu doit réaménager ses conceptions de soi, du monde et de sa relation au monde. Autrement dit, il va devoir intégrer une compréhension du traumatisme à son modèle de signification qui lui permet de donner un sens à son existence (Taylor, 1983, cité par Pourtois et al., 2012, p258-259). Ce remaniement permettra de restaurer son estime de soi et un sentiment de contrôle de sa vie.

La spiritualité constitue alors un vecteur de résilience en ce qu'elle propose un système de croyances sur lesquels l'individu peut s'appuyer pour rechercher un sens à son vécu potentiellement traumatique et pour reconstruire sa vision du monde.

Pourtois et al. (2012) signalent toutefois des conditions nécessaires pour que des croyances deviennent des vecteurs de résilience. L'individu doit avoir une propension à s'interroger et la croyance ne doit pas être trop rigide et enfermante, sous peine de bloquer un processus développemental.

La conceptualisation de Pargament (1992, 1999) de la spiritualité l'inscrit comme potentiel facteur de résilience, puisqu'elle est un processus de recherche dans lequel l'individu identifie, articule, maintient et transforme le sacré. Ainsi, la spiritualité des AA, selon le développement de Pourtois et al. (2012) serait facteur de résilience par les croyances qu'elles véhiculent, si elles servent de base à une démarche de recherche de sens du vécu qui peut être perpétuellement requestionné.

Dans notre étude nous avons prouvé que la spiritualité explique une part de la variance de la résilience et qu'elle qu'en soit sa conceptualisation sur le large spectre des définitions de la spiritualité existant dans la recherche. Toutefois, seuls certains éléments se sont avérés être des prédicteurs significatifs d'une augmentation de la résilience. Ces prédicteurs spirituels d'une meilleure résilience concernent des perceptions ou ressentis (le sentiment de but à la vie et l'expérience de but à la vie), des aptitudes (la capacité à profiter de la vie), une connexion au transcendantal et des cognitions (les pensées sur Dieu/une PS). Nous allons les discuter successivement dans les paragraphes ci-dessous.

4.1. La croyance en un but à la vie comme prédicteur de résilience

Le premier élément spirituel associé à la résilience est le sentiment de but dans la vie et plus exactement la croyance que sa vie a un but (« je crois que ma vie a un vrai but », SWBS20). Cette croyance en étant associée à l'item « j'ai confiance en l'avenir » (SWBS14), item le plus significatif dans les régressions partielles, amène un sentiment de paix intérieur, et de contentement voire de jouissance, perceptible au travers l'item, « Je ressens un sentiment de bien-être quand je pense à la direction que prend ma vie » (SWBS10). Ce dernier explique aussi une part importante de la variance de la résilience. En outre, cet item suppose à la fois des actions dirigées vers ce but et la perception d'une progression vers cette destination, puisque « la vie en prend la direction ». Nous retrouvons ici le concept de « Ends » développé par Pargament (1992, 1999). Le concept de « Means » est ici sous-entendu : le but n'est pas un objectif flou et irréalisable, il est tangible et accessible, puisque la vie de l'individu s'y dirige, ce qui suppose des moyens disponibles. Ensemble cette croyance en un but dans la vie et cette représentation d'un futur tangible, dépouillé d'incertitude et associé à un sentiment de bien-être, ont vraisemblablement pour conséquence d'amener un sentiment de contrôle et de cohérence. Toutefois, de façon étonnante, l'item (« la vie n'a pas beaucoup de sens », SWBS18) perd sa significativité lorsqu'il est ajouté aux autres éléments spirituels. Le sens à la vie n'est pas, ici, le meilleur prédicteur d'une résilience, ce qui vient s'opposer aux développements en préambule de ce paragraphe. Ainsi, ce qui prime n'est pas tant de donner un sens au vécu afin de modifier la perception de soi, du monde et de sa relation au monde, mais d'identifier un but à la vie et d'orienter sa vie en fonction de ce but. L'item SWBS2, « Je ne sais pas qui je suis, d'où je viens, ni où je vais » (recodé en positif dans l'analyse) peut conforter cet argument. En effet, sa part de variance expliquée de la

résilience plus faible peut être le signe que, dans cet élément, une seule partie prédit la résilience, celle de savoir « où il va », et les autres parties « je sais qui je suis et d'où je viens » moins vraies ou tout au moins, pour beaucoup, moins nécessaires pour accéder à une résilience. La force de la prédiction d'une résilience par la croyance en un but à la vie peut être renforcée. Pour cela, le but doit être transposé en un but tangible ou tout au moins en étapes concrètes qui permettront à l'individu de donner une direction à sa vie et de se percevoir comme progressant vers ce but. Ainsi, il semblerait que ce ne soit pas une quête de sens dont a besoin le membre des AA, mais d'une direction. Cette dernière, associée à la capacité de l'individu à s'y orienter et se saisir comme y cheminant induit alors une vision positive et apaisée du futur, ainsi qu'un sentiment de maîtrise et de cohérence. Ces éléments spirituels, permettent en fait à l'individu, comme nous l'avons établi dans l'ACP de la CDRISC, d'accéder à ce qui contribue le plus à la résilience des AA : « pouvoir atteindre ses objectifs même s'il y a des obstacles » (CDRISC11). Finalement, il s'agit pour l'individu, autrefois assujéti à sa consommation d'alcool, de s'inscrire dans un processus d'*empowerment*. En citant Rappaport (1987), Le Bossé (1998, p. 352), explique que l'*empowerment* consiste en la possibilité de l'individu à mieux contrôler sa vie, autrement dit, il est « un processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté ». N'est-ce pas, là, le programme des AA ? Fournir un objectif, celui développer une relation à Dieu/une PS, tout en suivant des étapes, qui demandent à l'individu d'adopter une attitude proactive, et, ceci, en vue de « se rétablir » ? Là est tout le paradoxe du programme des AA qui en affirmant leur impuissance devant leur alcoolisme (étape 1) et la remise d'un contrôle à une Puissance supérieure (étape 3), reprennent le contrôle de leur vie.

4.2. La satisfaction de la vie comme prédicteur de résilience

Pour un être un meilleur prédicteur de résilience, la spiritualité en plus d'une vision favorable du futur doit générer chez l'individu une capacité à profiter de l'instant présent (« Je ne profite pas suffisamment de la vie » SWBS12, recodé en positif dans les analyses). Cette jouissance de la vie est à distinguer d'une simple répétition d'un plaisir éphémère, comme pourrait l'induire une substance psychoactive, du fait de son insertion dans un projet de vie ou tout au moins de sa compatibilité avec ce dernier. Ainsi, il s'agirait davantage d'une satisfaction éprouvée dans le présent, rendue possible par une capacité à profiter de la vie et la sérénité générée la perspective d'un futur stable dirigé vers un but. Ce résultat est peut-être à mettre en parallèle avec la notion des « 24 heures » des AA, dont la doctrine est « vivons donc un seul jour à la fois, juste aujourd'hui » et parmi ses préceptes répertoriés dans le fameux « carton jaune », l'un dit « Aujourd'hui, je ferai mienne l'opinion d'Abraham Lincoln : « la plupart des gens sont heureux pour autant qu'ils aient décidé de l'être » tout en défendant « Aujourd'hui, je m'établirai un programme, je ne le suivrai sans doute pas exactement,

mais je l'aurai [...]». Cette capacité à profiter de la vie et ainsi à s'inscrire pleinement dans un présent ou dans une « pleine conscience de l'instant présent » pour s'approcher de la terminologie d'un courant thérapeutique qui a prouvé son efficacité dans son programme « prévention de la rechute basée sur la pleine conscience » (MBRP, Mindfulness Based Relapse Prevention, Marlatt & Gordon, 1985) appliqué au traitement des addictions. Parmi ses objectifs, l'un est d'ailleurs la réduction du phénomène de « pilotage automatique » un des moteurs de l'addiction et donc la recouvrance d'un pouvoir de décider ou d'agir en pleine conscience qui vient ainsi renforcer notre développement du paragraphe précédent. En étayage à cette analyse, nous pouvons mentionner la significativité de la pratique de la méditation (Partie « résultats », Chap. III, §4.2) lorsque n'était pris en compte, dans l'explication de la variance de la résilience, que les croyances, pensées, expériences et comportements S/R. Or, la méditation constitue le socle de la MBRP. Cependant, dans notre étude, cette pratique devient non significative lorsque sont pris en compte les éléments spirituels plus signifiants (but à la vie, satisfaction de la vie, développement d'une relation satisfaisante avec une PS et expériences et pensées S/R). Est-ce à dire que peu importe les moyens mis en œuvre l'essentiel en est le but, la capacité à savoir profiter de l'instant présent ?

4.3. Une relation satisfaisante avec Dieu comme prédicteur de résilience

Le troisième élément spirituel potentiellement vecteur de résilience est le développement d'une connexion transcendante ou plus exactement d'une relation satisfaisante avec un Dieu/une Puissance supérieure (SWBS13). Autrement dit, elle est la construction d'un lien d'attachement.

Des auteurs ont relié le trouble de l'usage de substances psychoactives à un style d'attachement insecure (Fletcher, Nutton, & Brend, 2015; Flores, 2004, 2006; Höffler & Kooyman, 1996; Padykula & Conklin, 2010; Schindler et al., 2005), en s'appuyant d'une part sur la théorie de l'attachement (Bowlby, 1979, 1988) et d'autre part sur l'hypothèse d'automédication (Khantzian, 1985, 1997). Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1979, 1988) le *Self* se constitue au travers les relations avec les autres. Ainsi, de la qualité des relations dyadiques entre le donneur de soins et l'enfant émergera un style d'attachement qui conditionnera la façon dont l'enfant se perçoit et conçoit autrui et le monde l'entourant. Par conséquent, le style d'attachement constitue les fondations de ses capacités à développer et maintenir des relations proches, réguler ses émotions et gérer ses expériences précoces. Un style d'attachement *insecure* (ambivalent ou évitant, Ainsworth & Bowlby, 1991) a alors été associé à une incapacité à former des attachements sains et une diminution de l'aptitude à réguler ses émotions (Flores, 2004; Khantzian, 2003). Or, l'hypothèse de l'automédication (Khantzian, 1985, 1997) défend que la vulnérabilité aux addictions résulte, d'une part, d'une exposition à une substance psychoactive et, d'autre part, d'une incapacité à identifier et tolérer ses

ressentis (Khantzian, 1985). Cette hypothèse a, plus particulièrement, associé l'alcool à la répression des émotions (Khantzian, 1997; Suh, Ruffins, Robins, Albanese, & Khantzian, 2008) et d'un moyen pour s'affranchir des défenses ad hoc, qui empêchent toutes connexions à autrui, puisque ces dernières sont perçues comme menaçantes (Khantzian, 2012). Les addictions ont alors pu être appréhendées comme « un trouble de l'attachement » (Flores, 2004, 2006) et le recours à une substance psychoactive comme une tentative de parer à une incapacité ou une difficulté pour développer une intimité ou proximité avec autrui. Le recours à une substance peut par-là même constituer une tentative de réparation du lien *insecure*, en créant un sentiment de base *secure*, mais renforçant la consommation et générant une vulnérabilité aux addictions. Cependant, à long terme la stratégie échoue, car le recours à la substance psychoactive, d'une part, empêche le développement de capacités nécessaires à l'établissement de relations saines et proches (Khantzian, 2012) et d'autre part, du fait même de l'addiction exclut l'autre. C'est pourquoi l'usage d'une substance psychoactive a pu être compris comme un attachement alternatif aux relations interpersonnelles.

La question est alors de savoir s'il est possible de réparer un trouble de l'attachement. Autrement dit, est-ce que le développement d'une relation de qualité avec une Puissance supérieure remédierait à un style d'attachement dysfonctionnel ? Une relation sécurisante avec une Puissance supérieure pourrait ainsi construire une base sécurisante permettant de modifier les représentations de soi et du monde et de son interaction au monde. Ce mode de relation apaisant et réconfortant pourrait alors se généraliser aux relations humaines. Des recherches soutenant l'hypothèse de plasticité de l'attachement vont dans le sens de cette proposition. Traitant de l'adoption d'enfants ayant vécu un traumatisme dans leurs relations précoces avec leur figure d'attachement, des chercheurs ont prouvé qu'il était possible de contrevenir à un attachement *insecure* par la compensation ou la réparation de liens antérieurs défailants (Gilligan, 1997, Rutter, 1998). Par ailleurs des thérapies ont émergé visant la résolution d'attachement *insecure*, comme la thérapie centrée sur l'attachement (Berry & Danquah, 2016; Brennan, 1999) ou encore la thérapie basée sur la mentalisation qui est à la fois axée sur l'attachement et la régulations des affects (Bateman & Fonagy, 2013; Bateman, Ryle, Fonagy, & Kerr, 2007; Philips, Wennberg, Konradsson, & Franck, 2018).

L'objectif principal de ces thérapies est d'aider le patient à passer d'un modèle interne opérant d'attachement *insecure* à des modèles plus *secure*. Des études ont prouvé une association positive de la thérapie avec un attachement *secure* et négative avec l'attachement *insecure* (Taylor, Rietzschel, Danquah, & Berry, 2015) et une réduction de ce dernier en lien avec des modifications des représentations de l'attachement (Muller & Rosenkranz, 2009). L'argument sous-jacent est que la relation thérapeutique fournit une base sécurisée au patient qui lui permet de vivre une expérience émotionnelle correctrice de son attachement insécurisé (Berry & Danquah, 2016). Les thérapies

centrées sur l'attachement sont bâties sur ce précepte. Celles basées sur la mentalisation cherchent à stabiliser le sentiment de soi, encourager la mentalisation dans la relation thérapeutique et contenir un niveau optimal de stimulation dans les interactions avec les autres (Bateman & Fonagy, 2013).

Des auteurs ont examiné la théorie de l'attachement dans le contexte particulier de la relation à Dieu/une Puissance supérieure (Dansby, Hayes, & Schleiden, 2017). Comme pour l'attachement aux figures parentales, l'attachement à Dieu/une Puissance supérieure peut être *insecure* (anxieux, évitant, désorganisé/ambivalent), ou *secure* (Proctor, Miner, McLean, Devenish, & Bonab, 2009). Par ailleurs des études ont prouvé une correspondance entre le style d'attachement aux figures parentales et celui à Dieu/une PS (Birgegard & Granqvist, 2004; Kirkpatrick & Shaver, 1992; Reinert & Edwards, 2014). Néanmoins, selon Kirkpatrick (1998) le style d'attachement à Dieu/une PS change au cours du temps. Une seconde approche s'est alors centrée sur la dynamique du style d'attachement est a défendu un Dieu comme figure d'attachement substitutive pour les personnes ayant manqué d'attachement sécurisé (Kirkpatrick, 1998). Cette hypothèse est rendue possible par l'image d'un Dieu miséricordieux véhiculé dans de nombreuses religions théistes. Par ailleurs, une telle image de Dieu présente l'avantage de constituer une figure d'attachement idéale du fait de la croyance en un Dieu Présent et disponible à tout temps pour protéger et reconforter l'individu des dangers qui l'assaillent (Kirkpatrick, 1992), comme le faisait remarquer un théologien (Kaufman, 1981, p.67, cité par Kirkpatrick, 1992, p7), les humains constituent des figures d'attachement au mieux faillibles et limités, alors que « l'idée de Dieu est une figure d'attachement absolument adéquate », puisque « Dieu est pensé comme un parent protecteur et attentionné qui est toujours fiable et disponible pour ses enfants lorsqu'ils ont besoin de lui ». En soutien à cette seconde approche, Kirkpatrick (1997) a prouvé sur une étude longitudinale de 4 ans que les femmes présentant un attachement *insecure*, soit anxieux ou évitant en ligne de base, avaient davantage eu tendance relativement à celles ayant un attachement *secure* à rapporter avoir trouvé une nouvelle relation à Dieu, sur la période de 4 ans. L'auteur précise que le niveau d'engagement initial avait été contrôlé. De surcroît, Kirkpatrick & Shaver (1992) ont prouvé que les adultes présentant leur relation maternelle, enfant, comme évitante, étaient, adultes, plus religieux que ceux ayant mentionné une relation soit *secure* soit anxieuse et avaient davantage rapporté de conversions religieuses soudaines.

Ces résultats et analyses, rendent cohérente notre interprétation d'un développement d'une relation de qualité à un Dieu/une PS pour réparer un modèle interne opérant d'attachement *insecure*. Sans pouvoir postuler à la préexistence d'un attachement *insecure*, l'individu pourra, se sachant soutenu par un Dieu/une PS aimante, attentionné/e et disponible, bénéficier d'une base suffisamment *secure* pour développer une image de Soi valorisée et explorer son monde interne et externe. Nous avons en effet vu dans la partie « résultats » (Chap. II, §1.2.3) qu'une relation

satisfaisante avec Dieu était très corrélée avec les items qualifiant le Dieu/PS de soutenant, aimant, attentionné et la relation de profonde. En outre, les analyses sur les conditions d'application des régressions ont révélé une forte colinéarité entre les items de la RWB entre eux (Religious Well-being, qualité de la relation à Dieu/une PS) indiquant que sous la houlette d'une relation satisfaisante à Dieu/une PS se profile l'ensemble de ces qualificatifs. Par ailleurs, cette relation à Dieu/une PS, correspond à celle décrite comme *secure* par Proctor et al. (2009) et qui a pour effet de créer une représentation *secure* du monde propice au développement d'une estime et une confiance en soi. En rapport aux approches psychodynamiques, cette relation de qualité avec Dieu, peut aussi être vue comme favorisant une restauration des assises narcissiques. Par ailleurs, les AA invitent l'individu à un effort de conceptualisation, puisqu'il lui est proposé de se concevoir lui-même son propre Dieu. Il s'agit donc ici d'un processus de symbolisation qui devrait pouvoir réparer le défaut d'introjection de l'objet manquant. Ainsi perçue la spiritualité, offrirait une résolution des défaillances et dysfonctionnements et en aucun cas ne constituerait un substitut à la substance psychoactive.

Le lien entre le développement d'un attachement *secure* à Dieu/une Puissance supérieure avec la résilience est qu'il servirait de base au développement d'une estime et confiance en soi et à des capacités de régulation émotionnelle.

4.4. L'expérience de Dieu/une PS dans son quotidien comme prédicteur de résilience

Un quatrième prédicteur spirituel de la résilience est la fréquence d'expériences directes de la présence de Dieu/une PS dans sa vie. L'interprétation de ce résultat exige une identification des processus à l'œuvre dans ce phénomène de faire l'expérience de Dieu/une PS. Une première hypothèse serait l'attribution d'un sens spirituel en voyant la manifestation de Dieu/une PS dans des événements de vie ou situations du quotidien. Ce Dieu/cette PS des AA étant bienveillant/e, soutenant/e, attentionné/e et aimant/e., son intervention devrait susciter, chez l'individu en faisant l'expérience, des émotions positives, comme la joie, la gratitude, l'amour, le contentement, etc. Cette expérience de la présence de Dieu devrait aussi avoir pour effet de renforcer sa connexion à Dieu/une PS.

Faire l'expérience de la présence de Dieu, peut aussi consister en une réinterprétation positive ou une attribution de bienfaits à des situations en les percevant comme une action de ce Dieu aimant, qui devraient également générer des émotions positives chez l'individu.

Or, des études ont associé résilience et émotions positives (Folkman & Moskowitz, 2000b, 2000a; Fredrickson, 2004b, 2004a; Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000; Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003; Tugade & Fredrickson, 2004, 2007).

Il a ainsi été prouvé que des individus plus résilients, comparativement à ceux moins résilients, avaient davantage tendance à associer des émotions positives aux émotions négatives générées par un événement négatif et qu'ils étaient plus enclins à considérer un stresser comme un défi à surmonter plutôt qu'une menace anéantissante. Or, les émotions positives ont un effet d'annulation des émotions négatives, par la réduction de l'excitation du système nerveux autonome sympathique qu'elles induisent (Fredrickson et al., 2000; Tugade & Fredrickson, 2004). Ainsi, les individus résilients se singularisent par une utilisation des émotions positives pour réguler leur état émotionnel (Folkman & Moskowitz, 2000b, 2000a; Tugade & Fredrickson, 2004).

Par ailleurs, dans sa théorie d'élargissement-construction des émotions (« the broaden-and-build theory of positive emotions », Fredrickson, 2004b, p.1368-1369), Fredrickson avance que les émotions positives ont un effet complémentaire aux émotions négatives, car à l'opposé de ces dernières, qui rétrécissent le champ de pensées et d'actions pour faciliter une prise de décision rapide, les émotions positives élargissent le répertoire d'actions et pensées de l'individu. Ainsi, la joie provoque l'envie de joie et repousse les limites de la créativité, le contentement l'envie de savourer l'instant et l'intégration d'une nouvelle perception de soi et du monde, la gratitude augmente la conscience d'un lien social avec des personnes bienveillantes et est vecteur de sens en renforçant les raisons de cette gratitude, et de créativité dans les voies de son expression (Fredrickson, 2004b, 2004a). Ainsi, cultiver des émotions positives, telles que la gratitude, la joie, l'amour ou le contentement, telles que celles induites par la présence d'un Dieu bienveillant stimulerait les pensées et actions et inciterait la création de ressources cognitives, sociales et comportementales. Ainsi, les émotions positives sont vecteurs de résilience en cela qu'elle permettent une régulation émotionnelle par l'annulation des émotions négatives et augmentent les ressources cognitives, sociales et comportementales de l'individu. Aussi, le simple ressenti de la présence bienveillante d'un Dieu/une PS, du fait des émotions positives qu'elle suscite devrait être un vecteur de résilience.

Folkman et Moskowitz (2000a) soulignent l'importance de maintenir et augmenter les émotions positives pour faire face au stress. L'attribution d'un sens positif à des événements ordinaires (Folkman & Moskowitz, 2000b), comme voir la manifestation de Dieu/une PS dans des situations du quotidien, peut en être une méthode. Cette culture des émotions positives peut aussi se faire par la réinterprétation positive ou l'attribution de bénéfices à un événement (Folkman & Moskowitz, 2000b). Penser que des événements sont la volonté d'un Dieu/d'une PS bienveillant/e

pourrait induire une telle réinterprétation. Dans notre étude, une fréquence plus élevée d'expériences de Dieu dans son quotidien est prédictrice d'une meilleure résilience. Cette fréquence plus élevée suppose la répétition et donc un apprentissage de ces processus, les rendant disponibles et utilisables lors d'événements stressants. A terme, cet apprentissage devrait induire une activation automatique de ces processus.

Vivre la présence de Dieu dans son quotidien en permettant d'activer des émotions positives ayant pour effet l'annulation des émotions négatives serait un vecteur de résilience. Le bienfait que devrait apporter cette stratégie de coping, recourir aux émotions positives par l'attribution d'un sens positif aux événements, devrait constituer un renforcement positif du processus favorisant ainsi son automatiser.

4.5. Des pensées sur Dieu/une PS, des prédictrices d'une diminution de la résilience ?

Le coefficient négatif significatif associé aux pensées S/R est étonnant. On pourrait, certes y voir le signe d'un coping spirituel négatif qui au même titre que la pour la santé (Fitchett et al., 1999; King et al., 1995; Pargament et al., 2001) aurait des effets délétères ou encore que les moins résilients auraient davantage à penser à Dieu. Cependant, une interprétation de ce résultat nous semble très hasardeuse. Cet effet est induit par les autres variables de l'équation. Seule, la variable n'a pas de significative, elle le devient uniquement lors de la prise en compte des autres variables de spiritualité. Cependant, son retrait n'est pas pour autant justifié. Son inclusion dans le modèle est en cohérence avec nos hypothèses et toutes les conditions d'application de la régression linéaire ont été vérifiées et validées. Cet effet n'est pas non plus dû à des interrelations entre les variables spirituelles, car elles ont été testées et se sont avérées non significatives. Donc, rien ne justifie le retrait de cette variable. Mais le coefficient négatif nous semble être lié à un phénomène plus complexe qu'une prédiction d'une diminution de la baisse de la résilience.

5. Lien entre la qualité de vie et la spiritualité

Dans ce paragraphe nous allons discuter l'inégalité des dimensions spirituelles à expliquer la variance de la qualité de vie. Puis, nous nous mettrons en parallèle les résultats relatifs à la spiritualité appréhendée par ses dimensions humanistes avec les débats animant la recherche en la matière.

Seule la conception étendue de la spiritualité est un prédicteur d'augmentation de l'ensemble des domaines de la qualité de vie. Les conceptions plus strictes n'en sont que de certains. En outre, leurs forces explicatives de la variance est nettement moindre que celle de la spiritualité au sens large. Dans ce même ordre d'idées, Park, Lim, Newlon, Suresh, et Bliss (2014) ont, tout d'abord, trouvé, sur une population de malades cardio-vasculaires, qu'aucune des neuf dimensions de la spiritualités

qu'ils ont étudiées, ne prédisait une variation de la santé physique. Ils ont, ensuite obtenu une prédiction négative des croyances sur la vie après la mort sur la qualité de la santé mentale et des expériences spirituelles quotidiennes (DES, Daily Spiritual Experiences) sur la peur de la mort. Enfin, ils ont démontré que les DSE, l'identité religieuse et le soutien social prédisaient une augmentation de la satisfaction de la vie. Nous citons cette étude, car, dans le domaine des addictions, à notre connaissance, seuls Laudet et al. (2006) et Laudet et White, (2008) ont étudié un éventuel lien entre spiritualité et un domaine de la qualité de vie, la satisfaction de la qualité de la vie, qu'ils ont estimé par un seul item. Comme nous l'avons évoqué précédemment (cette partie, Chap. III, §3), leur étude diffère de la nôtre par la population étudiée et par la mesure de la qualité de vie. En revanche, ils ont utilisé la RBB et la RWB pour estimer la spiritualité. Ils ont trouvé que seule la RWB était un prédicteur significatif de la satisfaction de la qualité de vie. Dans notre étude, les croyances, pensées, comportements et expériences S/R (RBB) constituent un prédicteur significatif de la qualité de la santé psychologique et tend à l'être pour la qualité de vie appréciée globalement ($p=,07$). Dans ces relations, l'ensemble formé des croyances, pensées, comportements, expériences S/R est le prédicteur le plus important de la variance de la qualité de la santé psychologique. La qualité de la relation à un Dieu/une PS en est un pour la satisfaction de la santé et la qualité de la santé psychologique. Etonnamment nous trouvons un coefficient standardisé comparable pour la satisfaction de la santé ($\beta=0,22$, $p<,001$) à celui de Laudet et White (2008) pour la satisfaction de la qualité de vie ($\beta=0,21$, $p<,001$).

Nous allons maintenant nous centrer sur les résultats obtenus en utilisant l'EWB comme estimation de la spiritualité.

La spiritualité, au sens large, est un prédicteur puissant de la qualité de vie, appréciée globalement et pour chacun des sous-domaines étudiés, à savoir la santé physique, psychologique et l'environnement, ainsi que de la satisfaction qu'a l'individu de sa santé. Elle l'est de façon bien plus importante que l'abstinence d'alcool, la sévérité du trouble avant l'arrivée aux AA, la présence d'un trouble de l'usage de tabac et addictions comportementales, les éventuels suivis et les variables socio-démographiques. Relativement aux domaines de la qualité de vie, après ajustement des variables confondantes, cette prédiction est nettement plus forte pour la qualité de la santé physique ($R^2=35,2\%$) et psychologique ($R^2=50,8\%$) et la qualité de vie ($R^2=33,2\%$) que la satisfaction de la santé et la qualité de l'environnement. Dans son rapport à la qualité de la santé psychologique, nous pourrions objecter que la force de cette relation est biaisée par la proximité de certains items. L'item « aimez-vous votre vie ? » de la WHOQOL est, en effet, proche des items « je me sens comblé.e et satisfait.e de ma vie », « Je ne profite pas suffisamment de la vie » (recodé en positif) de la SWBS. En

outre, l'item « Estimez-vous que votre vie a du sens ? » s'apparente à l'item « la vie n'a pas beaucoup de sens » (recodé en positif) et pourrait se rapprocher de « je crois que ma vie a un vrai but » de la SWBS. Ces items sont certes corrélés, mais d'une force relativement faible pour des intitulés se ressemblant ($0,48 < r < 0,55$), nous ne pouvons pas conclure à une absence de biais, mais, tout au moins, à une dissimilitude et une relation non tautologique, contrairement à ce que pouvait affirmer (Koenig, 2008) en la matière.

Nous avons approfondi nos investigations, en testant des modèles avec une évaluation de la qualité de la santé psychologique exempte de ces deux items posant question. La qualité des modèles et la part de variance expliquée de la santé psychologique par la spiritualité étaient comparables. Autrement dit, la relation forte et significative touche la globalité des items évaluant la qualité de vie en lien avec la santé psychologique. Les items les plus apparentés peuvent au même titre que les autres être conservés et doivent même l'être : leur retrait nuirait à la qualité de la mesure de la santé psychologique : la cohérence interne initialement très satisfaisante ($\alpha=0,77$), le deviendrait à peine ($\alpha=0,66$).

Par conséquent, la mesure de cette spiritualité au sens large constituerait davantage un domaine connexe avec un recouvrement plus ou moins large en fonction de la formulation des énoncés et de l'étendue de la définition. En investiguant cette relation, Koenig (2008) avait déploré cet élargissement de la définition et l'évaluation de la spiritualité, rendant vaines certaines études. Ainsi, il s'insurgeait contre une spiritualité comme objet de recherche qui engloberait le but et sens de la vie, la connexion avec les autres, le bien-être, la paix intérieure, l'espoir qui sont des dimensions de la santé mentale. En outre, selon cet auteur, cette spiritualité ainsi conçue ferait fi de la conscience ou quête spirituelle associée à une lutte, un mécontentement et parfois aussi à une morbidité mentale et physique. Koenig (2008) récrie encore davantage une spiritualité qui fait en plus des éléments sus-cités, entrer dans son champ des indicateurs séculiers ouvrant l'inclusion à des populations d'athées et d'agnostiques. Ce questionnement exigerait une réflexion épistémologique. Déjà, il paraît important de différencier indicateurs et éléments constitutifs. Même si « le sens et but à la vie » est un indicateur de la santé mentale, en est-il pour autant un élément constitutif ? Si l'on reprend la définition de l'OMS (OMS, 1948, p. 100), la santé est, en plus d'une absence de maladie et d'infirmité, « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Ainsi conçue, la santé mentale comprend d'une part un bon fonctionnement cognitif, neuropsychologique et une absence de pathologie psychiatrique et, d'autre part un bien-être mental ou bien-être subjectif. Ce dernier, conceptualisé par Diener (2000, p. 34) consiste en « une satisfaction de la vie (jugements global de sa vie), une satisfaction dans des domaines importants (ex : satisfaction professionnelle), des affects positifs (vivre de nombreuses émotions et humeurs plaisantes), et de faibles niveaux d'affects négatifs (vivre peu

d'émotions ou humeur déplaisantes). La robustesse de cette structure tridimensionnelle (Satisfaction de la vie, affects positifs et absence ou faiblesse des affects négatifs) a été confirmée (Busseri, 2018). Ainsi, le sens et but à la vie ne participe pas à la définition de la santé mentale, il n'est qu'un estimateur parmi d'autres. En revanche, la satisfaction de la vie est essentielle.

Concernant la spiritualité nous avons vu que les notions de sens et de but étaient importantes. La recherche de sens est l'essence de la religion. Concernant la spiritualité, dans les définitions sur lesquelles nous nous sommes fondées, le sens n'apparaît pas clairement et le but est la recherche du sacré. La spiritualité ou la religion traite de buts ultimes, par conséquent apportent un sens existentiel. En revanche, la satisfaction de la vie semble davantage en être une conséquence, en tout cas pas spécifique à la spiritualité, ce qui l'est certainement plus est la capacité à se satisfaire de la vie ou encore une façon d'apprécier la vie et le serait d'autant plus au travers un registre lexical plus connoté comme, par exemple, le contentement, la capacité à s'émerveiller, la béatitude, la plénitude.

Ainsi, évaluer le lien entre ces deux notions est complexe, car les frontières en sont floues. Ce chevauchement n'est en fait que le reflet que la spiritualité au sens large est un indicateur de la santé psychologique ou tout au moins d'un bien-être subjectif. Elle est aussi le signe que cette spiritualité participe ou encore plus est une composante à part entière de qualité de vie. Finalement, sa proximité avec la santé psychologique semble sujette à davantage de controverses que les chevauchements entre la santé physique et la santé psychologique qui n'ont pas empêché l'étude des liens entre ces notions.

Considérer la spiritualité comme partie intégrante de la qualité de vie, était déjà perceptible dans la version longue de la WHOQOL (Whoqol Group, 1998) qui comprenait un domaine spirituel (le sixième de la qualité de vie). Elle a été nettement plus affirmée par l'émergence de la notion qualité de vie spirituelle, évaluable par l'échelle de qualité de vie spiritualité religion croyances personnelles (WHOQOL SRPB, World Health Organization Quality Of Life Spirituality Religion Personal Believes, WHOQoL SRPB Group, 2006) ou sa version courte (SQOL-9, Skevington, Gunson, & O'Connell, 2013). La WHOQOL SRPB compte 33 facettes, 25 sont issues de la WHOQOL-100 et les huit autres concernent le domaine spirituel et sont : la connexion à un être ou une force spirituelle, le sens de la vie, l'admiration et l'émerveillement, la complétude et l'intégration, la force spirituelle, la paix intérieure/sérénité/harmony, l'espoir et l'optimisme, et enfin la foi. Cette conception de la spiritualité au sens large comme partie de la qualité de vie a été confirmée par les analyses de O'Connell et Skevington (2010) de la WHOQoL SRPB effectuées sur un échantillon de 285 personnes, en bonne ou mauvaise santé, religieuses, spirituelles, agnostiques ou athées. Ils ont ainsi pu conclure que la qualité de vie spirituelle faisait partie intégrante de la qualité de vie et comptait comme un domaine distinct

et aussi important que les autres. Sur les six facteurs qu'ils ont obtenus, les éléments spirituels formaient un deuxième facteur (16,8% de la variance), entre la santé physique (F1 : 18,5% de la variance) et un facteur psychosocial (F3 : 14,6% de la variance). Ils ont néanmoins trouvé une forte proximité entre les domaines spirituel et psychosocial sans pour autant pouvoir conclure à une substituabilité des deux.

Nos résultats vont en ce sens, la question serait alors de se demander si la spiritualité au sens large, intégrant des notions humanistes ne serait pas une étape intermédiaire entre une spiritualité recentrée sur une recherche de transcendance et la santé mentale et physique et la qualité de vie en général. Cette conception paraît appropriée pour appréhender la spiritualité des AA. Rappelons que la quintessence de cette dernière est le développement d'une relation à une Puissance supérieure et ceci en vue de recouvrer la santé. La deuxième étape du programme des AA l'énonce clairement : « Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison » (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 66). La prière et la méditation figurent dans leur programme, mais comme moyen d'approfondir et maintenir cette relation à une Puissance supérieure (« Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter ») (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 67). Le pardon peut être supposé dans la 9^{ème} étape (« Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquons de leur nuire ou de nuire à d'autres ») (Alcoholics Anonymous, 2003, p. 67). Apparaissent également les champs lexicaux de la gratitude (55 itérations) et l'espoir pour soi (9 itérations) pour les autres (15 itérations) et d'actions prosociales. La recherche de sens ou but dans la vie n'est, sauf erreur de notre part, mentionné à aucun endroit dans le livre de référence des AA (Alcoholics Anonymous, 2003).

En rapport à nos résultats sur la relation entre la participation aux AA et la spiritualité, nous faisons l'hypothèse que ce qui est central et premier dans le développement spirituel des AA est la croyance en une PS, qui a pu être évaluée par l'item RBB1, puis la recherche d'une relation de qualité avec celle-ci, évaluée par la RWB, et notamment par la prière (RBB2c) et la méditation (RBB2b). Enfin, seraient développées, soit comme approfondissement ou extension ou conséquences des premiers ou de façon moindre car jugés moins important, des valeurs spirituelles touchant davantage à des courant humanistes (EWB).

Nos résultats ont en effet établi que la participation aux AA, et en particulier l'apprentissage et l'application du programme des AA, est un prédicteur beaucoup plus puissant de la croyance en un Dieu/une PS et les comportement, pensées, expériences S/R, puis toujours de façon puissante mais

dans une proportion moindre de la qualité de la relation avec une Puissance supérieure et enfin de façon nettement plus faible du bien-être existentiel. Or, c'est ce dernier qui prédit le mieux en termes de puissance et de nombre de domaines, l'augmentation de la qualité de vie. Ainsi, notre questionnement serait davantage de savoir si une participation aux AA par une augmentation de la croyance en un Dieu, de la qualité de son lien à lui, de la fréquence des pratiques et expériences spirituelles qu'elle pourrait induire favoriserait un sens et but à la vie, une vision optimiste, une confiance en l'avenir et une satisfaction de la vie qui à leur tour seraient vecteur de qualité de vie.

Nous avons souhaité apporter des premiers éléments de réponse en testant une éventuelle prédiction du bien-être existentiel par les croyances, pensées, expériences et pratiques S/R ainsi que par la qualité d'une relation à Dieu/une PS. Les résultats de cette analyse, (Cf. Tab. 67) ont établi qu'après ajustement des variables secondaires, la qualité de la relation avec une PS expliquait 30,2% de la variance du bien-être existentiel et la méditation et l'expériences de la présence de Dieu/une PS 23,7%. Ces résultats confortent cette hypothèse de cette étape intermédiaire et nous font poser la question suivante : Est-ce que c'est en induisant une augmentation d'un bien-être existentiel que le développement d'une relation de qualité à Dieu/une PS et de la pratique de la méditation, préconisé par le programme en 12 étapes, aurait un effet sur la QDV ?

Tableau 65. Prédiction du bien-être existentiel par la qualité de la relation à un Dieu/une PS, les expériences de la présence de Dieu/une PS et la méditation

	EWB				EWB			
	β	SE	t		β	SE	t	
intercept	-0,03	0,08	-0,40		0,04	0,08	0,53	
CSP élevé	0,22	0,11	1,95	.	0,22	0,11	2,06	*
Psychotrope	-0,44	0,14	-3,19	**				
Autre entraide	0,24	0,17	1,40					
Dur Cons Mass	-0,12	0,06	-2,09	*	-0,10	0,05	-1,86	.
Qt Alc	0,13	0,06	2,25	*	0,09	0,05	1,69	.
Abstinence	0,13	0,06	2,31	*	-0,23	0,13	-1,77	.
Addiction Cpt					0,13	0,05	2,43	*
RBB2b	0,21	0,06	3,60	**				*
RBB2f	0,19	0,06	3,31	**				**
RWB					0,43	0,05	8,05	*

EWB : bien-être existentiel, CSP : catégorie socio-professionnelle, psychotrope : avoir un traitement psychotrope, autre entraide : participer à un autre groupe d'entraide, Dur Cons Mass : durée de la consommation massive d'alcool, Qt Alc : Quantité d'alcool consommée pendant la période d'alcoolisation massive ; RBB2b : méditation, RBB2f : expérience de la présence de Dieu/une PS, RWB : qualité de la relation à un PS/Dieu. *** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; . $p < 0,1$

6. La spiritualité comme médiateur des effets de la participation aux AA sur la résilience et la qualité de vie

Les modèles obtenus sur les relations participation aux AA, spiritualité et résilience suscitent deux réflexions. Le premier problème ne concerne pas le lien en soi entre participation aux AA et résilience. Le coefficient standardisé ($\beta=0,20$, $p<,01$ pour RI6 et $\beta=0,16$, $p<,01$ pour le nombre de réunions hebdomadaire) est satisfaisant, au regard de ceux trouvés dans des études liant participation aux AA et abstinence ($\beta=0,11$, $p<,05$, Kelly 2012). Ce qui nous questionne est la faible part de variance globale expliquée ($R^2=10,4\%$, pour le modèle avec RI6 ; $R^2=8,6\%$ pour celui avec le nombre de réunions hebdomadaires) dans les modèles dans lequel intervient la relation. Les études publiées sur la participation aux AA, la spiritualité et l'abstinence ne rapportent pas la qualité de leur modèle. Nous n'avons donc pas d'éléments comparatifs. Néanmoins, un tel résultat oblige à des précautions : entrer des variables expliquant davantage la résilience pourrait avoir pour effet d'évincer celles relevant de la participation aux AA. Telle est le cas, lorsque certaines variables spirituelles sont ajoutées. La faiblesse de la qualité des modèles participation AA-résilience est d'autant plus marquante que celles des modèles portant que les deux versants de la relation indirecte est très satisfaisante. La part de variance expliquée par le meilleur modèle évaluant la relation entre la participation aux AA est de 47,2% et celle du meilleur modèle évaluant la relation entre spiritualité et résilience s'élève à 32,2%. Le chemin indirect ne serait-il pas la meilleure voie d'accès à la résilience ?

Cette question nous amène à notre deuxième réflexion. Les éléments de la participation aux AA prédisant une augmentation de la résilience, ne sont pas les meilleurs prédicteurs de la spiritualité. Etant donné que la voie indirecte est celle qui semble garantir une meilleure résilience, il serait plus pertinent de chercher à accroître les éléments de la participation aux AA prédisant une plus forte variation de ces prédicteurs spirituels plutôt que ceux associés à une plus forte augmentation de la résilience.

Ainsi, il apparaît que ce serait à la condition d'être associé avec un développement spirituel que la participation aux AA pourrait l'être avec la résilience.

Les mêmes interprétations sont applicables pour les médiations de la spiritualité dans l'effet de la participation aux AA sur la QDV et rejoignent notre développement du paragraphe précédent : les effets indirects ont tendance à être plus significatifs que les effets directs. Il semblerait ainsi plus profitable de développer les éléments de participation les plus fortement associés aux éléments spirituels qui expliquent une plus grande part de variances de la QDV.

Synthèses de la discussion relative aux hypothèses

Participation aux AA et spiritualité

- **La participation aux AA est un prédicteur plus puissant de la spiritualité au sens strict** (croyance, pensées, expériences, comportements S/R et relation de qualité avec un Dieu/une PS) **que de la spiritualité au sens large** (bien-être existentiel).
- Notre étude s'accorde avec celles soutenant la **multidimensionnalité de la participation aux AA** et non sa simple réduction à l'assistance aux réunions.
- Être fumeur de tabac est un prédicteur d'une diminution de l'augmentation de la spiritualité. Ce résultat s'accorde avec ceux d'une association négative entre addiction et spiritualité, il pourrait aussi être le signe d'un engagement plus faible et insuffisant pour permettre un fonctionnement psychique pouvant se dispenser d'un usage de substances psychoactives.
- Avoir eu une consommation forte massive forte est un prédicteur d'une augmentation de la spiritualité. Ce résultat va dans le sens des publications concluant à une propension plus importante des personnes avec un trouble addictif plus sévère à tirer profit des AA au travers un changement spirituel.

Participation aux AA et résilience

- Comparativement à des populations tout venant, d'étudiants ou de femmes âgées, la **résilience des membres des AA** se caractérise par la contribution d'une diversité d'aptitudes personnelles, **orientation vers un but, auto-gestion des situations et des affects négatifs, persévérance, adaptation**, et une **contribution relativement élevée des éléments spirituels**.
- Les plus forts prédicteurs d'une augmentation de la résilience, sont l'augmentation des relations interpersonnelles aux AA et le nombre hebdomadaire de réunions. Ces deux facteurs pourraient s'auto-renforcer au travers un partage de croyances, normes valeurs et pratiques communes. La résilience pourrait s'expliquer au travers un soutien social particulièrement profond du fait de ce système de croyances et pratiques communes et la réinterprétation cohérente et résolutive, au travers le programme spirituel en 12 étapes de leur vécu douloureux.

Spiritualité et résilience

- La recherche a établi que la spiritualité était facteur de résilience. Elle l'explique essentiellement par l'apport de sens que son système de croyances peut fournir au vécu de l'individu. Sur l'échantillon de membre des AA, le sens à la vie n'est cependant pas le meilleur prédicteur de la résilience. Ce qui prime, dans cet échantillon est de **trouver un but à la vie et d'orienter sa vie en fonction de ce dernier**. Ces éléments pourraient à leur tour inscrire l'individu dans un **processus d'empowerment**, contrecarrant ainsi l'assujettissement que vivait l'individu du fait de son TUA. Ainsi, il semblerait qu'en admettant leur impuissance (étape 1 du programme en 12 étapes) et en déléguant du contrôle à une Puissance supérieure, paradoxalement, l'individu reprendrait le contrôle de sa vie.
- La **capacité à profiter de la vie** comme prédicteur de la résilience peut être rapproché des thérapies basées sur la pleine conscience et notamment de « la prévention des rechutes basée sur la pleine conscience »
- Le TUA a pu, notamment, être expliqué comme l'échec d'une tentative de réparation d'un attachement *insecure*. Des recherches ont prouvé la plasticité de l'attachement. **La satisfaction de sa relation à une Puissance supérieure** est, sur notre échantillon, un prédicteur de résilience. Ainsi, la construction d'une relation satisfaisante avec une PS bienveillante pourrait fournir une **base sécurisante** qui permettrait de vivre une **expérience émotionnelle correctrice d'un attachement insécurisé**. Elle pourrait avoir pour effet de créer une vision de soi, du monde et des autres propices au développement d'une estime et d'une confiance en soi.
- **Faire l'expérience de Dieu dans son quotidien** pourrait être le signe d'une **réinterprétation positive par un Dieu/une PS bienveillante**. Les **émotions positives** alors induites génèreraient une **régulation émotionnelle** et une **augmentation des ressources cognitives, sociales et comportementales**, selon la théorie de « l'élargissement-constructions des émotions ». Les émotions positives par l'attribution d'un sens positif aux événements, devrait constituer un renforcement positif du processus favorisant ainsi son automatiser.

Spiritualité et QDV

- La **spiritualité au sens large** formerait un **domaine connexe à la QDV** avec des **zones de recouvrement** plus ou moins larges. Il semble alors important de différencier éléments constitutifs et indicateurs de la QDV. Ainsi, le sens et but à la vie, au regard de la définition de la QDV par l’OMS, n’apparaît pas comme un élément constitutif de la QDV, mais peut en être un indicateur. La satisfaction de la vie est, en revanche, un élément essentiel de la QDV.
- Des recherches ont conclu à l’existence d’une dimension spirituelle à la QDV, la qualité de vie spirituelle. Celle-ci est proche des domaines psychologique et social sans pour autant être confondu. Nos résultats vont en ce sens, concernant la **spiritualité au sens large** (bien-être existentiel). Cette dernière pourrait être vue comme une **étape intermédiaire entre** une spiritualité recentrée sur la **recherche de transcendance** et la **QDV**. Nos résultats vont en ce sens ils posent la question d’un éventuel effet du développement de la qualité de la relation à Dieu/une PS sur la QDV au travers l’augmentation du bien-être existentiel qu’il pourrait induire.

Participation AA – Spiritualité – Résilience/QDV

- Les **effets indirects** (via la spiritualité) ont tendance à être **davantage significatifs** que les effets directs. Les parts de variances expliquées entre la participation aux AA et la spiritualité et entre la spiritualité et la résilience/QDV sont plus importantes que celles entre la participation aux AA et la Résilience/QDV et les modèles meilleurs. Il semblerait ainsi plus profitable de développer les éléments de participation aux AA les plus fortement associés aux éléments spirituels qui expliquent une plus grande part de variance de la Résilience/QDV. **Il semblerait que ce se serait essentiellement à la condition d’être associé avec un développement spirituel que la participation aux AA pourrait l’être avec la résilience/QDV.**

V - Limites et intérêts de l'étude

1. Limites

1.1. Limites liées aux mesures

Etant donné le côté novateur de l'étude, aucun outil, à notre connaissance, n'a été développé en France pour évaluer la participation aux AA et la spiritualité. Les outils utilisés ne correspondaient pas dans leur totalité à notre population d'étude et ont dû être adaptés à notre objet d'étude la spiritualité des AA. En outre, les notions utilisées étant complexes et multidimensionnelles, choisir une échelle revient à privilégier une certaine acception ou encore se centrer sur certaines dimensions plutôt que d'autres.

1.1.1. Le questionnaire RI (*Recovery Interview*) de Morgenstern et al. (1996)

Les questionnaires d'évaluation de la participation aux AA ont été conçus pour une population américaine participant aux AA. Il correspond donc, d'une part au fonctionnement des AA aux Etats-Unis modalités de prise en charge des troubles de l'usage d'alcool des Etats-Unis. Le questionnaire RI est celui qui est le moins influencé par le contexte sanitaire et juridique des Etats-Unis. Le questionnaire AAA (Alcoholics Anonymous Affiliation, Humphreys, Kaskutas, & Weisner, 1998) demande, par exemple si la participation aux AA a été ordonnée par une décision de justice, ce qui ne correspond pas au contexte français. Cette possibilité est, certes, en train d'être mise en application aux Narcotiques Anonymes, mais pas aux Alcooliques anonymes. Quant aux AAI (Alcoholics Anonymous Involvement, Tonigan, Connors, & Miller, 1996), il pose la question d'un éventuel « travail » des étapes pendant une hospitalisation ou lors de consultations pour un trouble de l'usage d'alcool. Même si, en France, certaines réunions se tiennent dans des Hôpitaux, comme à Ste Anne, Tenon ou l'hôtel Dieu à Paris, ou que la visite de membres des AA lors d'hospitalisation soit organisée ou encore leur participation à des groupes thérapeutiques soit prévue comme par exemple au centre de traitement des addictions de l'hôpital Emile Roux de Limeil Brévannes (94), la thérapie de « facilitation aux 12 étapes » mise en œuvre en ambulatoire ou en hospitalisation aux Etats-Unis ne correspond aux modalités thérapeutiques habituellement dispensées en France pour le Trouble de l'usage d'alcool. Aussi ces deux types de questions auraient pu paraître incongru aux participants à notre étude.

Le RI, le AAA ou le AAI ont été conçus pour des patients en cours de soin ou venant d'en sortir, ce qui n'est pas le cas de notre échantillon. Contrairement aux autres questionnaires le RI ne contient pas de question explicite à ce sujet. Néanmoins, malgré sa meilleure adéquation aux personnes

recrutées pour notre étude, le RI n'en a pas moins nécessité des adaptations. Ainsi, l'échelle de temps a été organisée sur l'année écoulée au lieu du mois passé, en vue d'avoir une moyenne plus représentative d'une participation habituelle, qui soit moins affectée par des situations de vie ponctuelles ou un effet saisonnier et plus représentatif d'un mode de vie. Par ailleurs cette période est celle utilisée par la RBB (Religious Background and Behavior, (Connors et al., 1996). Par ailleurs l'étude la structure de l'outil a mis en exergue la faible cohérence de l'item sur le parrainage, et a dû être retiré lorsque les scores à l'échelle intervenaient dans nos analyses. Ainsi même si cet outil s'est avéré indispensable pour l'étude et être celui le plus pertinent parmi ceux existants, il ne correspondait pas exactement à notre population et a dû être adapté. La version considérée dans l'étude n'a pas été à proprement dit validée par des tests statistiques. Seule sa structure a été vérifiée.

1.1.2. L'échelle sur les pratiques et antécédents religieux RBB (Religious Background and Behavior) de Connors et. al (1996)

Pour les mêmes raisons exposées dans le paragraphe précédent une version française de la RBB a dû être proposée pour l'étude et seule sa structure a été vérifiée. Il a pu ainsi être mis en évidence, que la spiritualité, telle qu'elle est recueillie par la RBB aux Etats-Unis, ne correspond pas à celle des AA France. Les résultats concernant l'item sur l'assistance à un culte et davantage empreint d'une connotation religieuse divergent de ceux obtenus sur les autres items de l'échelle. Ainsi une appréciation de la spiritualité des AA France nécessite l'emploi d'une échelle complètement axée sur la spiritualité ou tout au moins d'une estimation distincte de la spiritualité et la religion. Nous avons déjà amorcé une ouverture davantage spirituelle des outils, que ce soit en ajoutant « Puissance supérieure » accolé au mot Dieu pour la RBB et en remplaçant « Dieu » dans la SWBS (Spiritual Well-Being) pour correspondre à la conception du Dieu/Puissance supérieure des AA. Laudet et White (2008) avaient également opéré ce changement dans la SWBS. Par ailleurs, ils ont considéré que la RBB évaluait la religion et la SWBS la spiritualité. Que la RBB mesure la religion nous semble discutable. Notre analyse de sa structure a d'ailleurs mis en exergue la nature spirituelle de la méditation qui s'oppose à celui sur l'assistance à un culte sur l'axe factoriel 2 (partie « résultats », Chap. II, § 1.1.3). En outre, concernant certains items contenant « Dieu/PS », l'assimilation de Dieu/PS à celui/celle d'une religion dépend de la conception qu'en ont les participants.

Relativement à l'estimation du niveau initial de spiritualité, il comporte un biais puisqu'il a été évalué rétrospectivement. Toutefois, étant donné que l'étude est transversale et qu'il était primordial de contrôler un tel indicateur, seule une évaluation rétrospective était envisageable. Poser la RBB qui est une évaluation basée sur des fréquences, donc plus objective et minimisant le biais de réinterprétation. Utiliser une échelle qui aurait exigé à l'individu de se représenter sa situation à une

certaine époque et dire à quel point telle proposition lui correspondait aurait produit un biais important. Évaluer la spiritualité avant l'arrivée aux AA avec la RBB était en outre plus pertinente qu'avec la SWBS qui est centrée sur la relation à un Dieu/une PS et qui aurait pu ne pas correspondre à leur situation avant leur arrivée aux AA. Développer une relation à une Puissance supérieure nous semble davantage correspondre au programme des AA plutôt qu'à une réalité française.

1.1.3. La sous-échelle EWB (Existential Well-Being) de la SWBS (Spiritual Well-Being)

Comme nous l'avons mentionné et analysé (partie « discussion », Chap. IV, §5), évaluer la relation entre la qualité de la santé psychologique (domaine psychologique de la WHOQOL) et la spiritualité estimée par la sous-échelle EWB (existential well-being) comporte un biais du fait de la proximité de certains items. Cependant, comme nous l'avons discuté, les sous-échelles ne mesurent pas un même phénomène et la relation forte entre les deux variables n'est pas due à la seule proximité de certains items, mais révèle davantage la contiguïté des notions.

Réaliser une description de la spiritualité des AA a motivé notre choix de proposer la sous-échelle EWB qui nous permettait de balayer l'étendue des conceptualisations de la spiritualité. Ce panorama, nous a en outre permis de repérer les éléments de spiritualité associés à la participation aux AA et ceux les plus propices au développement d'une résilience.

1.1.4. La CD-RISC (Connor and Davidson Resilience Scale, Connor & Davidson, 2003)

Connor et Davidson (2003, p. 76) considèrent que la résilience est l'ensemble des « qualités personnelles qui permettent à l'individu de se développer face à l'adversité ». Ainsi, conformément à leur conception, les auteurs ont créé un outil évaluant ces qualités personnelles que nous avons déjà pu décrire tout au long de cette thèse. Dans le grand débat de savoir si la résilience doit être conceptualisée en termes de trait ou de processus, celle de Connor et Davidson semble tenir de la conceptualisation trait. C'est d'ailleurs ainsi que la comprend Fletcher et Sarkar (2013) dans le revue et analyse de la conceptualisation de la résilience. Or, dans notre étude, nous avons voulu apprécier un processus. Cette contradiction n'est cependant qu'apparente. L'échelle apprécie d'ailleurs des capacités et non de qualités. Or, ces capacités, comme celles de se fixer des objectifs et de faire preuve d'une persévérance pour les atteindre et ceci malgré toute adversité, peuvent indéniablement évoluer au cours du temps. Connor et Davidson (2003) précisent de surcroît que la résilience varie avec le contexte, le temps et l'âge. L'échelle « *Ego-resiliency* » (Block & Kremen, 1996) serait davantage dans une appréciation de la résilience en termes de traits en utilisant les termes « habituellement » et faisant davantage appel à des qualités comme la générosité ou la curiosité, qui sont plus stables dans le temps. Il pourrait être reproché à la CD-RISC de se centrer sur les capacités personnelles et de très peu investiguer les ressources externes ou des compétences sociales contrairement, par exemple à

l'échelle de résilience pour adultes (RSA, Resilience Scale for Adults Hjemdal, Friborg, Martinussen, & Rosenvinge, 2001; Hjemdal et al., 2011) qui évalue en plus des compétences personnelles, le soutien social, la cohésion familiale et des compétences sociales. Cependant, il nous est apparu plus pertinent d'investiguer un plus large champ de compétences personnelles. En outre, la cohésion familiale nous semblait hors sujet et le soutien sociale allant de soi pour des personnes participant à un groupe d'entraide. Estimer les compétences sociales aurait cependant pu être intéressant.

1.1.5. La WHOQOL (World Health Quality of Life, (Leplège, Réveillère, Ecosse, Caria, & Rivière, 2000))

Les trois items de la WHOQOL prévus pour évaluer le domaine social de la qualité de vie manquant de cohérence, il ne nous a pas été possible de prendre en compte le score dans nos analyses. La version longue aurait sûrement pu apporter une mesure plus fiable. Cependant, l'allongement du temps de réponse alors induit nous serait apparu éthiquement et statistiquement peu souhaitable. En outre, comme précisé dans le paragraphe précédent, qu'un groupe d'entraide prédise une augmentation du soutien social a un intérêt limité. En revanche, savoir si la spiritualité des AA contribuait à renforcer le soutien social aurait pu être étudié.

1.1.6. Mesure de la quantité d'alcool consommée quotidiennement lors de la période d'alcoolisation massive

Comme nous l'avions évoqué (partie « méthodologie », Chap. V, § 1.2.1, partie « résultats », Chap. I, §4.), l'appréciation de la quantité d'alcool ingérée quotidiennement au moment de la période d'alcoolisation massive est imprécise. Cependant, elle n'a pas été recueillie pour sa valeur en soi, mais comme indicateur de la gravité du trouble.

1.1.7. Prise en compte de la durée d'abstinence

L'abstinence a été prise en compte de façon linéaire relativement à sa durée. Toutefois, il est fort probable que son impact observe une augmentation marginale décroissante. Dans ce cas, il serait plus pertinent d'utiliser, par exemple, la racine carrée de la durée.

1.2. Limites relatives à l'échantillon

L'échantillon de notre étude se démarque par un niveau socio-économique et d'éducation plus élevé que celui de la population française. Nous pourrions envisager la présence d'un biais de recrutement : seules les personnes avec un niveau d'éducation élevé ont répondu à l'ensemble des questionnaires. Toutefois, le sondage des AA (Services Généraux AA France, 2016) a obtenu des résultats équivalents en recueillant les réponses de 12,5% et 16,7%, selon les estimations de leur effectif total, de leurs adhérents. Etant donné la grande proportion de leur participant et le peu de

réponses à donner, un tel biais ne semble pas concerner leur échantillon. Cependant, cette caractéristique pouvant affecter la spiritualité, la résilience et la qualité de vie, elle a été contrôlée dans les analyses.

Un biais de recrutement peut néanmoins exister dans le fait que seules les personnes adhérant au programme des AA, au sens d'accepter le principe de développer une spiritualité pour remédier à leur trouble de l'usage d'alcool, ont été recrutées. L'appréciation d'une efficacité des AA via un développement spirituel n'est cependant pas biaisée, en revanche le lien entre participation aux AA et le développement spirituel peut l'être. Toutefois, nous avons vu qu'il existait deux modalités de participer aux AA, l'une privilégiant l'entraide et l'appartenance au groupe, notamment au travers une implication dans une activité de service au sein des AA et une autre en s'investissant davantage dans l'apprentissage et l'application du programme spirituel (partie « résultats », Chap. II, §2.4). Aussi adhérer aux AA ne semble pas nécessiter forcément une adhésion au programme spirituel et une motivation à développer sa spiritualité.

1.3. Limites liées aux résultats

Les modèles appréciant la relation entre la participation aux AA et la résilience ou la qualité de vie, la qualité de la santé physique ou la satisfaction de la santé expliquent une part de variance totale faible. Ils doivent donc être interprétés avec précaution. La relation mise en évidence pourrait disparaître avec la prise en compte de facteurs pesant davantage.

2. Intérêts de l'étude

D'un point de vue théorique, cette étude est la première à conceptualiser le rétablissement en termes de résilience. L'étude n'a cependant pas pu conclure à un effet direct satisfaisant de la participation aux AA sur la résilience. Cependant, elle a pu montrer, qu'une augmentation de la spiritualité associée à une participation aux AA était prédictive d'une augmentation de la résilience. Ce résultat va dans le sens de la présence d'un néo-développement, celui du développement spirituel, associé à une participation aux AA et à une augmentation de la résilience.

Un autre intérêt théorique est d'avoir constaté, en accord avec les avancées actuelles (Busseri, 2018; Skevington et al., 2013; WHOQoL SRPB Group, 2006) que des notions spirituelles comme le sens et but à la vie, une vision positive du monde, une capacité à profiter de la vie, une confiance en l'avenir sont des dimensions connexes au domaine psychologique de la qualité de la vie et non confondues.

Par ailleurs, l'étude nourrit la réflexion sur le traitement de la S/R dans la recherche. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'item avec une connotation religieuse est écarté de l'analyse, son

comportement diffère des autres items. Ceci encourage un traitement séparé de la religion et la spiritualité. Même s'il semble important d'évaluer les deux notions pour apprécier le phénomène dans sa globalité et inclure les personnes appartenant à une religion, un traitement séparé serait vraisemblablement plus judicieux. En outre, ce manque de significativité de l'assistance à un culte dans nos analyses, plaide en faveur d'une mesure multidimensionnelle qui ne se contente pas de cette seule appréciation qui est pourtant la plus répandue dans la recherche d'un éventuel lien de la religion avec la santé mentale et physique. Le développement d'une spiritualité aux AA n'est pas associé à une fréquentation plus importante de lieux de culte ou d'une appartenance à une religion. Par ailleurs, les résultats ont montré que la pratique de la méditation n'était pas le meilleur prédicteur, par les éléments spirituels étudiés, de la résilience ou la santé mentale. Pourtant, la méditation est l'une, si ce n'est la seule, des pratiques issues de la religion qui a été, sous une forme laïcisée, introduite dans des thérapies, notamment dans la thérapie de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience présentée précédemment et qui a prouvé une efficacité (Garland et al., 2014; Goldberg et al., 2018; Keng, Smoski, & Robins, 2011). Ainsi, les thérapies devraient encore y gagner en intégrant d'autres éléments issus de la spiritualité.

A la suite de de Montgomery, Miller, et Tonigan, (1995), Weiss et al. (2005) ou Zemore, Subbaraman, et Tonigan (2013), l'étude confirme l'importance de l'appréciation de la participation aux AA selon une échelle multidimensionnelle et non réduite à une seule mesure de l'assistance aux réunions.

Cette étude est également la première en France à proposer une description approfondie de la population des Alcooliques, relativement aux variables socio-démographiques, leur parcours de consommation d'alcool et autres substances. Elle est aussi une des rares, si ce n'est la seule, à s'être intéressée à des individus ayant jusque 48 ans d'ancienneté ($M=12,69$; $SD=9,21$). La forte corrélation obtenue entre ancienneté et abstinence ($r=0,90$; $p<,001$) a ainsi pu souligner que malgré la chronicité de ce trouble et la fréquence des rechutes, les personnes qui restaient aux AA maintenaient leur abstinence, ce qui, finalement, est un signe d'efficacité des AA. L'étude apporte au panorama des prises en charge. Lorsque l'abstinence est l'objectif recherché, ceux qui adhèrent aux AA semblent réussir à le réaliser et le maintenir au cours du temps. Cette étude présente aussi l'intérêt d'avoir, en plus d'une revue de la littérature, bâti son protocole sur la base d'écrits des AA. Il a ainsi pu être observé une correspondance entre les étapes de développement d'une spiritualité proposées par les AA et les caractéristiques de la spiritualité des AA.

En dehors de la caractérisation de la participation aux AA et de la spiritualité, celles de la résilience des AA et de leur QDV sont particulièrement intéressantes puisqu'elles permettent de repérer les éléments qui contribuent le plus à la résilience et la QDV d'individus membres des AA et qu'il s'agirait de développer pour les rendre résilient et les faire accéder à une meilleure QDV. Ces résultats ouvrent sur la question d'une possible généralisation aux personnes présentant un TUA. En outre, l'étude met en exergue les facteurs spirituels et, selon une puissance moindre, de participation, qui, prédisent une résilience et une QDV. Ils pourraient constituer des leviers thérapeutiques pour développer une résilience et une QDV chez des personnes présentant un TUA.

Un autre atout de l'étude est d'avoir pu recueillir la participation de 263 membres des AA, qui est un chiffre considérable, pour un milieu réputé comme difficile d'accès. Ce grand nombre de participants rend les descriptions de la population des AA, les caractéristiques de leur spiritualité, participations aux AA et résilience solides et permet de relativiser les disparités entre les individus dans les analyses prédictives et de s'affranchir de l'absence de normalité de certaines distributions.

Synthèse des limites et intérêts de l'étude

Limites de l'étude

- **Limites liées aux mesures.** Les échelles américaines d'évaluation de la participation aux AA et du contexte et comportement religieux correspondent au contexte sanitaire, juridique, religieux et de la recherche des Etats-Unis. Elles ont dû être adaptées pour correspondre à notre protocole et au contexte français. L'étude de leur structure a affiné leur adaptation et vérifié leur pertinence. Néanmoins, la version utilisée n'a pas été proprement parlée validée. L'estimation du niveau spirituel initial qui devait être contrôlé n'a pu l'être que rétrospectivement. La sous-échelle EWB comporte des items très proches de ceux de la QDV, qui s'explique par la proximité des notions. Son utilisation était néanmoins nécessaire pour balayer le large spectre des conceptualisations de la spiritualité. Enfin, l'évaluation de la résilience par la CD-RISC met l'accent sur les compétences personnelles. La mesure de la quantité d'alcool au moment de l'alcoolisation massive est imprécise. Elle a peu d'intérêt dans la description de la population, mais constitue néanmoins un indicateur de gravité du TUA.
- **Limites liées à l'échantillon.** Notre étude peut comporter un biais de recrutement affectant la relation entre participation aux AA et développement spirituel : il est possible que seules les personnes acceptant de développer leur spiritualité pour remédier à leur TUA choisissent de maintenir une participation aux AA. Toutefois, participer aux AA semble, implicitement, proposer une deuxième voie vers un rétablissement, celle via un engagement associatif.
- **Limites liées aux résultats.** La qualité des modèles analysant la relation de la participation aux AA avec la résilience ou la QDV est faible. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution.

Intérêt de l'étude

Apport théorique.

- L'étude est la première à avoir conceptualisé le rétablissement en termes de résilience.
- Les résultats vont dans le sens des avancées actuelles considérant la spiritualité au sens large comme un domaine de la QDV et connexe à celui de la santé psychologique.
- Ils soutiennent également un traitement séparé de la spiritualité et de la religion : mouvement abordé théoriquement mais encore peu appliqué empiriquement.
- L'absence de significativité de la variable « assistance à un culte » questionne le côté réducteur des premières recherches et de la majorité des résultats publiés sur la relation entre la S/R et la santé mentale et physique.
- L'étude confirme la multidimensionnalité de la participation aux AA.

Apport empirique.

- L'étude offre une description détaillée d'une population représentative de l'ensemble des membres des AA relativement à leurs caractéristiques socio-démographiques, des variables en lien avec leurs addictions passées et présentes, leurs soins, la nature de leur participation aux, leur résilience et QDV.
- Elle prouve une prédiction de la résilience par le développement spirituel, lui-même associé à une participation aux AA. Elle établit une prédiction de la participation aux AA sur la QDV via un bien-être existentiel, lui-même prédit par la prière, la méditation et une connexion avec une PS qui sont associés à une participation aux AA. Elle semble ainsi conforter le développement spirituel comme vecteur de rétablissement dans la participation aux AA.
- L'étude repère les plus forts contributeurs à la résilience et QDV de personnes membres des AA. Leur développement pourrait constituer des objectifs thérapeutiques de personnes présentant un TUA.
- Les résultats permettent d'identifier les éléments de spiritualité, et dans une moindre ceux de la participation aux prédictors d'un développement de des éléments constitutifs de la résilience et QDV de membres des AA. Ils apparaissent ainsi comme de possibles leviers thérapeutiques. Cette éventualité nécessiterait un approfondissement des résultats.
- Le nombre élevé des participants à l'étude (N=263) donne une solidité aux résultats et participe à un affranchissement des disparités inter-individuelles.

Conclusion :

IMPLICATIONS CLINIQUES

ET

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

I - Implications cliniques

Notre thèse s'est articulée autour de deux questions centrales : Que signifie « bien aller » ou « aller mieux » pour des personnes membres des AA et ayant présenté ou présentant un TUA ? Quels sont les éléments inhérents à leur participation aux AA et de leur spiritualité susceptible de les faire accéder à cet « aller bien ». Nous avons proposé d'y répondre en utilisant les concepts de résilience et de qualité de vie. L'étude des caractéristiques de la résilience et de la qualité de vie des membres des AA nous a apporté des éléments de réponse à la première question. Celle des relations de la résilience et la qualité de vie avec la participation aux AA et la spiritualité nous en a fournis à la seconde. Nous allons rappeler les principaux résultats obtenus relativement à ces deux questions et exposer les implications cliniques qu'elles suggèrent ainsi que les perspectives de recherche qu'elles font émerger.

1. Que doivent construire ou reconstruire les personnes présentant un TUA pour « aller bien » ?

Nos résultats ont établi que le développement de la résilience des membres AA se fait essentiellement au travers une augmentation de leurs persévérance, confiance en leur capacité à gérer des situations difficiles et affects négatifs, à atteindre leurs objectifs et à s'adapter (Partie « résultats », Chap.II, §3.1.4 ; Partie « discussion », Chap.III, §2.1.). Ils ont également mis en exergue que le développement de leur qualité de vie était porté par satisfaction de la vie et de soi et ainsi que l'augmentation de leur vitalité s'exprimant notamment au travers une satisfaction de sa capacité à accomplir les tâches professionnelles et du quotidien et de sa mobilité (Partie « résultats », Chap.II, §3.2.5 ; Partie « discussion », Chap.IV, §3.2).

2. De quels éléments les personnes présentant un TUA ont-elles besoin pour développer leur résilience et améliorer leur qualité de vie ?

Nous avons établi que l'augmentation de la fréquence de leurs contacts au sein des AA, du recours aux AA pour prendre des décisions dans leur vie personnelle, de leur engagement dans une activité de service au sein des AA et l'ampleur avec laquelle ils organisent leur vie autour des AA prédit un accroissement de leur résilience et/ou de leur qualité de vie. Ainsi, il semblerait que pour « aller mieux voire bien », ces personnes se saisissent de ces éléments en participant aux AA. Cette conclusion ne permet, cependant, pas d'identifier avec précision ce que retire l'individu de ces actions. Ainsi, l'augmentation des relations interpersonnelles peut recouvrir plusieurs fonctions. Elle peut correspondre à une simple reconstruction de liens sociaux et d'appartenance à un groupe dont

l'addiction en avait dépourvu l'individu. Dans ce cas, on peut supposer que la participation à un groupe quel qu'il soit suffirait, autrement dit le fait que l'autre soit membre des AA ou non n'importerait pas. Inversement, il peut s'agir de la constitution d'un réseau spécifique et non d'opportunité comme conséquence de la qualité des relations trouvées, comme par exemple une identification particulièrement forte du fait de croyances et normes communes, un apport de sens d'un vécu ou de solutions grâce au programme des 12 étapes. Une telle fonction irait, notamment, dans le sens de l'élément prédicteur d'une augmentation de la résilience et la QDV « recourir aux AA pour prendre des décisions personnelles ». A l'inverse, l'augmentation de ces relations interpersonnelles intra-AA est aussi susceptible d'émaner d'une aide donnée, ce qui entre en cohérence avec « l'engagement dans une activité de service au sein des AA ». Celui-ci peut recouvrir un besoin de se sentir utile et de donner de soi, une dévotion. La centration autour des AA peut relever d'un besoin de l'individu de se reposer sur une structure extérieure afin d'organiser sa vie.

Ces éléments ne sont pas les meilleurs prédicteurs d'une augmentation de la résilience et/ou de la qualité de vie. Ceux qui l'expliquent davantage sont de nature spirituelle. Nous avons en effet obtenu que les meilleurs prédicteurs d'une élévation de la résilience sont la croyance en un but à la vie associée à un plan d'actions pour s'y diriger, le développement d'une capacité à profiter et se satisfaire de la vie, bénéficier d'une relation de qualité avec une Puissance supérieure (PS), faire de fréquentes expériences de la présence de Dieu/une PS. Quant à la qualité de vie, son meilleur prédicteur, d'une force telle qu'il évince tout autre élément spirituel, est l'augmentation du bien-être existentiel. Plus spécifiquement les prédicteurs sont la capacité à profiter de la vie, la satisfaction de sa vie, la croyance en un but à la vie ainsi qu'une vision positive du monde. L'amélioration du bien-être existentiel est, quant à elle, prédite par une hausse de la qualité de sa relation à Dieu/une PS, des expériences de la présence de Dieu et de la pratique de la prière et de la méditation.

3. Comment le clinicien peut-il aider la personne présentant un TUA à améliorer sa résilience et sa qualité de vie ?

3.1. Interventions favorisant la capacité à profiter, à se satisfaire et à être satisfait

Deux premiers facteurs importants possibles de la résilience et/ou la qualité de vie sont une capacité à profiter de la vie et celle d'être satisfait de sa vie. En s'appuyant sur ces données et les exploitant d'un point de vue clinique, une première intervention du clinicien pourrait être d'aider la personne à réussir à profiter des choses, de la vie et à se satisfaire des choses, de ce qu'il est, de ce qu'il a et de ce qu'il fait. Finalement, nos résultats semblent constituer un plaidoyer pour la

psychologie positive : il ne s'agit pas tant pour le clinicien de se focaliser uniquement sur une réduction d'une souffrance et de symptômes mais d'accompagner également la personne vers un bien-être. L'arrivée en 15^{ème} position sur les 24 items de la WHOQOL (après exclusion des deux items généraux) d'une absence d'affects négatifs comme élément contributeur d'une qualité de vie illustre ce constat. Rappelons toutefois que ce résultat a été obtenu sur un échantillon de personnes abstinentes d'une consommation d'alcool depuis plus de 11 ans et nos évaluations ne nous permettent pas de déterminer si une symptomatologie et une souffrance qui pourraient, par exemple, être en lien avec un trouble anxieux, dépressif ou de la personnalité ou une autre addiction, sont encore présentes.

Les principes de la psychologie positive ont été introduits dans la pratique clinique (Bernard, Zimmermann, & Favez, 2011; Duckworth, Steen, & Seligman, 2005). En 2006, Seligman a créé un modèle d'intervention, la psychothérapie positive (PPT, *Positive PsychoTherapy*) qu'il a élaboré à partir de la théorie des émotions positives de Fredrickson (The broaden-and-build theory, Fredrickson, 2001, 2004) et la « classification des vertus et forces de caractère » de Peterson (Peterson, 2000; Peterson & Park, 2005; Peterson & Seligman, 2004). Par vertus et forces de caractères, ils désignent les traits de personnalité favorisant un épanouissement social et personnel de l'individu. Des revues de littérature ont conclu en l'efficacité des interventions en psychologie positive à améliorer le bien-être subjectif et des symptomatologies anxieuse et/ou dépressives auprès de personnes et dans des contextes diverses (Bolier et al., 2013, N=39 études; Hone, Jarden, & Schofield, 2015; Sin & Lyubomirsky, 2009 N=51 interventions; Sitbon, Shankland, & Krumm, 2019, N=36 articles). Sitbon et al. (2019) rapportent des exercices de psychologie positive mis en œuvre dans des thérapies. Ils consisteront, par exemple, à « noter trois éléments agréables survenus dans la journée », de relever ce pourquoi la personne peut éprouver de la gratitude, « réfléchir sur les objectifs de vie à plus ou moins long terme », « déterminer ses forces de caractère [...] et les utiliser », être empathique et encourager autrui à dire ce qu'il ressent lorsqu'il fait part à l'individu d'une bonne nouvelle (p. 37).

Dans le champ des addictions, peu d'études portent sur des interventions de psychologie positive. Dans sa revue systématique, Krentzman (2013) a pu relever 9 études cherchant à évaluer une relation entre de telles interventions et une consommation de substances psychoactives. Krentzman (2013) a trouvé, sur une population d'étudiants, que des traits de personnalité de tempérance, c'est-à-dire un ensemble formé d'une aptitude au pardon, à l'humilité et à la prudence et une capacité d'autorégulation, étaient significativement associés avec une plus faible consommation d'alcool. Krentzman (2013) a également rapporté que des adolescents (N=10) en traitement pour TUA ayant bénéficié d'une intervention de psychologie positive avaient, par rapport à un groupe témoins d'adolescents avec TUA sur liste d'attentes pour un traitement (N=10), expérimenté une amélioration significative de leur bonheur, leur optimisme et d'affects positifs.

Nos résultats s'accordent avec ces conclusions d'un effet bénéfique des interventions de psychologie positive. Plus spécifiquement, ils soutiennent une insertion, dans les thérapies, d'exercices visant la prise de conscience de moments apportant une satisfaction, incitant un engagement dans des activités apportant une satisfaction de façon générale et/ou de soi ainsi que, des actions dirigées vers autrui, dans le cas de la qualité de la santé physique, comme peut l'indiquer la significativité de l'engagement dans une activité de service.

Nos résultats suggèrent aussi que la méditation pourrait être une méthode favorisant une résilience, et plus spécifiquement une ténacité, une capacité à gérer soi-même des situations difficiles et affectifs négatifs une adaptabilité.

La prédiction significative de la méditation d'une augmentation directe de la résilience et indirecte, via un bien-être existentiel, de la résilience et la qualité suggère qu'elle pourrait encourager une résilience, un bien-être existentiel, composé notamment d'une capacité à se satisfaire et à profiter de la vie, et indirectement une qualité de vie. Ces conclusions soutiennent la proposition de thérapies basées sur la pleine conscience (Berghmans & Herbert, 2011; Crane et al., 2017; Teasdale, 2004) ou tout au moins l'insertion d'exercices de pleine conscience dans les prises en charge des TUA. La pratique de pleine-conscience consiste, en effet, à diriger intentionnellement son attention sur l'expérience présente de perceptions intéroceptives et sensoriels, de cognitions et émotions avec une attitude de non-jugement. Elle constitue ainsi un entraînement pour développer une capacité à « profiter de l'instant présent ». Les programmes de « prévention de la rechute basée sur la pleine conscience » ont déjà prouvé des bienfaits (Marlatt & Gordon, 1985a, 1985b).

Les expériences de la présence de Dieu/une PS, peuvent consister, comme nous l'avons vu dans la partie « discussion », en une réinterprétation positive par un Dieu bienveillant. En ceci ce résultat constituerait une recommandation de techniques employées dans les Thérapies Comportementales et Cognitives de restructuration cognitive, comme celle induite par un travail sur « les pensées alternatives ».

3.2. Interventions favorisant un engagement vers un objectif central pour l'individu

Un troisième facteur important possible mis en exergue par nos résultats est la détermination d'un objectif substantiel doté d'un sens profond pour l'individu ainsi que des étapes permettant de s'y diriger.

Ce facteur est complémentaire des deux précédents. Selon Peterson, Park, et Seligman (2005), les expériences positives et évaluations positives de la vie ne suffisent pas pour rendre une vie

satisfaisante. Pour faire l'expérience de cette dernière, à la dimension de plaisir doivent être ajoutées celles de sens et d'engagement. Ce résultat semble recommander des pratiques centrées sur le repérage des valeurs, leur transposition en objectifs concrets et une planification permettant de les remplir. Notre étude ne nous permet pas de déterminer si le but et ses étapes intermédiaires émanent des valeurs propres de l'individu ou sont dictés ou tout au moins issues du programme en 12 étapes des AA. Autrement dit, ceci requiert de déterminer la mesure dans laquelle le clinicien doit être dirigiste dans son intervention. Les pratiques actuelles favorisent des interventions guidant plutôt que celles prescrivant. Cependant, ce résultat laisse à entendre que certaines personnes pourraient avoir besoin d'un accompagnement plus dirigiste, tout au moins dans un premier temps. A termes, leur résilience repose, néanmoins, sur des principes d'autogestion, d'autonomie et de contrôle de leur vie. En outre, notre revue de la littérature (partie théorique, Chap.I §6.5) a fait apparaître qu'un des facteurs de participation aux AA est l'absence d'asymétrie dans la relation.

La significativité de la centration autour des activités des AA dans la prédiction de la qualité de vie et la satisfaction de la santé va quelque peu en ce sens. Il peut révéler un besoin de l'individu que lui soient proposées des activités autour desquelles il pourra organiser sa vie. Cet engagement dans ces activités peut aussi être l'occasion, pour lui, d'avoir un rôle à remplir qui peut participer à donner un sens à la vie. La question ici aussi est de savoir à quel point l'individu est capable de se créer ses propres rôles et activités autour desquelles il organise et donne un sens à sa vie ou a besoin d'intégrer une organisation pour en adopter. Procédant de ce principe, les hospitalisations de jour ou activités thérapeutiques dispensées par d'autres structures peuvent donner une armature autour de laquelle l'individu peut organiser sa vie. Toutefois, chez les Alcooliques anonymes pour beaucoup d'activités, y prendre part, ne consiste pas en une simple participation. Ces activités demandent un investissement personnel, des responsabilités et des tâches plus ou moins complexes organisées vers un but souvent communautaire ou pour l'association elle-même. La personne n'est alors plus dans un rôle de patient, mais elle est actrice, organisatrice et responsable. Cette activité peut être occupationnelle et thérapeutique, mais ce n'est pas ce sur quoi elle est centrée, elle est dirigée vers le service aux autres.

Sans aller jusqu'à prescrire des engagements dans des services humanitaires, ce constat semble recommander de donner des responsabilités, par exemple organisationnelles, aux patients pour des activités préexistantes. Dans cet ordre d'idée, dans certains centres de traitement des addictions, des patients sont ainsi investis de responsabilités pour l'organisation et le déroulement de groupes de paroles conviant des membres d'associations d'anciens buveurs.

3.3. Vers davantage de groupes de paroles ?

La significativité de l'augmentation de la fréquence des contacts au sein des AA comme prédicteur d'une résilience et de la qualité de la santé psychologique pose la question de savoir ce qu'apportent ces relations interpersonnelles. Parmi les facteurs de motivation à participer aux AA extraits de notre analyse de publications des AA (Alcoholics Anonymous, 2003; Alcooliques Anonymes, 2003) (partie théorique, Chap.I §6.5), figurent les renforcements vicariants ainsi qu'une absence d'asymétrie relationnelle. Concernant les renforcements vicariants, Bandura (Bandura, 1986, 1994; Bandura, Ross, & Ross, 1961, 1963) a établi la supériorité de l'apprentissage par imitation de modèles que par essais-erreurs. Cette efficacité augmente en outre avec la force de l'identification au modèle. De telles considérations associées à l'absence d'asymétrie iraient dans le sens de la création de groupe de paroles intégrant des personnes à des stades différents de rémission d'un TUA et portant sur des thématiques en lien avec le rétablissement. Les facteurs d'identification seraient à déterminer : l'alcool comme « produit de choix » ? des attributs démo-socioéducatifs ? Ces considérations posent aussi la question d'un bénéfice à escompter pour les patients d'inviter des personnes membres de groupe d'entraide, quels qu'ils soient, à ces groupes de paroles organisés par une institution.

Les facteurs potentiels d'efficacité mentionnés peuvent cependant être dus ou amplifiés par des caractéristiques propres aux AA. Auquel cas, une réflexion sur la place à donner aux « Alcooliques anonymes » relativement aux parcours de soin serait à mener.

4. Comment le clinicien peut-il se positionner dans son travail clinique avec les groupes d'un programme en 12 étapes ?

Les résultats favorables à la participation des AA suggèrent un bénéfice pour les patients à attendre d'une plus grande collaboration du clinicien avec les AA. Des dispositifs existent déjà pour faciliter une découverte de groupes en 12 étapes et de leur programme. Des centres de traitement des addictions de l'APHP (Association Publique des Hôpitaux de Paris) prévoient dans le programme thérapeutique des patients la possibilité qu'ils puissent, s'ils le souhaitent, participer à des réunions des AA. Sur le modèle des programmes de « Facilitation aux 12 étapes », quelques structures en France initient leurs patients au programme des AA en basant leur projet de soins sur ce dernier et y incluant une obligation de participer à des réunions des AA/NA et de choisir un parrain. Ces structures sont : le centre APTE (Bucy-le-long, 02), l'EDVO (Montmagny, 95), le centre de psychothérapie d'Osny (95), la communauté thérapeutique d'Aubervilliers (93) ou le Pôle Action Santé Précarité de Gagny

(93) sont bâtis sur le modèle des structures de facilitation aux 12 étapes (TSF) américaines (Cf. Partie « Résultats » Chap. II, §8.1).

Un développement de l'intégration dans les prises en charge d'une participation aux réunions des AA obligatoire, facultatif, ou recommandée à certains patients ainsi que l'augmentation de centres de facilitation au programme des 12 étapes permettrait à davantage de patients de bénéficier des apports de ce programme.

Une autre modalité serait que le médecin, thérapeute ou tout autre professionnel de la santé recommande à son patient une participation à un programme en 12 étapes. Cependant, la grande majorité des professionnels sont réticents à le faire et souvent du fait de leur absence de connaissances sur les AA ou de la représentation négative et erronée qu'ils en ont (Best, Savic, Mugavin, Manning, & Lubman, 2016; Day, Gaston, Furlong, Murali, & Copello, 2005; Lopez-Gaston, Best, Day, & White, 2010). Les raisons les plus courantes de leur réticence proviennent d'une croyance que les groupes étaient non modérés, qu'ils étaient religieux, dangereux pour les personnes vulnérables, devenaient une autre addiction, n'étaient pas basés sur des preuves (Day et al., 2005). Ainsi, pour améliorer le travail des cliniciens avec les AA, il serait également nécessaire de les leur faire connaître.

L'ensemble des questions soulevées et des remarques mentionnées dans ce chapitre « Implications cliniques » ainsi que dans la partie « discussions » ouvre sur des perspectives de recherche.

II - Perspectives de recherche

1. Poursuite de la recherche présentée

1.1. Une analyse qualitative en cours

Une étude qualitative est en cours. Treize entretiens ont été effectués, et huit retranscrits. L'entretien semi-directif de recherche sous-jacent vise à recueillir des données sur les motivations à participer aux AA, la spiritualité, le rétablissement et les facteurs de rétablissements. Ainsi, elle a pour objectif d'approfondir la conception qu'ont les AA de Dieu/une PS et de façon plus générale ce en quoi consiste leur spiritualité et ce qu'ils font pour la développer. Elle devrait permettre de mieux cerner ce que signifie pour eux « se rétablir de l'alcoolisme » et finalement de repérer si ce sont des éléments de spiritualité qui les ont aidés à changer.

1.2. Analyse des données quantitatives

Les résultats ont fait naître des questionnements. Des éléments de réponse peuvent être apportés par le jeu de données existant. Ainsi, l'éventuel effet de la spiritualité sur la participation aux AA pourrait être testé. Des modélisations par équations structurelles (SEM, *structural equation modeling*) ont déjà été réalisées, mais sur la base d'analyses factorielles exploratoires. Elles pourraient être améliorées en partant des résultats présentés dans cette thèse afin de tester des effets plus complexes, notamment l'effet intermédiaire du bien-être existentiel entre une évaluation de la spiritualité au sens strict et la qualité de vie. En outre, recourir à des SEM permettrait de considérer davantage d'éléments spirituels médiateurs comparativement aux médiations causales développées dans cette thèse.

1.3. Prochaines publications

La rédaction d'un article pour une revue internationale sur les addictions est en cours. Il porte sur les relations entre, la participation aux AA, la spiritualité, et la résilience.

D'autres sont en projet. Ainsi, la conceptualisation du rétablissement et les résultats sur la résilience et la qualité de vie des AA feront l'objet d'un article pour une revue internationale. La revue de littérature sur la spiritualité sera publiée dans une revue française étant donnée l'absence de publications sur cette thématique en France. Des analyses qui ont permis de caractériser les participants à l'étude en fonction de leur niveau de résilience et de leur qualité de vie pourraient être publiées.

2. Ouverture sur de nouvelles recherches sur cette thématique

2.1. Quels patients sont susceptibles d'adhérer ?

Kelly et Moos (2003) ont prouvé qu'une faible motivation pour réduire ou arrêter sa consommation d'alcool ou/et un manque de croyance dans le modèle de maladie de l'alcoolisme développé par les AA étaient prédictrices d'un abandon de sa participation aux AA. Ainsi, afin de mieux cibler les patients susceptibles de pouvoir tirer un bénéfice d'une participation aux AA, il serait intéressant d'approfondir les descriptions apportées sur la population des membres des AA pour déterminer le ou les profils types des membres des AA. Une classification ascendante hiérarchique en fonction de la participation aux AA effectuée sur notre jeu de données pourrait déjà donner des éléments de réponse relativement aux variables socio-démographiques, en lien avec des addictions et suivis.

Un recueil de ces mêmes variables associée à une évaluation de la participation aux AA enrichies de recueil du nombre de rechutes, de l'objectif en termes de consommation d'alcool, de la

motivation à arrêter/réduire la consommation d'alcool, du parcours de soins, des traits de personnalité au moment de l'arrivée aux AA et une évaluation de la participation aux AA ou de l'abandon à un an permettrait d'affiner le profil type de l'individu adhérant aux AA.

Tester si les caractéristiques socio-démographiques, de parcours de consommation de substances psychoactives et de soins associées à des départs prématurés de programmes de soin (Wagner & Acier, 2017) constitueraient a contrario des profils susceptibles d'adhérer aux AA. En ce cas, il serait intéressant d'étudier les résultats d'une proposition d'orientation vers un centre communautaire basé sur les principes des modèles en 12 étapes ou une incitation à participer à un groupe d'entraide en 12 étapes. Ces résultats seraient à évaluer en termes d'acceptation de la proposition d'orientation, la poursuite à terme du programme de soin, l'évolution de la consommation et, dans le cas des hospitalisations, la poursuite de l'engagement dans un programme en 12 étapes à la décharge.

2.2. Quels effets sont spécifiques au programme en 12 étapes ?

Dans notre étude, nous avons contrôlé l'intensité de la participation aux AA, l'ancienneté aux AA et le nombre de réunions sur l'échantillon de membres des AA afin d'identifier ce qui était imputable à la spiritualité. Toutefois des propriétés propres aux groupes d'entraide, comme justement l'entraide, peuvent être renforcés par la spiritualité. Ainsi, une comparaison de la résilience, la spiritualité, et la qualité de vie entre des individus, après ajustement des variables socio-démographiques de parcours de soin et de consommation, des comorbidités, traits personnalité et motivations, appartenant à des groupes d'entraide différents permettrait d'isoler ce qui est imputable à la spécificité des AA, c'est-à-dire d'avoir un programme spirituel. Autrement dit un tel protocole pourrait évaluer l'éventuel effet rétroactif de la spiritualité des AA sur les mécanismes d'efficacité des groupes d'entraide quels qu'ils soient.

L'organisation d'un tel protocole est complexe. Grâce à son groupe de travail rassemblant des groupes d'entraide et des chercheurs (Boulze, Launay, & Nalpas, 2016b), l'INSERM a développé un partenariat avec des individus membres de chacune de ces associations (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale). Une collaboration avec ce groupe de travail permettrait de rendre réalisable un tel projet.

2.3. Comparaison des thérapies psychologie positive à des thérapies visant directement la réduction du TUA

Notre recherche conclut à une recommandation d'interventions de psychologie positive. Toutefois, étant donné le peu de recherches sur l'efficacité de ces interventions pour les TUA, il serait

important de tester leur efficacité pour cette pathologie et en fonction du stade de la maladie. L'articulation de ces interventions avec des techniques ciblant la réduction de la symptomatologie du TUA et autres troubles psychiatriques associés doit être étudiée (comme les TCC, l'EM, etc.) : les interventions de psychologie positive doivent-elles être appliquées indépendamment ? secondairement ? en premier lieu ? simultanément ? quels sont les critères permettant de les recommander ? Construire un protocole sur la base de ce questionnement ne semble actuellement pas réalisable à l'exception de protocoles à cas unique. Ceux-ci ont pour objet de tester l'efficacité d'un traitement pour un patient. Ici, un protocole à cas unique pourrait être utilisé pour tester l'efficacité d'une intervention de psychologie positive pour un patient en faisant passer des échelles évaluant les concepts de psychologie positives (vision positive, gratitude, affects positifs, etc.) ainsi que d'autres évaluant les troubles constatés. Une généralisation ne sera possible qu'après une réalisation d'un nombre suffisant de protocoles à cas unique ($N \geq 30$, seuil généralement admis pour la loi faible des grands nombres, seuil susceptible de varier en fonction des caractéristiques de l'échantillon et nombre de variables recueillies).

2.4. Mesure spécifique à la spiritualité des AA en France

Notre étude a mis en exergue le manque de pertinence de l'item « assistance à un culte » de l'échelle des antécédents et comportements religieux (RBB, Connors, Tonigan, & Miller, 1996). L'étude qualitative sur une partie de l'échantillon pourra déterminer les éléments caractéristiques de la spiritualité des membres des AA de France. Etant donné le peu d'échelles française d'évaluation de la spiritualité, une échelle pourrait être construite sur la base de ces résultats, et ces propriétés psychométriques testées.

De prochaines analyses devront ainsi préciser les notions d'« expériences de la présence de Dieu/une PS », du concept de « Puissance supérieure ». Lors de communications orales (Hiernaux & Varescon, 2017a, 2017b, 2018a, 2018b), la question de savoir en quoi consiste la méditation des AA est souvent posée. Ainsi, sur la base des publications des AA (Cf. partie théorique, Chap.II, §6.3) et de l'analyse qualitative en cours, il serait intéressant de proposer un questionnaire appréciant les spécificités de leur méditation.

2.5. Prise en compte d'un décalage dans le temps entre les différentes variables

L'étude présentée ne prend pas en compte l'éventualité de décalage dans le temps de l'effet de la participation AA sur la spiritualité, la résilience et la qualité de vie, ainsi que de ceux de la spiritualité sur la participation aux AA, la résilience et la qualité de vie. Des études ont considéré l'éventualité d'un effet retard de la participation aux AA sur les spiritualité et l'abstinence ainsi que de la spiritualité sur l'abstinence (Kelly et al., 2012; Kelly, Stout, Magill, & Tonigan, 2010; Kelly, Stout,

Magill, Tonigan, et al., 2011; Tonigan, Rynes, & McCrady, 2013; Tonigan, Rynes, Toscova, & Hagler, 2013). Kelly et al. (2012) ont ainsi estimé les effets entre l'assistance aux réunions à trois mois, la spiritualité à neuf mois et l'abstinence à quinze mois et obtenu des relations significatives. Tester d'éventuels effets retard exigerait la réalisation d'une étude longitudinale.

2.6. Prise en compte du processus développementale intra-individuel

Dans notre étude les processus ont été évalués en termes d'effets (au sens de prédictions pour les régressions) entre les variables et sur la base de différences inter-individuelles après ajustement des variables influentes. Pour analyser les trajectoires de développement de la spiritualité, de la résilience et de la qualité de vie, une étude longitudinale comprenant au moins trois temps de recueil de données sera nécessaire. L'appréciation des courbes développementales pourra alors être faite au travers, par exemple, d'une modélisation du développement latent (Latent Growth Curve Modeling, LGCM). Etant donné que nous posons l'hypothèse d'un développement suite à un apprentissage, il semble pertinent de faire l'hypothèse d'un développement marginal croissant au début devenant décroissant après un certain temps. Il semblerait ainsi pertinent d'observer le développement dès les débuts de l'arrivée aux AA et sur une période suffisamment longue mais limitée dans le temps. Le problème de la taille de l'échantillon risque cependant d'être une limite et poser une question de faisabilité, du fait d'une exigence élevée en nombre d'individus de la modélisation proposée. Ici aussi un partenariat avec le groupe de travail de l'INSERM faciliterait la réalisation du projet de recherche.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- Ader, R., & Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology : Conditioning and stress. *Annual review of psychology, 44*(1), 53–85.
- Aftanas, L., & Golosheykin, S. (2005). Impact of Regular Meditation Practice on EEG Activity at Rest and During Evoked Negative Emotions. *International Journal of Neuroscience, 115*(6), 893-909. <https://doi.org/10.1080/00207450590897969>
- Ai, A. L., Park, C. L., Huang, B., Rodgers, W., & Tice, T. N. (2007). Psychosocial mediation of religious coping styles : A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(6), 867-882. <https://doi.org/10.1177/0146167207301008>
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist, 46*(4), 333.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes, 50*(2), 179–211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour* (Prentice-Hall). Englewood Cliffs.
- Akvardar, Y., Akdede, B. B., Özerdem, A., Eser, E., Topkaya, Ş., & Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*(6), 693-699. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01584.x>
- Alcoholics Anonymous. (1939). *Alcoholics Anonymous : The Story of How Thousands of Men and Women have Recovered from Alcoholism*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Alcoholics Anonymous. (1981). *Nous en sommes venus à croire*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Alcoholics Anonymous. (2003). *LES ALCOOLIQUEES ANONYMES; L'histoire de milliers d'hommes et de femmes qui se sont rétablis de l'alcoolisme (4ème)*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.

- Alcoholics Anonymous. (2017). A.A. FACT FILE. Consulté 24 février 2019, à l'adresse http://www.aa.org/assets/en_US/m-24_aafactfile.pdf
- Alcooliques Anonymes. (2003). *Douze étapes et douze traditions*. New York: AA World Services, Inc.
- Alcooliques anonymes. (2018). *Alcooliques anonymes—Liste des réunions en France*. Consulté à l'adresse https://www.alcooliques-anonymes.fr/wp-content/uploads/2018/09/AA_CARNET_REUNIONS_FRANCE-.pdf
- Alcooliques Anonymes. (2018). LES AA PARTOUT DANS LE MONDE. Consulté 8 octobre 2018, à l'adresse Alcooliques Anonymes France website: <https://www.alcooliques-anonymes.fr/reunions-aa-dans-le-monde/>
- Alcooliques Anonymes. (s. d.). Aperçu sur AA. Consulté 8 octobre 2018, à l'adresse Alcooliques Anonymes France website: <https://www.alcooliques-anonymes.fr/apercu-sur-aa-association-alcooliques-anonymes/>
- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion : A psychological interpretation*. (Macmillan). Oxford, England.
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- Anscombe, F. J., & Glynn, W. J. (1983). Distribution of the kurtosis statistic b_2 for normal samples. *Biometrika*, 70(1), 227–234.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping* (Jossey-Bass Inc.). San Francisco, CA, US.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass. (1987-97506-000).
- APA. (2018). Recovery-Oriented Care. Consulté 5 novembre 2018, à l'adresse <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/recovery-oriented-care>
- APA, A. P., Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.

- APA, Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2004). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e édition, texte révisé). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Armstrong, T. D. (1995). Exploring spirituality : The development of the Armstrong measure of spirituality. *annual convention of the American Psychological Association, New York*.
- ASAM (American Society of Addiction Medicine). (2013). Terminology related to addiction, treatment, and recovery. Consulté à l'adresse <https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1-terminology-atr-7-135f81099472bc604ca5b7ff000030b21a.pdf?sfvrsn=0>
- Atkins, R. G., & Hawdon, J. E. (2007). Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 321-331. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.07.001>
- Awofala, A. A. (2013). Molecular and genetic determinants of alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases, 32*(3), 293-309. <https://doi.org/10.1080/10550887.2013.824329>
- Aziz, S., & Rehman, G. (1996). Self control and tolerance among low and high religious groups. *Journal of Personality and Clinical Studies, 12*(1-2), 83-85. (1997-06445-015).
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Audit. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*. Consulté à l'adresse http://pftp.paho.org/Public/NMH/Alcohol/Cartagena/Articulos%20USB/AuditBro-3.pdf?Mobile=1&Source=%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3De0923874-ac8b-4798-b0ae-be309b53f0b8%26View%3Db9b59ee1-e24f-4a75-8826-6b6128274b00%26RootFolder%3D%252FPublic%252FNMH%252FAlcohol%252FCartagena%252FArticulos%2520USB%26CurrentPage%3D1
- Baetz, M., Bowen, R., Jones, G., & Koru-Sengul, T. (2007). 'How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population' : Reply. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 52*(6), 406-406. (2007-10354-014).
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. (Holt, Rinehart, Winston.). Oxford, England.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Consulté à l'adresse <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1985-98423-000/>
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. Consulté à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470479216.corpsy0836/full>
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality, 2*, 154–196.
- Bandura, A. (2003). On the psychosocial impact and mechanisms of spiritual modeling : Comment. *International Journal for the Psychology of Religion, 13*(3), 167-173. https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1303_02
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 63*(3), 575.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*(1), 3.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A. W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I. B. (2007). Psychotherapy for borderline personality disorder : Mentalization Based Therapy and Cognitive Analytic Therapy compared. *International Review of Psychiatry, 19*(1), 51-62. <https://doi.org/10.1080/09540260601109422>
- Batson, C. Daniel, Oleson, K. C., Weeks, J. L., Healy, S. P., Reeves, P. J., Jennings, P., & Brown, T. (1989). Religious prosocial motivation : Is it altruistic or egoistic? *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(5), 873-884. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.5.873>
- Batson, Charles Daniel, & Ventis, W. L. (1982). *The religious experience : A social-psychological perspective*. Oxford University Press, USA.

- Bauer, J. J., & McAdams, D. P. (2010). Eudaimonic growth : Narrative growth goals predict increases in ego development and subjective well-being 3 years later. *Developmental Psychology*, 46(4), 761.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong : Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Beaujouan, L., Czernichow, S., Pourriat, J. L., Bonnet, F., & others. (2005). Prevalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : Résultats de l'enquête nationale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 24, 471–479. Consulté à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765805000626>
- Beck, F., Richard, J.-B., Guignard, R., Le Nézet, O., & Spilka, S. (2015). Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. *Tendances*, (99), 8.
- Belgherbi, S., Mutatayi, C., & Palle, C. (2015). Les repères de consommation d'alcool : Les standards mis en question. *Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies*, (3).
- Benjamins, Maureen R. (2006). Religious Influences on Preventive Health Care Use in a Nationally Representative Sample of Middle-Age Women. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1007/s10865-005-9035-2>
- Benjamins, Maureen Reindl, & Brown, C. (2004). Religion and preventative health care utilization among the elderly. *Social Science & Medicine*, 58(1), 109–118.
- Benner, D. G. (1989). Toward a psychology of spirituality : Implications for personality and psychotherapy. *Journal of Psychology and Christianity*.
- Benson, P. L., Roehlkepartain, E. C., & Rude, S. P. (2003). Spiritual Development in Childhood and Adolescence : Toward a Field of Inquiry. *Applied Developmental Science*, 7(3), 205-213.
https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_12
- Berger, P. L. (1967). *The sacred canopy : Elements of a sociology theory of religion*. Doubleday.

- Bergeron, H. (2009). I. Drogues, culture et société : Des usages régulés aux consommations massives. *Reperes*, 7-30.
- Berghmans, C., & Herbert, J. D. (2011). *Soigner par la méditation : Thérapies de pleine conscience*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered : A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 197-204. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.2.197>
- Bernard, M., Zimmermann, G., & Favez, N. (2011). Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie ? Perspectives théoriques et empiriques. *Pratiques Psychologiques*, 17(4), 301-313. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.07.002>
- Berry, K., & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults : Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(1), 15-32. <https://doi.org/10.1111/papt.12063>
- Best, D. (2017). Why the mechanisms of 12-Step behaviour change should matter to clinicians. *Addiction*, 112(6), 938-939. <https://doi.org/10.1111/add.13631>
- Best, D., Savic, M., Mugavin, J., Manning, V., & Lubman, D. I. (2016). Engaging with 12-step and other mutual aid groups during and after treatment : Addressing workers' negative beliefs and attitudes through training. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(3), 303–314.
- Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.06.001>
- Birgegard, A., & Granqvist, P. (2004). The Correspondence between Attachment to Parents and God : Three Experiments Using Subliminal Separation Cues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(9), 1122-1135. <https://doi.org/10.1177/0146167204264266>
- Blanco, C., Hasin, D. S., Wall, M. M., Flórez-Salamanca, L., Hoertel, N., Wang, S., ... Olfson, M. (2016). Cannabis Use and Risk of Psychiatric Disorders : Prospective Evidence From a US National

- Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 388-395.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3229>
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency : Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*, 70(2), 349.
- Blonigen, D. M., Timko, C., & Moos, R. H. (2013). Alcoholics Anonymous and Reduced Impulsivity : A Novel Mechanism of Change. *Substance Abuse*, 34(1), 4-12.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691448>
- Bogenschutz, M. P., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (2006). Examining the effects of alcoholism typology and AA attendance on self-efficacy as a mechanism of change. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), 562-567.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions : A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bond, J., Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (2003). The persistent influence of social networks and alcoholics anonymous on abstinence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(4), 579-588.
- Borkman, T. J., Stunz, A., & Kaskutas, L. A. (2016a). Developing an Experiential Definition of Recovery : Participatory Research With Recovering Substance Abusers From Multiple Pathways. *Substance Use & Misuse*, 51(9), 1116-1129. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1160119>
- Borkman, T. J., Stunz, A., & Kaskutas, L. A. (2016b). Developing an Experiential Definition of Recovery : Participatory Research With Recovering Substance Abusers From Multiple Pathways. *Substance Use & Misuse*, 51(9), 1116-1129. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1160119>
- Borras, L., Khazaal, Y., Khan, R., Mohr, S., Kaufmann, Y.-A., Zullino, D., ... Sloboda, Z. (2010). Dialogue. *Substance Use & Misuse*, 45(14), 2357-2410. <https://doi.org/10.3109/10826081003747611>
- Boulze, I., Launay, M. M., & Nalpas, B. (2016a). Les usagers et la recherche en alcoologie : Innovation de la recherche communautaire = Alcohol users and research: Innovating community-based research. *Alcoologie et Addictologie*, 38(1), 37-46. (2016-24882-004).

- Boulze, I., Launay, M., & Nalpas, B. (2016b). Les usagers et la recherche en alcoologie. Innovation de la recherche communautaire. *Alcoologie et Addictologie*, 38(1), 37-46.
- Boulze, I., Launay, M., & Nalpas, B. (2016c). Variation of Interpersonal Values Following Alcohol Withdrawal in Alcoholics Seeking Treatment : 12-Month Longitudinal Study. *Psychology*, 07(01), 19-27. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.71004>
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago und London: The University of Chicago Press.
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. London. *Tavistock Publications*. Boyd, J. H, & Weissman, MM (1981). *Epidemiology of affective disorders: A re-examination of future directions*. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1039–1046.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York (Basic Books) 1988. (Basic Books). New York, NY, US.
- Bradley, D. E. (1995). Religious involvement and social resources : Evidence from the data set « Americans » changing lives'. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34(2), 259-267. <https://doi.org/10.2307/1386771>
- Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(27), 11483-11488. <https://doi.org/10.1073/pnas.0606552104>
- Brennan, K. A. (1999). Searching for secure bases in attachment-focused group therapy : Reaction to Kilmann et al (1999). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 148-151. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.3.2.148>
- Brindley, D. N., & Rolland, Y. (1989). Possible connections between stress, diabetes, obesity, hypertension and altered lipoprotein metabolism that may result in atherosclerosis. *Clinical science (London, England: 1979)*, 77(5), 453–461.
- Bruce, S. (1996). *Religion in the modern world : From cathedrals to cults*. Oxford University Press.

- Buckingham, S. A., Frings, D., & Albery, I. P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1132-1140. <https://doi.org/10.1037/a0032480>
- Bureau des Services Généraux des AA. (2016). *Communiqué de presse. Décès de Manuel M, fondateur du mouvement Alcooliques anonymes en France*. Consulté à l'adresse https://www.alcooliques-anonymes.fr/wp-content/uploads/2016/11/20161106_AA_CommuniqueDecesManuelM.pdf
- Bureau des Services Généraux des AA. (2018). *Nombre de groupes et de membres estimés dans le monde*. Consulté à l'adresse https://www.aa.org/assets/fr_FR/smf-132_fr.pdf
- Burkhart, L., & Solari-Twadell, A. (2001). Spirituality and religiousness : Differentiating the diagnoses through a review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 12(2), 45–54.
- Burns, R. A., & Anstey, K. J. (2010). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) : Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 527–531.
- Busseri, M. A. (2018). Examining the structure of subjective well-being through meta-analysis of the associations among positive affect, negative affect, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 122, 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.003>
- Caldwell, P. E., & Cutter, H. S. (1998). Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), 221–228.
- Caplan, L., Sawyer, P., Holt, C., & Brown, C. J. (2014). Religiosity after a diagnosis of cancer among older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 26(4), 357-369. <https://doi.org/10.1080/15528030.2014.928922>
- Carroll, S. (1993a). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of studies on alcohol*, 54(3), 297–301.

- Carroll, S. (1993b). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(3), 297–301.
- Chambers, J. M., & Hastie, T. J. (1992). *Statistical models in S* (Vol. 251). Wadsworth & Brooks/Cole Advanced Books & Software Pacific Grove, CA.
- Chan, D., & Woollacott, M. (2007). Effects of level of meditation experience on attentional focus : Is the efficiency of executive or orientation networks improved? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(6), 651-657. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.7022>
- Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1989). Age differences in religious participation among Black adults. *Journal of Gerontology*, 44(5), S183-S189. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.5.S183>
- Chen, G. (2010). The Meaning of Suffering in Drug Addiction and Recovery from the Perspective of Existentialism. *Buddhism, and the*, 421363–375.
- Chida, Y., Steptoe, A., & Powell, L. H. (2009). Religiosity/Spirituality and Mortality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 81-90. <https://doi.org/10.1159/000190791>
- Clark, P. A., Drain, M., & Malone, M. P. (2003). Addressing Patients' Emotional and Spiritual Needs. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(12), 659-670. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(03\)29078-X](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(03)29078-X)
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital : Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 1971-1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>
- CNRTL. (2012). Etymologie de dépendance. Consulté 10 décembre 2018, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/etymologie/d%C3%A9pendance>
- Coe, G. A. (1903). *The spiritual life : Studies in the science of religion*. FH Revell.
- Cohen, A. B. (2009). Many forms of culture. *American Psychologist*, 64(3), 194-204. <https://doi.org/10.1037/a0015308>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385–396.
- Colnort-Bodet, S. (1965). Légendes ou histoire de la thérapeutique alcoolique. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 53(187), 452-460. <https://doi.org/10.3406/pharm.1965.6798>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale : The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (1996). A measure of religious background and behavior for use in behavior change research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 90.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (2001). Religiosity and responsiveness to alcoholism treatments. *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses*, 8, 166–175.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S., Miller, W. R., & MATCH Research Group. (2001a). A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome : Retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 817-825.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S., Miller, W. R., & MATCH Research Group. (2001b). A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome : Retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(6), 817-825.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community mental health journal*, 39(6), 487–499.
- Cottencin, O., Harbonnier, J., Guardia, D., Rolland, B., & Danel, T. (2014). The system of medical treatment for addiction in France. *International Journal of Mental Health*, 43(3), 19-26. <https://doi.org/10.1080/00207411.2014.1003734>
- Cowlshaw, S., Niele, S., Teshuva, K., Browning, C., & Kendig, H. (2013). Older adults' spirituality and life satisfaction : A longitudinal test of social support and sense of coherence as mediating mechanisms. *Ageing and Society*, 33(7), 1243-1262. <http://dx.doi.org.frodon.univ-paris5.fr/10.1017/S0144686X12000633>

- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990-999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Craplet, M. (2000). *Passion alcool*. Paris: Odile Jacob.
- Craplet, M. (2005). L'alcool, notre drogue préférée. *Raison présente*, 153(1), 63-72. <https://doi.org/10.3406/raipr.2005.3905>
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism : The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of clinical psychology*, 20(2), 200–207.
- da Silva Lima, A. F. B., Fleck, M., Pechansky, F., de Boni, R., & Sukop, P. (2005). Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males : A pilot study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 14(2), 473-478. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-5327-1>
- Daaleman, T. P. (2004). Religion, Spirituality, and the Practice of Medicine. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 17(5), 370-376. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.5.370>
- D'Agostino, R. B. (1970). Transformation to normality of the null distribution of g_1 . *Biometrika*, 679–681.
- Dansby, R. A., Hayes, N. D., & Schleiden, C. (2017). A guide for assessing clients' attachment to the sacred : The spiritual attachment history. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 39(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9402-5>
- Davidson, J. R., & Conner, K. M. (2011). *Overview : Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. RISC Manuel. University School of Medicine. Duke.
- Day, E., Gaston, R. L., Furlong, E., Murali, V., & Copello, A. (2005). United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(4), 321-327. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.08.009>

- DeLucia, C., Bergman, B. G., Beitra, D., Howrey, H. L., Seibert, S., Ellis, A. E., & Mizrachi, J. (2016). Beyond abstinence : An examination of psychological well-being in members of Narcotics Anonymous. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 17(2), 817-832. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9609-1>
- DeLucia, C., Bergman, B. G., Formoso, D., & Weinberg, L. B. (2015). Recovery in Narcotics Anonymous from the perspectives of long-term members : A qualitative study. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10(1), 3-22. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2014.969064>
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), S51-S62. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.10.013>
- Dermatis, H., & Galanter, M. (2016). The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery. *Journal of Religion and Health*, 55(2), 510-521. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0019-4>
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., & Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use : A risk factor for the development of alcohol disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745-750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.745>
- Didier, B. (2003). Facteurs de résilience dans les toxico-dépendances. *Psychotropes*, 9(1), 61. <https://doi.org/10.3917/psyt.091.0061>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being : The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dişsiz, M., Beji, N., & Oskay, Ü. (2015). The effects of alcohol dependence on the quality of life and sex life of women. *Substance Use & Misuse*, 50(11), 1373-1382. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1013129>
- Doyle, D. (1992). Have we looked beyond the physical and psychosocial? *Journal of pain and symptom management*, 7(5), 302-311.

- Drobes, D. J. (2002). Concurrent Alcohol and Tobacco Dependence : Mechanisms and Treatment. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 136-142. (2003-05126-009).
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Duffy, P., & Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment : Plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8, 6. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-6>
- Dunn, K. S., & Horgas, A. L. (2004). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5(1), 19-28. [https://doi.org/10.1016/S1524-9042\(03\)00070-5](https://doi.org/10.1016/S1524-9042(03)00070-5)
- DuPont, R. L., & McGovern, J. P. (1992). Suffering in addiction : Alcoholism and drug dependence. *NLN publications*, (15-2461), 155.
- Durkheim, E. (1912a). Définition du phénomène religieux et de la religion. In *Etudes: Vol. Livre Premier. Questions préliminaires. Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie* (2013^e éd.). Paris: Ink Book Edition.
- Durkheim, E. (1912b). *Les formes élémentaires de la vie religieuse : Le système totémique en Australie* (version numérique 2008). Consulté à l'adresse https://cours.univ-paris1.fr/pluginfile.php/653851/mod_resource/content/0/formes_elementaires%20livre%2002.pdf
- Eaton, W. W., Regier, D. A., Locke, B. Z., & Taube, C. A. (1981). The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. *Public Health Reports*, 96(4), 319-325.
- Edmondson, D., Park, C. L., Chaudoir, S. R., & Wortmann, J. H. (2008). Death without God : Religious struggle, death concerns, and depression in the terminally ill. *Psychological Science*, 19(8), 754-758. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02152.x>
- Elkins, D., Anchor, K. N., & Sandler, H. M. (1979). Relaxation training and prayer behavior as tension reduction techniques. *Behavioral Engineering*, 5(3), 81-87. (1980-28458-001).

- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a Humanistic-Phenomenological Spirituality: Definition, Description, and Measurement. *Journal of Humanistic Psychology, 28*(4), 5-18. <https://doi.org/10.1177/0022167888284002>
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 32*(1), 80-99. <https://doi.org/10.2307/2136801>
- Ellison, C. G. (1995). Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern US community. *Social Science & Medicine, 40*(11), 1561–1572.
- Ellison, C. G., & Fan, D. (2008). Daily spiritual experiences and psychological well-being among US adults. *Social Indicators Research, 88*(2), 247-271. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9187-2>
- Ellison, C. G., Finch, B. K., Ryan, D. N., & Salinas, J. J. (2009). Religious involvement and depressive symptoms among Mexican-origin adults in California. *Journal of Community Psychology, 37*(2), 171-193. <https://doi.org/10.1002/jcop.20287>
- Ellison, C. G., & George, L. K. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion, 33*(1), 46-61. <https://doi.org/10.2307/1386636>
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998a). The religion–health connection : Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior, 25*(6), 700-720. <https://doi.org/10.1177/109019819802500603>
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998b). The religion–health connection : Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior, 25*(6), 700-720. <https://doi.org/10.1177/109019819802500603>
- Emmons, R. A. (2005). Emotion and Religion. In Raymond F. Paloutzian, C. L. Park, R. F. Paloutzian (Ed), & C. L. Park (Ed) (Éd.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. (p. 235-252). New York, NY, US: Guilford Press. (2006-00771-013).

- Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54, 377-402. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145024>
- Fahlberg, L. L., & Fahlberg, L. A. (1991). Exploring spirituality and consciousness with an expanded science : Beyond the ego with empiricism, phenomenology, and contemplation. *American Journal of Health Promotion*, 5(4), 273–281.
- Feinstein, M., Liu, K., Ning, H., Fitchett, G., & Lloyd-Jones, D. M. (2010). Burden of Cardiovascular Risk Factors, Subclinical Atherosclerosis, and Incident Cardiovascular Events Across Dimensions of Religiosity : The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Circulation*, 121(5), 659-666. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.879973>
- Fetzer Institute/National Institute on Aging. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. John E. Fetzer Institute.
- Fishbein, M. (1997). Theoretical models of HIV prevention. *NIH Consensus Development Conference ON Interventions To Prevent HIV Risk Behaviors*, 33. Consulté à l'adresse <https://consensus.nih.gov/1997/1997PreventHIVRisk104Program.pdf#page=36>
- Fitchett, G., Rybarczyk, B. D., DeMarco, G. A., & Nicholas, J. J. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes : A longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44(4), 333.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience : A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fletcher, K., Nutton, J., & Brend, D. (2015). Attachment, A Matter of Substance : The Potential of Attachment Theory in the Treatment of Addictions. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 109-117. <http://dx.doi.org.frodon.univ-paris5.fr/10.1007/s10615-014-0502-5>
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Flores, P. J. (2006). Conflict and repair in addiction treatment : An attachment disorder perspective. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(1), 5-26. https://doi.org/10.1300/J384v01n01_02

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000a). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000b). Stress, positive emotion, and coping. *Current directions in psychological science*, 9(4), 115–118.
- Fox, J. (2015). *Applied regression analysis and generalized linear models*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Fox, J., & Weisberg, S. (2018). *An R companion to applied regression*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology : The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.
- Fredrickson, B. L. (2002). How does religion benefit health and well-being? Are positive emotions active ingredients? *Psychological Inquiry*, 13(3), 209-213. (2003-04271-010).
- Fredrickson, B. L. (2004a). Gratitude, Like Other Positive Emotions, Broadens and Builds. In R. A. Emmons & M. E. McCullough (Éd.), *The psychology of gratitude*. (p. 145-166). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195150100.003.0008>
- Fredrickson, B. L. (2004b). The broaden–and–build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and emotion*, 24(4), 237–258.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>

- French, D. C., Eisenberg, N., Vaughan, J., Purwono, U., & Suryanti, T. A. (2008). Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. *Developmental Psychology, 44*(2), 597-611. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.2.597>
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs : An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.016>
- Galanter, M. (2013). Alcoholics anonymous and twelve-step recovery : A model based on social and cognitive neuroscience: Alcoholics Anonymous: A Neuroscience Model. *The American Journal on Addictions, n/a-n/a*. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12106.x>
- Galanter, M. (2014). Alcoholics anonymous and twelve-step recovery : A model based on social and cognitive neuroscience: Alcoholics Anonymous: A Neuroscience Model. *The American Journal on Addictions, 23*(3), 300-307. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12106.x>
- Galanter, M., Dermatis, H., Post, S., & Sampson, C. (2013). Spirituality-Based Recovery From Drug Addiction in the Twelve-Step Fellowship of Narcotics Anonymous: *Journal of Addiction Medicine, 7*(3), 189-195. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31828a0265>
- Galanter, M., Dermatis, H., Stanievich, J., & Santucci, C. (2013). Physicians in Long-Term Recovery Who Are Members of Alcoholics Anonymous : Physicians in Long-Term Recovery. *The American Journal on Addictions, 22*(4), 323-328. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12051.x>
- Galanter, M., Dermatis, H., Talbot, N., McMahon, C., & Alexander, M. J. (2011). Introducing spirituality into psychiatric care. *Journal of Religion and Health, 50*(1), 81-91. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9282-6>
- Garland, E. L., Manusov, E. G., Froeliger, B., Kelly, A., Williams, J. M., & Howard, M. O. (2014). Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse : Results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(3), 448-459. <https://doi.org/10.1037/a0035798>
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health : A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology, 19*(1), 6–25.

- Gaussoit, L. (1998). Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences Sociales et Santé*, 16(1), 5-42. <https://doi.org/10.3406/sosan.1998.1416>
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the Relationships Between Religious Involvement and Health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. *Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health*.
- Gillum, F., & Williams, C. (2009). Associations between breast cancer risk factors and religiousness in American women in a national health survey. *Journal of Religion and Health*, 48(2), 178-188. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9187-9>
- Giordano, A. L., Prosek, E. A., Daly, C. M., Holm, J. M., Ramsey, Z. B., Abernathy, M. R., & Sender, K. M. (2015). Exploring the Relationship Between Religious Coping and Spirituality Among Three Types of Collegiate Substance Abuse. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 70-79. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00182.x>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Goldbourt, U., Yaari, S., & Medalie, J. H. (1993). Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*, 82(2-3), 100-121.
- Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2937-2949. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>

- Gonzales, R., Hernandez, M., Douglas, S. B., & Yu, C. H. (2015). Exploring the Factor Structure of a Recovery Assessment Measure among Substance-Abusing Youth. *Journal of Psychoactive Drugs, 47*(3), 187-196. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1053556>
- Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *British Journal of Addiction, 85*(11), 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Gordon, W. V., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome : A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology, 22*(1), 186-206. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12224>
- Gorsuch, R. L. (1984). Measurement : The boon and bane of investigating religion. *American Psychologist, 39*(3), 228-236. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.3.228>
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (2008). Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence : A 5-year follow-up study. *Addiction (Abingdon, England), 103*(1), 119-125. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02050.x>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry, 72*(8), 757-766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders : Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 61*(8), 807. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2007). Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent formal religious participation and psychological well-

- being. *International Journal for the Psychology of Religion*, 17(3), 245-259.
<https://doi.org/10.1080/10508610701402309>
- Gubi, P. M., & Marsden-Hughes, H. (2013). Exploring the processes involved in long-term recovery from chronic alcohol addiction within an abstinence-based model : Implications for practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 201-209.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2012.733716>
- Guihard, G., Deumier, L., Alliot-Licht, B., Bouton-Kelly, L., Michaut, C., & Quilliot, F. (2018a). Psychometric validation of the French version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *L'Encéphale*, 44(1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.06.002>
- Guihard, G., Deumier, L., Alliot-Licht, B., Bouton-Kelly, L., Michaut, C., & Quilliot, F. (2018b). Psychometric validation of the French version of the Connor-Davidson Resilience Scale. *L'Encéphale*, 44(1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.06.002>
- Guleria, A., Kumar, U., Kishan, S. S. K., & Khetrapal, C. L. (2013). Effect of "SOHAM" meditation on the human brain : An fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 214(3), 462-465.
<https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2013.06.012>
- Hall, G. s. (1917). *Jesus, the Christ, in the light of psychology*. Oxford, England: Doubleday, Page. (1917-10295-000).
- Hart, T. N. (1994). *Hidden spring : The spiritual dimension of therapy*. Minneapolis, US: Fortress Press.
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social identity, health and well-being : An emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 58(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>
- Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BREF : Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77(1), 37–59.
- Helm, H. M., Hays, J. C., Flint, E. P., Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (2000). Does Private Religious Activity Prolong Survival? A Six-Year Follow-up Study of 3,851 Older Adults. *The Journals of*

Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 55(7), M400-M405.

<https://doi.org/10.1093/gerona/55.7.M400>

Helm, Hughes M., Hays, J. C., Flint, E. P., Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (2000). Does private religious activity prolong survival? A six-year follow-up study of 3,851 older adults. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(7), M400-M405.
<https://doi.org/10.1093/gerona/55.7.M400>

Hendricks, V. M., Caldwell, K. L., & Katz, B. M. (2003). The relationships among spiritual practices, marital satisfaction, and length of sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 33-47.
https://doi.org/10.1300/J020v21n01_03

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2015). L'éveil spirituel, un remède à l'alcoolisme? : Population de membres des Alcooliques anonymes. = The spiritual awakening, a remedy for alcoholism ? In AA members. *Alcoologie et Addictologie*, 37(4), 319-326. (2016-05109-005).

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2016). Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ? Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes en fonction de leur résilience et de leur spiritualité. *Alcoologie et Addictologie*, 38(4), 295-304.

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2017a, septembre). *L'apprentissage social d'un programme spirituel comme vecteur de résilience et d'une meilleure qualité de vie ?* Communication orale présenté à 58ème congrès de la Société Française de Psychologie, Nice, France. Consulté à l'adresse <https://sfp2017.sciencesconf.org/>

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2017b, octobre). *Learning resilience : Exploring recovery in a sample of adherents of the 12 step groups.* Communication orale invitée présenté à 16th congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA), Crete, Greece. Consulté à l'adresse <https://www.esbra.com/>

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2018a, juin). *Does Learning Alcoholics Anonymous' 12-Step Spiritual Program Promote a Resilience Process?* Communication orale présenté à 4th world congress

on the Resilience, Marseille, France. Consulté à l'adresse
<https://www.resilience2018.org/welcomeen>

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2018b, septembre). *Effets d'un programme de rétablissement de l'alcoolisme sur la résilience et la santé physique et mentale des participants*. Communication orale présenté à 59ème congrès de la Société Française de Psychologie, Reims, France. Consulté à l'adresse <https://sfp2018.sciencesconf.org/>

Hill, P. C. (2013). Measurement assessment and issues in the psychology of religion and spirituality. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 48–74.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality : Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>

Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough Jr, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality : Points of commonality, points of departure. *Journal for the theory of social behaviour*, 30(1), 51–77.

Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G., & Musick, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42(4), 309-312. <https://doi.org/10.1016/j.yjpm.2005.12.005>

Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 38(4), 310–317.

Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P., & Fossion, P. (2011). The Resilience Scale for Adults : Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11(1), 53-70. <https://doi.org/10.1080/15305058.2010.508570>

Hodgins, H. S., & Adair, K. C. (2010). Attentional processes and meditation. *Consciousness and Cognition*, 19(4), 872-878. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.04.002>

- Hoepfner, B. B., Hoepfner, S. S., & Kelly, J. F. (2014). Do young people benefit from AA as much, and in the same ways, as adult aged 30+? A moderated multiple mediation analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *143*, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.023>
- Hoertel, N., Crochard, A., Rouillon, F., & Limosin, F. (2014). L'alcool en France et ses conséquences médicales et sociales : Regard de l'entourage et des médecins généralistes. *L'Encéphale*, *40*, S11-S31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.02.008>
- Hoessler, J. (2009). *L'alcool, moi et les autres*. Paris; Berlin: Springer.
- Hoff, A., Johannessen-Henry, C. T., Ross, L., Hvidt, N. C., & Johansen, C. (2008). Religion and reduced cancer risk—What is the explanation? A review. *European Journal of Cancer*, *44*(17), 2573–2579.
- Höfler, D. Z., & Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding : An integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *13*(6), 511-519. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00156-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00156-0)
- Hone, L. C., Jarden, A., & Schofield, G. M. (2015). An evaluation of positive psychology intervention effectiveness trials using the re-aim framework : A practice-friendly review. *The Journal of Positive Psychology*, *10*(4), 303-322. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.965267>
- Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion : An empirical approach*. Guilford Press.
- Horstmann, M. J., & Tonigan, J. S. (2000). Faith development in Alcoholics Anonymous (AA) : A study of two AA groups. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *18*(4), 75-84. https://doi.org/10.1300/J020v18n04_06
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality : Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American journal of epidemiology*, *116*(1), 123–140.

- Hufford, D. J., & Bucklin, M. A. (2006). The spirit of spiritual healing in the United States. *Spiritual Transformation and Healing: Anthropological, Theological, Neuroscientific and Clinical Perspectives*, 25–42.
- Hulett, J. M., & Armer, J. M. (2016). A Systematic Review of Spiritually Based Interventions and Psychoneuroimmunological Outcomes in Breast Cancer Survivorship. *Integrative Cancer Therapies*, 15(4), 405-423. <https://doi.org/10.1177/1534735416636222>
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious Involvement and U.S. Adult Mortality. *Demography*, 36(2), 273. <https://doi.org/10.2307/2648114>
- Humphreys, K., Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (1998). The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale : Development, reliability, and norms for diverse treated and untreated populations. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22(5), 974-978.
- Humphreys, K., Moos, R. H., & Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 231-238.
- Humphreys, Keith, Blodgett, J. C., & Wagner, T. H. (2014). Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias : An instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 38(11), 2688-2694. <https://doi.org/10.1111/acer.12557>
- Humphreys, Keith, Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (1998). The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale : Development, reliability, and norms for diverse treated and untreated populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 974–978.
- Humphreys, Keith, Mankowski, E. S., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1999). Do enhanced friendship networks and active coping mediate the effect of self-help groups on substance abuse? *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 54-60. <https://doi.org/10.1007/BF02895034>
- Humphreys, Keith, & Moos, R. (2001). Can Encouraging Substance Abuse Patients to Participate in Self-Help Groups Reduce Demand for Health Care? A Quasi-Experimental Study. *Alcoholism:*

- Clinical and Experimental Research*, 25(5), 711-716. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02271.x>
- Humphreys, Keith, & Moos, R. H. (2007). Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services : Two-year clinical and utilization outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(1), 64-68. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00273.x>
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly : Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66(1), 226-238. <https://doi.org/10.2307/2578909>
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997a). Religion among disabled and nondisabled persons I : Cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(6), S294-S305. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.6.S294>
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1997b). Religion among disabled and nondisabled persons II : Attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(6), S306-S316. <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.6.S306>
- Imai, K., Keele, L., & Tingley, D. (2010). A general approach to causal mediation analysis. *Psychological methods*, 15(4), 309.
- Imai, K., Keele, L., Tingley, D., & Yamamoto, T. (2019). Causal Mediation Analysis Using R. Consulté à l'adresse <https://cran.r-project.org/web/packages/mediation/vignettes/mediation-old.pdf>
- Imai, K., Keele, L., & Yamamoto, T. (2010). Identification, inference and sensitivity analysis for causal mediation effects. *Statistical science*, 25(1), 51–71.
- INSEE. (2019a). Tableaux de l'économie française. Consulté 8 juin 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3696937>
- INSEE. (2019b, juillet 4). L'agriculture en 2018. Rapport établi pour la Commission des Comptes de l'Agriculture de la Nation. Consulté à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4187507>

- INSERM. (2016, 03). Alcool & Santé. Consulté 9 juin 2019, à l'adresse Inserm—La science pour la santé
website: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
- Ionescu, S. (2011). Le domaine de la résilience assistée. In *Traité de résilience assistée* (Quadrige/PUF, p. 3–18). Paris.
- Ionescu, Ș. (2011). *Traité de résilience assistée*. Paris: Quadrige/PUF.
- Jackson, K. (2003). Alcohol and tobacco use disorders in a general population : Short-term and long-term associations from the St. Louis Epidemiological Catchment Area Study. *Drug and Alcohol Dependence, 71*(3), 239-253. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(03\)00136-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00136-4)
- Jacobs, F., & Raynard, B. (2009). Encéphalopathie métabolique chez l'alcoolique chronique, comment s'orienter ? *Réanimation, 18*(7), 590-597. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2009.07.001>
- Jacobson, D. (1987). The cultural context of social support and support networks. *Medical Anthropology Quarterly, 1*(1), 42-67. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00030>
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. <https://doi.org/10.1037/10004-000>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Simon and Schuster.
- Jiang, W., Babyak, M., Krantz, D. S., Waugh, R. A., Coleman, R. E., Hanson, M. M., ... O'connor, C. M. (1996). Mental stress—Induced myocardial ischemia and cardiac events. *Jama, 275*(21), 1651–1656.
- Jim, H. S. L., Pustejovsky, J. E., Park, C. L., Danhauer, S. C., Sherman, A. C., Fitchett, G., ... Salsman, J. M. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients : A meta-analysis. *Cancer, 121*(21), 3760-3768. <https://doi.org/10.1002/cncr.29353>
- Jo, H.-G., Schmidt, S., Inacker, E., Markowiak, M., & Hinterberger, T. (2016). Meditation and attention : A controlled study on long-term meditators in behavioral performance and event-related potentials of attentional control. *International Journal of Psychophysiology, 99*, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.11.016>

- Johansson, M., Sinadinovic, K., Hammarberg, A., Sundström, C., Hermansson, U., Andreasson, S., & Berman, A. H. (2017). Web-based self-help for problematic alcohol use : A large naturalistic study. *International Journal of Behavioral Medicine, 24*(5), 749-759. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9618-z>
- John, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Schumann, A., Thyrian, J. R., & Hapke, U. (2003). Strength of the relationship between tobacco smoking, nicotine dependence and the severity of alcohol dependence syndrome criteria in a population-based sample. *Alcohol and Alcoholism, 38*(6), 606-612. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg122>
- Johnson, J. E., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2006). End-of-treatment outcomes in cognitive-behavioral treatment and 12-step substance use treatment programs : Do they differ and do they predict 1-year outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.008>
- Jorgensen, I. E., & Seedat, S. (2008). Factor structure of the Connor-Davidson Resilience Scale in South African adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 20*(1). <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2008.20.1.23>
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. (Harcourt Brace Jovanovich.). New York and London.
- Kairouz, S., & Fortin, M. (2013). L'engagement dans le mouvement des AA : Un gage de bonheur. *Drogues, santé et société, 12*(1), 19. <https://doi.org/10.7202/1021537ar>
- Karairmak, Ö. (2010a). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research, 179*(3), 350-356. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.012>
- Karairmak, Ö. (2010b). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor

- sample. *Psychiatry Research*, 179(3), 350-356.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.012>
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2003). Patient depressive symptoms and therapist focus on emotional material : A new look at Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 607-615.
- Kaskutas, L. A., Bond, J., & Humphreys, K. (2002). Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(7), 891-900.
- Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., ... Bond, J. (2014). Elements that define recovery : The experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 999-1010.
- Kaskutas, L. A., Kaskutas, L. A., Bond, J., & Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1–16.
- Kaskutas, L. A., & Ritter, L. A. (2015). Consistency Between Beliefs and Behavior Regarding Use of Substances in Recovery. *SAGE open*, 5(1), 2158244015574938.
- Kaskutas, L. A., Turk, N., Bond, J., & Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1-16.
https://doi.org/10.1300/J020v21n01_01
- Kaufman, G. D. (1981). *The theological imagination : Constructing the concept of God*. Louisville, Kentucky, US: Westminster John Knox Press.
- Kawano, T. A., Aoki, N., Homori, M., Kawano, K., Maki, A., Kimura, M., ... Yoshino, H. (2000). Mental stress and physical exercise increase platelet-dependent thrombin generation. *Heart and Vessels*, 15(6), 280-288.
- Kelly, John F. (2017). Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction*, 112(6), 929-936.
<https://doi.org/10.1111/add.13590>
- Kelly, John F., & Greene, M. C. (2013). The Twelve Promises of Alcoholics Anonymous : Psychometric measure validation and mediational testing as a 12-step specific mechanism of behavior

- change. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 633-640.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.08.006>
- Kelly, John F., Greene, M. C., & Bergman, B. G. (2014). Do Drug-Dependent Patients Attending Alcoholics Anonymous Rather than Narcotics Anonymous Do As Well? A Prospective, Lagged, Matching Analysis. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(6), 645-653.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agu066>
- Kelly, John F., & Hoepfner, B. B. (2013). Does Alcoholics Anonymous work differently for men and women? A moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1-3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.005>
- Kelly, John F., Hoepfner, B., Stout, R. L., & Pagano, M. (2012). Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous : A multiple mediator analysis: AA mechanisms. *Addiction*, 107(2), 289-299. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03593.x>
- Kelly, John F., & Moos, R. (2003). Dropout from 12-step self-help groups : Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 241-250.
[https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00021-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00021-7)
- Kelly, John F., Stout, R. L., Magill, M., & Tonigan, J. S. (2010). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes : A prospective lagged mediational analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.009>
- Kelly, John F., Stout, R. L., Magill, M., & Tonigan, J. S. (2011). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes : A prospective lagged mediational analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(2-3), 119-126.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.009>
- Kelly, John F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2010). Mechanisms of behavior change in alcoholics anonymous : Does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use

- outcomes by reducing depression symptoms?: AA and depression. *Addiction*, *105*(4), 626-636.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02820.x>
- Kelly, John F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011a). Spirituality in recovery : A lagged mediational analysis of Alcoholics Anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *35*(3), 454–463.
- Kelly, John F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011b). Spirituality in Recovery : A Lagged Mediational Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *35*(3), 454-463.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x>
- Kelly, John F., Stout, R. L., & Slaymaker, V. (2013). Emerging adults' treatment outcomes in relation to 12-step mutual-help attendance and active involvement. *Drug and Alcohol Dependence*, *129*(1-2), 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.005>
- Kelly, John F., Stout, R., Zywiak, W., & Schneider, R. (2006). A 3-Year Study of Addiction Mutual-help Group Participation Following Intensive Outpatient Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *30*(8), 1381-1392. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00165.x>
- Kelly, John F., Urbanoski, K. A., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. J. (2011). Facilitating Comprehensive Assessment of 12-Step Experiences : A Multidimensional Measure of Mutual-Help Activity. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *29*(3), 181-203.
<https://doi.org/10.1080/07347324.2011.586280>
- Kelly, John Francis, Magill, M., & Stout, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory*, *17*(3), 236–259.
- Kendler, K. S., Liu, X.-Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(3), 496-503.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.496>

- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health : A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kessel, J. (1960). *Avec les alcooliques anonymes*. Gallimard.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(1), 17-31.
<https://doi.org/10.1037/h0080151>
- Khantzian, E. J. (1985a). The self-medication hypothesis of addictive disorders : Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry, 142*(11), 1259-1264.
<https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Khantzian, E. J. (1985b). The self-medication hypothesis of addictive disorders : Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry, 142*(11), 1259-1264. (1986-09382-001).
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders : A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry, 4*(5), 231-244.
<https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability : An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychoanalysis, 5*(1), 5–21.
- Khantzian, E. J. (2012). Reflections on treating addictive disorders : A psychodynamic perspective. *The American Journal on Addictions, 21*(3), 274-279. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00234.x>
- King, M., Speck, P., & Thomas, A. (1995). The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs : Development and standardization. *Psychological Medicine, 25*(06), 1125.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700033109>

- Kingree, J. B., & Thompson, M. (2000). Twelve-Step Groups, Attributions of Blame for Personal Sadness, Psychological Well-Being, and the Moderating Role of Gender. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(3), 499-517. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02493.x>
- Kinnvall, C. (2004). Globalization and Religious Nationalism : Self, Identity, and the Search for Ontological Security. *Political Psychology, 25*(5), 741-767. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2004.00396.x>
- Kirkpatrick, L. A. (1992). An attachment-theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion, 2*(1), 3-28. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0201_2
- Kirkpatrick, L. A. (1997). A longitudinal study of changes in religious belief and behavior as a function of individual differences in adult attachment style. *Journal for the Scientific Study of Religion, 36*(2), 207-217. <https://doi.org/10.2307/1387553>
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure : A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*(9), 961-973. <https://doi.org/10.1177/0146167298249004>
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18*(3), 266-275. <https://doi.org/10.1177/0146167292183002>
- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., ... Blazer, D. G. (1999). Does Religious Attendance Prolong Survival? A Six-Year Follow-Up Study of 3,968 Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 54*(7), M370-M376. <https://doi.org/10.1093/gerona/54.7.M370>
- Koenig, Harold G. (2008). Concerns about measuring « spirituality » in research. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(5), 349-355. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff796>
- Koenig, Harold G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health : A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283.

- Koenig, Harold G., George, L. K., & Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28(3), 303–310.
- Koenig, Harold G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., ... Blazer, D. G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 54(7), M370–M376.
- Koenig, Harold G, Larson, D. B., Hays, J. C., McCullough, M. E., George, L. K., Branch, P. S., ... Kuchibhatla, M. (1998). Religion and the Survival of 1010 Hospitalized Veterans. *Journal of Religion and Health*, 37(1), 15-29.
- Koenig, Harold George. (2008). *Medicine, religion, and health : Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.
- Kohls, N., Walach, H., & Wirtz, M. (2009). The relationship between spiritual experiences, transpersonal trust, social support, and sense of coherence and mental distress—A comparison of spiritually practising and non-practising samples. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/13674670802087385>
- Kopp, P., & Fenoglio, P. (2011). Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ? *Revue économique*, 62(5), 899-918. Consulté à l'adresse JSTOR.
- Koteskey, R. L., Little, M. D., & Matthews, M. V. (1991). Adolescent identity and depression. *Journal of Psychology and Christianity*, 10(1), 48-53. (1991-21013-001).
- Krause, N. (2002). Church-Based Social Support and Health in Old Age : Exploring Variations by Race. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), S332-S347. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.S332>
- Krause, Neal. (1998). Stressors in highly valued roles, religious coping, and mortality. *Psychology and Aging*, 13(2), 242-255. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.2.242>
- Krause, Neal. (2006). Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life. *Research on Aging*, 28(2), 163-183. <https://doi.org/10.1177/0164027505284048>

- Krause, Neal, & Hayward, R. D. (2015). Humility, compassion, and gratitude to God : Assessing the relationships among key religious virtues. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(3), 192-204. <https://doi.org/10.1037/rel0000028>
- Krause, Neal, & Wulff, K. M. (2005). Church-Based Social Ties, A Sense of Belonging in a Congregation, and Physical Health Status. *International Journal for the Psychology of Religion*, 15(1), 73-93. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr1501_6
- Kremer, H., & Ironson, G. (2014). Longitudinal spiritual coping with trauma in people with HIV : Implications for health care. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(3), 144-154. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0280>
- Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 151-165. <https://doi.org/10.1037/a0029897>
- Krentzman, A. R., Cranford, J. A., & Robinson, E. A. R. (2013a). Multiple dimensions of spirituality in recovery : A lagged mediational analysis of Alcoholics Anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Substance Abuse*, 34(1), 20-32. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691449>
- Krentzman, A. R., Cranford, J. A., & Robinson, E. A. R. (2013b). Multiple Dimensions of Spirituality in Recovery : A Lagged Mediational Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Substance Abuse*, 34(1), 20-32. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691449>
- Krentzman, A. R., Farkas, K. J., & Townsend, A. L. (2010). Spirituality, religiousness, and alcoholism treatment outcomes : A comparison between Black and White participants. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(2), 128-150. <https://doi.org/10.1080/07347321003648661>
- Kune, G. A., Kune, S., & Watson, L. F. (1992). The effect of family history of cancer, religion, parity and migrant status on survival in colorectal cancer : Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *European Journal of Cancer*, 28(8), 1484-1487.

- Kurtz, E., & Ketcham, K. (1992). *The spirituality of imperfection*. Bantam New York, NY.
- Ladd, K. L. (2007). Religiosity, the need for structure, death attitudes, and funeral preferences. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(5), 451-472. <https://doi.org/10.1080/13674670600903064>
- Laffaye, C., McKellar, J. D., Ilgen, M. A., & Moos, R. H. (2008). Predictors of 4-year outcome of community residential treatment for patients with substance use disorders. *Addiction*, 103(4), 671-680. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02147.x>
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., ... Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148-154. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.007>
- Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality : Results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 279(21), 1703-1708. <https://doi.org/10.1001/jama.279.21.1703>
- Larousse. (1997). *Grand usuel Larousse : Dictionnaire encyclopédique*. Larousse.
- Larson, D. B., Swyers, J. P., & McCullough, M. E. (1999). Scientific Research on Spirituality and Health : A Consensus Report, Reviewed by David L. Coulter, MD. *JOURNAL OF RELIGION DISABILITY AND HEALTH*, 3(3), 79–82.
- Laudet, A. B. (2003). Attitudes and Beliefs About 12-Step Groups Among Addiction Treatment Clients and Clinicians : Toward Identifying Obstacles to Participation. *Substance Use & Misuse*, 38(14), 2017-2047. <https://doi.org/10.1081/JA-120025124>
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.014>
- Laudet, A. B. (2008). The Road to Recovery : Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research.

- Substance Use & Misuse*, 43(12-13), 2001-2020.
<https://doi.org/10.1080/10826080802293459>
- Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don't wanna go through that madness no more : Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse*, 44(2), 227-252. <https://doi.org/10.1080/10826080802714462>
- Laudet, A. B., Cleland, C. M., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Social Support Mediates the Effects of Dual-Focus Mutual Aid Groups on Abstinence from Substance Use. *American Journal of Community Psychology*, 34(3-4), 175-185. <https://doi.org/10.1007/s10464-004-7413-5>
- Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 33-73. https://doi.org/10.1300/J020v24n01_04
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, 43(1), 27-54. <https://doi.org/10.1080/10826080701681473>
- Lawler-Row, K. A. (2010). Forgiveness as a mediator of the religiosity—Health relationship. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/a0017584>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Consulté à l'adresse <https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=lazarus+folkman+1984+coping&ots=DelUiqkjTh&sig=vBpSET1c4n7Eh3-Y7rGLLCwozD4>
- Le Bossé, Y. (1998). Introduction à l'intervention centrée sur le pouvoir d'agir. *Cahiers de la recherche en éducation*, 5(3), 349–370.
- Lê, S., Josse, J., & Husson, F. (2008). FactoMineR : An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25(1), 1-18. <https://doi.org/10.18637/jss.v025.i01>

- Leplège, A., Réveillère, C., Ecosse, E., Caria, A., & Rivière, H. (2000). Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une population de malades neuro-musculaires. *L'Encéphale*, 26(5), 13–22.
- Lermenier-Jeannet, A. (2019). Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. Consulté à l'adresse OFDT website: https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf
- Les groupes d'entraide en France. (s. d.). Consulté 7 octobre 2018, à l'adresse Alcool Info Service website: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/aide-alcool/entraide-entre-pairs>
- Levin, J. S., Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (1994). Race and gender differences in religiosity among among older adults : Findings from four national surveys. *Journal of Gerontology*, 49(3), S137-S145. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.3.S137>
- Lewis, C. A., & Cruise, S. M. (2006). Religion and happiness : Consensus, contradictions, comments and concerns. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3), 213-225. <https://doi.org/10.1080/13694670600615276>
- Liang, W., & Chikritzhs, T. (2012). The association between age at first use of alcohol and alcohol consumption levels among adult general drinking population. *Journal of Public Health*, 20(6), 615-620. <https://doi.org/10.1007/s10389-012-0502-2>
- Limosin, F. (2014). Mésusages d'alcool : Les signaux d'alarme de l'épidémiologie. *L'Encéphale*, 40(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.02.005>
- Lincoln, C. E., & Mamiya, L. H. (1990). *The black church in the African American experience*. Duke University Press.
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking : Network Support Project 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 229-242. <https://doi.org/10.1037/a0015252>
- LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. , 2018-493 § (2018).

- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction (Abingdon, England)*, *93*(9), 1313-1333.
- Longabaugh, Richard, & Wirtz, P. W. (2001a). *Project MATCH hypotheses : Results and causal chain analyses* (Vol. 8). US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Longabaugh, Richard, & Wirtz, P. W. (2001b). *Project MATCH hypotheses : Results and causal chain analyses* (Vol. 8). US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Lopez-Gaston, R. S. L., Best, D., Day, E., & White, W. (2010). Perceptions of 12-Step Interventions Among UK Substance-Misuse Patients Attending Residential Inpatient Treatment in a UK Treatment Setting. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, *5*(3-4), 306-323. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2010.523371>
- Loprinzi, C. L., Laurie, J. A., Wieand, H. S., Krook, J. E., Novotny, P. J., Kugler, J. W., ... Klatt, N. E. (1994). Prospective evaluation of prognostic variables from patient-completed questionnaires. North Central Cancer Treatment Group. *Journal of Clinical Oncology*, *12*(3), 601–607.
- Lovejoy, A. O. (1936). *The Great Chain of Being. A Study of the History of an Idea. Cambridge (Mass.)*. Harvard University Press.
- Mackinnon, D. P., & Dwyer, J. H. (1993). Estimating Mediated Effects in Prevention Studies. *Evaluation Review*, *17*(2), 144-158. <https://doi.org/10.1177/0193841X9301700202>
- MacKinnon, D. P., & Fairchild, A. J. (2009). Current directions in mediation analysis. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(1), 16-20. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01598.x>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods*, *7*(1), 83-104. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.83>

- MacLean, R. R., Sofuoglu, M., & Rosenheck, R. (2018). Tobacco and alcohol use disorders : Evaluating multimorbidity. *Addictive Behaviors*, *78*, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.006>
- Magura, S., Cleland, C. M., & Tonigan, J. S. (2013). Evaluating Alcoholics Anonymous's effect on drinking in Project MATCH using cross-lagged regression panel analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *74*(3), 378-385.
- Magura, S., Knight, E. L., Vogel, H. S., Mahmood, D., Laudet, A. B., & Rosenblum, A. (2003). Mediators Of Effectiveness In Dual-focus Self-help Groups. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *29*(2), 301-322. <https://doi.org/10.1081/ADA-120020514>
- Maisto, S. A., Hallgren, K. A., Roos, C. R., & Witkiewitz, K. (2018). Course of remission from and relapse to heavy drinking following outpatient treatment of alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *187*, 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.011>
- Maisto, S. A., Witkiewitz, K., Moskal, D., & Wilson, A. D. (2016). Is the construct of relapse heuristic, and does it advance alcohol use disorder clinical practice? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *77*(6), 849-858. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.849>
- Manuel M. (2016). *Témoignage posthume de Manuel M.* Consulté à l'adresse http://www.alcooliques-anonymes.fr/wp-content/uploads/2016/11/20161119_TemoignagePosthumeManuelM.pdf
- Marchand, L. (2015, mai 7). Plus de la moitié des Français ne se réclament d'aucune religion. *Le Monde*. Consulté à l'adresse https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/05/07/une-grande-majorite-de-francais-ne-se-reclament-d-aucune-religion_4629612_4355770.html
- Marigny, P. (2009). Un secteur économique à part entière. *Après-demain*, *N ° 10*, *NF*(2), 7-9. <https://doi.org/doi:10.3917/apdem.010.0007>.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985a). Relapse prevention : A self-control strategy for the maintenance of behavior change. *New York: Guilford*, 85–101.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985b). Relapse prevention : Maintenance strategies in addictive behavior change. *New York: Guilford*.

- Maslow, A. H. (1964). *Religions, values, and peak-experiences* (Vol. 35). Ohio State University Press Columbus.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13-27. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>
- Masters, K. S., & Hooker, S. A. (2013). Religiousness/spirituality, cardiovascular disease, and cancer : Cultural integration for health research and intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 206-216. <https://doi.org/10.1037/a0030813>
- Mathew, R. J., Georgi, J., Wilson, W. H., & Mathew, V. G. (1996). A retrospective study of the concept of spirituality as understood by recovering individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 67-73. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(95\)02022-5](https://doi.org/10.1016/0740-5472(95)02022-5)
- Maton, K. I. (2002). Community settings as buffers of life stress? Highly supportive churches, mutual help groups, and senior centers. In T. A. Revenson, A. R. D'Augelli, S. E. French, D. L. Hughes, D. Livert, E. Seidman, ... H. Yoshikawa (Ed) (Éd.), *A quarter century of community psychology : Readings from the American Journal of Community Psychology*. (p. 205-235). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8646-7_12
- McAdams, D. P., & McLean, K. C. (2013). Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 233-238. <https://doi.org/10.1177/0963721413475622>
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality : A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.3.211>
- McDougall, J. (1978). Plaidoyer pour une certaine anormalité. In *Plaidoyer pour une certaine anormalité* (p. p-209).
- McIntosh, D. N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5(1), 1-16. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0501_1

- McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event : Coping with the loss of a child. *Journal of personality and social psychology*, 65(4), 812.
- McIntosh, W. A., & Shifflett, P. A. (1984). Dietary behavior, dietary adequacy, and religious social support : An exploratory study. *Review of Religious Research*, 158–175.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness : Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama*, 284(13), 1689–1695.
- Meacham, M. C., Bailey, J. A., Hill, K. G., Epstein, M., & Hawkins, J. D. (2013). Alcohol and tobacco use disorder comorbidity in young adults and the influence of romantic partner environments. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.017>
- Mechanic, D. (1999). Issues in promoting health. *Social Science & Medicine*, 48(6), 711–718.
- Memmi, A. (1979). *La dépendance*. Paris: Gallimard.
- Metrik, J., Gunn, R. L., Jackson, K. M., Sokolovsky, A. W., & Borsari, B. (2018). Daily Patterns of Marijuana and Alcohol Co-Use Among Individuals with Alcohol and Cannabis Use Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(6), 1096-1104. <https://doi.org/10.1111/acer.13639>
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003a). *Spirituality, Religion, and Health*. 58(1), 24-35. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003b). Spirituality, religion, and health : An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
- Montgomery, H. A., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1995). Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 241-246.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2004). Long-term influence of duration and frequency of participation in alcoholics anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 81-90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.81>

- Moraes, L. J., Miranda, M. B., Loures, L. F., Mainieri, A. G., & Mármora, C. H. C. (2018). A systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 23(6), 635-652. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1417607>
- Morgenstern, J., Bux, D. A., Labouvie, E., Morgan, T., Blanchard, K. A., & Muench, F. (2003). Examining mechanisms of action in 12-Step community outpatient treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(3), 237-247. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.07.002>
- Morgenstern, J., Kahler, C. W., Frey, R. M., & Labouvie, E. (1996). Modeling therapeutic response to 12-step treatment : Optimal responders, nonresponders, and partial responders. *Journal of Substance Abuse*, 8(1), 45–59.
- Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B. S., Kahler, C. W., & Frey, R. M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment : A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(5), 768.
- Mossakowski, K. N. (2003). Coping with Perceived Discrimination : Does Ethnic Identity Protect Mental Health? *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 318-331. <https://doi.org/10.2307/1519782>
- Muldoon, O. T., Trew, K., Todd, J., Rougier, N., & McLaughlin, K. (2007). Religious and National Identity after the Belfast Good Friday Agreement. *Political Psychology*, 28(1), 89-103. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2007.00553.x>
- Muller, R. T., & Rosenkranz, S. E. (2009). Attachment and treatment response among adults in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 82-96. <https://doi.org/10.1037/a0015137>
- Munakata, M. (2018). Clinical significance of stress-related increase in blood pressure : Current evidence in office and out-of-office settings. *Hypertension Research: Official Journal of the Japanese Society of Hypertension*, 41(8), 553-569. <https://doi.org/10.1038/s41440-018-0053-1>

- Murray, T. S., Malcarne, V. L., & Goggin, K. (2003). Alcohol-Related God/Higher Power Control Beliefs, Locus of Control, and Recovery Within the Alcoholics Anonymous Paradigm. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(3), 23-39. https://doi.org/10.1300/J020v21n03_02
- Musick, M. A., House, J. S., & Williams, D. R. (2004a). Attendance at Religious Services and Mortality in a National Sample*. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 198-213.
- Musick, M. A., House, J. S., & Williams, D. R. (2004b). Attendance at Religious Services and Mortality in a National Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 198-213. <https://doi.org/10.1177/002214650404500206>
- Myers, J. E., & Williard, K. (2003). Integrating spirituality into counselor preparation : A developmental, wellness approach. *Counseling and Values*, 47(2), 142–155.
- Nalpas, B., Boulze, I., & l'Inserm, G. A. de. (2016). Maintien de l'abstinence dans les mouvements d'entraide. *Alcoologie et Addictologie*, 38(3), 191-198.
- Nalpas, B., & Perney, P. (2017). Use of psychoactive medication in short- and long-term abstainers from alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 52(4), 447-452. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx018>
- Neff, J. A., & MacMaster, S. A. (2005). Spiritual Mechanisms Underlying Substance Abuse Behavior Change in Faith-Based Substance Abuse Treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 5(3), 33-54. https://doi.org/10.1300/J160v05n03_04
- Newberg, A., Pourdehnad, M., Alavi, A., & d'Aquili, E. G. (2003). Cerebral blood flow during meditative prayer : Preliminary findings and methodological issues. *Perceptual and Motor Skills*, 97(2), 625-630. <https://doi.org/10.2466/pms.2003.97.2.625>
- Newton-Howes, G., & Boden, J. M. (2016). Relation between age of first drinking and mental health and alcohol and drug disorders in adulthood : Evidence from a 35-year cohort study. *Addiction*, 111(4), 637-644. <https://doi.org/10.1111/add.13230>
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill.

- Oakes, K. E. (2008). Purpose in life : A mediating variable between involvement in Alcoholics Anonymous and long-term recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(4), 450-463. <https://doi.org/10.1080/07347320802347103>
- Oakes, K. E., Allen, J. P., & Ciarrocchi, J. W. (2000). Spirituality, religious problem-solving, and sobriety in Alcoholics Anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(2), 37-50. https://doi.org/10.1300/J020v18n02_03
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health : A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 729-748. <https://doi.org/10.1348/135910709X479799>
- OFDT. (2016). Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. *Tendances*, 110(Juin), 8.
- OFDT. (2017a). *Evolution du nombre d'interpellations pour Ivresse Publique*. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-d-interpellations-pour-ivresse-publique/>
- OFDT. (2017b). *Fichier national des accidents corporels de la circulation routière—Alcool*. Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/fichier-national-des-accidents-corporels-de-la-circulation-routiere-alcool/>
- OFDT. (2018). Tabac : Évolution des ventes. Consulté 10 juin 2019, à l'adresse <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes/>
- Oman, D. (2013). Defining religion and spirituality. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 2, 23–47.
- Oman, D., Kurata, J. H., Strawbridge, W. J., & Cohen, R. D. (2002). Religious attendance and cause of death over 31 years. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(1), 69–89.

- Oman, D., & Reed, D. (1998a). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health, 88*(10), 1469-1475. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.10.1469>
- Oman, D., & Reed, D. (1998b). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health, 88*(10), 1469-1475. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.10.1469>
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2003a). Spiritual modeling : A key to spiritual and religious growth? *International Journal for the Psychology of Religion, 13*(3), 149-165. https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1303_01
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2003b). The many frontiers of spiritual modeling : Reply. *International Journal for the Psychology of Religion, 13*(3), 197-213. https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1303_04
- OMS. (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2. Débats et actes finaux de la conférence internationale de la santé tenue à New-York du 19 juin au 22 juillet 1946* (Organisation Mondiale de la Santé). New York.
- O'Murchu, D. (1994). Spirituality, recovery, and Transcendental Meditation. *Alcoholism Treatment Quarterly, 11*(1-2), 169-184. https://doi.org/10.1300/J020v11n01_05
- Otto, R. (1958). *The Idea of the Holy*, trans. JW Harvey (London, 1923).
- Oxman, T. E., Freeman, D. H., & Manheimer, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine, 57*(1), 5-15. <https://doi.org/10.1097/00006842-199501000-00002>
- Padykula, N. L., & Conklin, P. (2010). The Self Regulation Model of Attachment Trauma and Addiction. *Clinical Social Work Journal, 38*(4), 351-360. <http://dx.doi.org.sirius.parisdescartes.fr/10.1007/s10615-009-0204-6>
- Pagano, M. E., Zemore, S. E., Onder, C. C., & Stout, R. L. (2009). Predictors of initial AA-related helping : Findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(1), 117-125.

- Paille, F. (2017). Alcool. Épidémiologie, étiologie, clinique. In *Addictologie* (Elsevier Masson, p. 101-134). Issy-les-Moulineaux: M. Lejoyeux.
- Pal, H. R., Yadav, D., Mehta, S., & Mohan, I. (2007). A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India community-based sample followed for 3 months. *Alcohol and Alcoholism*, *42*(4), 328-332. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agm009>
- Palle, C., Canarelli, T., Bonnet, N., Borgne, A., Boyer, C., Breurec, J.-Y., ... Paille, F. (2012). Profil des patients en difficulté avec l'alcool accueillis à l'hôpital. Résultats de l'enquête 2010 sur les personnes reçues à l'hôpital pour addiction (ESPERHA). *Tendances, OFDT*, *82*(Septembre). Consulté à l'adresse <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcps9.pdf>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. (1982). Spiritual well-being scale. *Measures of religiosity*, 382–385.
- Pals, J. L. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences : Pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of personality*, *74*(4), 1079–1110.
- Pargament, Kenneth I. (1992). Of Means and Ends : Religion and the Search for Significance. *International Journal for the Psychology of Religion*, *2*(4), 201-229. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0204_1
- Pargament, Kenneth I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *9*(1), 3–16.
- Pargament, Kenneth I. (2001). *The psychology of religion and coping : Theory, research, practice*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Pargament, Kenneth I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process : Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *27*(1), 90-104. <https://doi.org/10.2307/1387404>
- Pargament, Kenneth I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients : A 2-year longitudinal study. *Archives of internal Medicine*, *161*(15), 1881–1885.

- Pargament, Kenneth I., & Mahoney, A. (2005). THEORY:" Sacred Matters : Sanctification as a Vital Topic for the Psychology of Religion". *The International Journal for the Psychology of Religion*, 15(3), 179–198.
- Pargament, Kenneth I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Pargament, Kenneth Ira. (1997a). *The psychology of religion and coping : Theory, research, practice*. New York, NY, US: Guilford Press. (1997-08957-000).
- Pargament, Kenneth Ira. (1997b). *The psychology of religion and coping : Theory, research, practice*. New York, NY, US: Guilford Press. (1997-08957-000).
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health : A meaning systems perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 319-328. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9111-x>
- Park, Crystal L., Lim, H., Newlon, M., Suresh, D. P., & Bliss, D. E. (2014). Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 579-590. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9714-1>
- Park, Crystal L., & Slattery, J. M. (2012). Spirituality, emotions, and physical health. In L. J. Miller & L. J. Miller (Ed) (Éd.), *The Oxford handbook of psychology and spirituality*. (p. 379-387). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199729920.013.0024>
- Patterson, S. M., Krantz, D. S., Gottdiener, J. S., Hecht, G., Vargot, S., & Goldstein, D. S. (1995). Prothrombotic effects of environmental stress : Changes in platelet function, hematocrit, and total plasma protein. *Psychosomatic Medicine*, 57(6), 592-599.
- Pedinielli, J.-L., Rouan, G., & Bertagne, P. (2017). *Psychopathologie des addictions (2e édition)*. Paris: Presses universitaires de France.
- Peteet, J. R. (1993). A closer look at the role of a spiritual approach in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(3), 263-267. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(93\)90073-B](https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90073-B)

- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44-55.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.44>
- Peterson, C., & Park, N. (2005). Classification et évaluation des forces du caractère. = Classifying and measuring character strengths. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(1), 23-40. (2005-06399-001).
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction : The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 6(1), 25-41. <https://doi.org/10.1007/s10902-004-1278-z>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues : A handbook and classification*. Washington, DC, US; New York, NY, US: American Psychological Association. (2004-13277-000).
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder : A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research*, 24(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1159/000485564>
- Piderman, K. M., Schneekloth, T. D., Pankratz, V. S., Maloney, S. D., & Altchuler, S. I. (2007). Spirituality in alcoholics during treatment. *The American Journal on Addictions*, 16(3), 232-237.
<https://doi.org/10.1080/10550490701375616>
- Pilatti, A., Godoy, J. C., Brussino, S. A., & Pautassi, R. M. (2013). Patterns of substance use among Argentinean adolescents and analysis of the effect of age at first alcohol use on substance use behaviors. *Addictive Behaviors*, 38(12), 2847-2850.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.007>
- Pirlot, G. (2015). Les addictions, passions du corps. *Adolescence*, T.33 n° 1(1), 153-164.
<https://doi.org/10.3917/ado.091.0153>

- Pourtois, J. P., Humbeeck, B., & Desmet, H. (2011). Résistance et résilience assistées : Contribution au soutien éducatif et psychosocial. In *Traité de résilience assistée* (Quadrige/PUF). Paris: Ionescu S.
- Pourtois, J.-P., Humbeeck, B., & Desmet, H. (2012). *Les ressources de la résilience*. Paris: Presses universitaires de France.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality : Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.36>
- Preuss, U. W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Hoch, E., & Mann, K. F. (2018). Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders : Results from the German S3 guidelines. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(3), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0801-2>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102.
- Proctor, M.-T., Miner, M., McLean, L., Devenish, S., & Bonab, B. G. (2009). Exploring Christians' explicit attachment to God representations : The development of a template for assessing attachment to God experiences. *Journal of Psychology and Theology*, 37(4), 245–264.
- Puchalski, C. (2003). The spiritual dimension : The healing force for body and mind. *Caregiving book series*, 174–195.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ... Prince-Paul, M. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care : The report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885–904.
- Qui sont les Alcooliques Anonymes aujourd'hui ? (s. d.). Consulté 23 mai 2016, à l'adresse <http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui-sont-les-aa/l-association-aa/23-aa-aujourd-hui-sondage-2009>

- Quick, J. D., Nelson, D. L., Matuszek, P. A. C., Whittington, J. L., & Quick, J. C. (1996). Social support, secure attachments, and health. In C. L. Cooper & C. L. Cooper (Ed) (Éd.), *Handbook of stress, medicine, and health*. (p. 269-287). Boca Raton, FL, US: CRC Press. (1996-97350-014).
- Rak, C. F., & Patterson, L. E. (1996). Promoting resilience in at-risk children. *Journal of Counseling & Development, 74*(4), 368–373.
- Rather, B. C., & Sherman, M. F. (1989). Relationship between alcohol expectancies and length of abstinence among Alcoholics Anonymous members. *Addictive Behaviors, 14*(5), 531-536.
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(89\)90073-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(89)90073-7)
- Regier, D. A. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 264*(19), 2511-2518. <https://doi.org/10.1001/jama.264.19.2511>
- Régnier-Loilier, A., & Prioux, F. (2012). La pratique religieuse influence-t-elle les comportements familiaux ? *Institut National d'Etudes Démographiques, (447)*, 4.
- Rehm, J., Gmel, G. E. Sr., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., ... Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—An update. *Addiction, 112*(6), 968-1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Reinert, D. F., & Edwards, C. E. (2014). Attachment theory and concepts of God : Parent referencing versus self-referencing. *SAGE Open, 4*(4), 2158244014560547.
- Richard, J.-B., Palle, C., Guignard, R., Nguyen, V., Beck, F., & Arwidson, P. (2015). La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions-INPES, 32*(Avril).
- Ringdal, G., Göttestam, K., Kaasa, S., Kvinnsland, S., & Ringdal, K. (1996). Prognostic factors and survival in a heterogeneous sample of cancer patients. *British Journal of Cancer, 73*(12), 1594-1599.
<https://doi.org/10.1038/bjc.1996.300>
- Ripley, B. D., & Venables, W. N. (2002). *Modern applied statistics with S* (Vol. 537). Springer New York.

- Roberts, B. W., & Robins, R. W. (2000). Broad Dispositions, Broad Aspirations : The Intersection of Personality Traits and Major Life Goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(10), 1284-1296. <https://doi.org/10.1177/0146167200262009>
- Robinson, E. A. R., Cranford, J. A., Webb, J. R., & Brower, K. J. (2007a). Six-Month Changes in Spirituality, Religiousness, and Heavy Drinking in a Treatment-Seeking Sample*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 282–290.
- Robinson, E. A. R., Cranford, J. A., Webb, J. R., & Brower, K. J. (2007b). Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 282-290.
- Robinson, E. A. R., Krentzman, A. R., Webb, J. R., & Brower, K. J. (2011a). Six-Month Changes in Spirituality and Religiousness in Alcoholics Predict Drinking Outcomes at Nine Months*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 660-668. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.660>
- Robinson, E. A. R., Krentzman, A. R., Webb, J. R., & Brower, K. J. (2011b). Six-month changes in spirituality and religiousness in alcoholics predict drinking outcomes at nine months. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 660-668.
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S., Halevy, N., & Eidelson, R. (2008). Toward a unifying model of identification with groups : Integrating theoretical perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 12(3), 280-306. <https://doi.org/10.1177/1088868308319225>
- Roger. (2012). The Courts, AA and Religion. Consulté 16 octobre 2018, à l'adresse AA Agnostica website: <https://aaagnostica.org/2012/05/27/the-courts-aa-and-religion/>
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self : A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 5-37. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.5>

- Rush, M. M. (2000). Power, spirituality, and time from a feminist perspective : Correlates of sobriety in a study of sober female participants in Alcoholics Anonymous. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6(6), 196-202. <https://doi.org/10.1067/mpn.2000.111008>
- Rutter, M. (1998). Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 465-476. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00343>
- Salmoirago-Blotcher, E., Fitchett, G., Ockene, J. K., Schnall, E., Crawford, S., Granek, I., ... Rapp, S. (2011). Religion and healthy lifestyle behaviors among postmenopausal women : The women's health initiative. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(5), 360-371. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9322-z>
- Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S. L., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., ... Fitchett, G. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer : Religion/Spirituality and Mental Health. *Cancer*, 121(21), 3769-3778. <https://doi.org/10.1002/cncr.29350>
- Saroglou, V., Delpierre, V., & Dernelle, R. (2004). Values and religiosity : A meta-analysis of studies using Schwartz's model. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 721-734. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.10.005>
- Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M.-L., & Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLoS ONE*, 7(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039879>
- Schaler, J. A. (1996). Spiritual thinking in addiction-treatment providers : The Spiritual Belief Scale (SBS). *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14(3), 7-33. https://doi.org/10.1300/J020V14N03_03
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B., Küstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders : A review of the literature and a study in drug dependent

- adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228.
<https://doi.org/10.1080/14616730500173918>
- Schnall, E., Wassertheil-Smoller, S., Swencionis, C., Zemon, V., Tinker, L., O'Sullivan, M. J., ... Goodwin, M. (2010). The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the women's health initiative observational study. *Psychology & Health*, 25(2), 249-263. <https://doi.org/10.1080/08870440802311322>
- Schultz, J. M., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2010). Pathways to posttraumatic growth : The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(2), 104-114. <https://doi.org/10.1037/a0018454>
- Services Généraux AA France. (2016). Sondage 2015 sur les membres. Consulté à l'adresse Alcooliques anonymes website: https://www.alcooliques-anonymes.fr/wp-content/uploads/2016/01/AA_Brochure_Sondages.pdf
- Shafranske, E. P., & Gorsuch, R. L. (1984). Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *The Journal*, 16(2), 231.
- Shmueli, A., & Tamir, D. (2007). Health behavior and religiosity among Israeli Jews. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 9(10), 703-707.
- Silberman, I. (2003). Spiritual role modeling : The teaching of meaning systems: Comment. *International Journal for the Psychology of Religion*, 13(3), 175-195.
https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1303_03
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions : A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Sitbon, A., Shankland, R., & Krumm, C.-M. (2019). Interventions efficaces en psychologie positive : Une revue systématique = Effective interventions in positive psychology: A systematic review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 60(1), 35-54.
<https://doi.org/10.1037/cap0000163>

- Skevington, S. M., Gunson, K. S., & O'Connell, K. A. (2013). Introducing the WHOQOL-SRPB BREF : Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 22(5), 1073-1083. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0237-0>
- Smith, H. (1976). *Forgotten truth : The common vision of the world's religions*. New York, NY, US: Harper Collins.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression : Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>
- Société Française d'Alcoologie. (2009). Mouvements d'entraide alcool. Consulté 7 octobre 2018, à l'adresse https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/8c_mouvements_sfa2009.pdf
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Gottheil, E. (1983). Family environment as a predictor of adjustment to metastatic breast carcinoma. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1(1), 33-44. https://doi.org/10.1300/J077v01n01_04
- Spilka, B., Shaver, P., & Kirkpatrick, L. A. (1985). A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the scientific study of religion*, 1–20.
- Starbuck, E. D. (1899). *The psychology of religion : An empirical study of the growth of religious consciousness* (Vol. 38). Walter Scott.
- Stark, R., & Bainbridge, W. S. (1985). *The Future of Religion*. Berkeley: University of California Press.
- Steffen, P. R., & Masters, K. S. (2005). Does compassion mediate the intrinsic religion-health relationship? *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 217-224. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3003_6
- Steinhauser, K. E., Voils, C. I., Clipp, E. C., Bosworth, H. B., Christakis, N. A., & Tulsky, J. A. (2006). "Are You at Peace?" : One Item to Probe Spiritual Concerns at the End of Life. *Archives of Internal Medicine*, 166(1), 101-105. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.1.101>

- Sterling, R. C., Weinstein, S., Hill, P., Gottheil, E., Gordon, S. M., & Shorie, K. (2006). Levels of spirituality and treatment outcome : A preliminary examination. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), 600-606.
- Stewart, C. (2008). Client spirituality and substance abuse treatment outcomes. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 27(4), 385-404.
<https://doi.org/10.1080/15426430802347313>
- Stone, A. A., & Bovbjerg, D. H. (1994). Stress and humoral immunity : A review of the human studies. *Advances in neuroimmunology*, 4(1), 49–56.
- Stout, R. L., Kelly, J. F., Magill, M., & Pagano, M. E. (2012). Association Between Social Influences and Drinking Outcomes Across Three Years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 489-497. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.489>
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997a). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87(6), 957-961.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.87.6.957>
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997b). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87(6), 957-961.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.87.6.957>
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 68-74.
https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2301_10
- Subbaraman, M. S., & Witbrodt, J. (2014). Differences between abstinent and non-abstinent individuals in recovery from alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1730-1735.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.010>

- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis : Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518-532. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.3.518>
- Sullivan, E. V., Rosenbloom, M. J., & Pfefferbaum, A. (2000). Pattern of Motor and Cognitive Deficits in Detoxified Alcoholic Men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(5), 611-621. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb02032.x>
- Tajfel, H. (2010). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tart, C. T. (1975). *Transpersonal psychologies*. Oxford, England: Harper & Row.
- Tartaro, J., Luecken, L. J., & Gunn, H. E. (2005). Exploring Heart and Soul: Effects of Religiosity/Spirituality and Gender on Blood Pressure and Cortisol Stress Responses. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 753-766. <https://doi.org/10.1177/1359105305057311>
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 240-253. <https://doi.org/10.1111/papt.12045>
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161.
- Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy. In J. Yiend (Éd.), *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions*. (p. 270-289). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511521263.015>
- Terry, D. J., Hogg, M. A., & White, K. M. (2000). Attitude–behavior relations : Social identity and group membership. In D. J. Terry, M. A. Hogg, D. J. Terry (Ed), & M. A. Hogg (Ed) (Éd.), *Attitudes, behavior, and social context : The role of norms and group membership*. (p. 67-93). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. (1999-04360-004).
- Timko, C. (2008). Outcomes of AA for special populations. In M. Galanter, L. A. Kaskutas, M. Galanter (Ed), & L. A. Kaskutas (Ed) (Éd.), *Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction*

- recovery. (p. 373-392). New York, NY, US: Springer Science + Business Media. (2008-02293-021).
- Timko, C., Finney, J. W., & Moos, R. H. (2005). The 8-Year Course of Alcohol Abuse : Gender Differences in Social Context and Coping. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29*(4), 612–621.
- Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W., & Lesar, M. D. (2000). Long-term outcomes of alcohol use disorders : Comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 61*(4), 529-540.
- Tonigan, J. S. (2003). Changing AA practices and outcomes : Project MATCH three-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*(3), 526–528.
- Tonigan, J. Scott, & Connors, G. J. (2015). Psychological mechanisms in Alcoholics Anonymous. In M. Galanter, H. D. Kleber, K. T. Brady, M. Galanter (Ed), H. D. Kleber (Ed), & K. T. Brady (Ed) (Éd.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment*. (p. 563-578). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc. (2015-18397-038).
- Tonigan, J. Scott, Connors, G. J., & Miller, W. R. (1996). Alcoholics Anonymous Involvement (AAI) scale : Reliability and norms. *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(2), 75.
- Tonigan, J. Scott, McCallion, E. A., Frohe, T., & Pearson, M. R. (2017). Lifetime Alcoholics Anonymous attendance as a predictor of spiritual gains in the Relapse Replication and Extension Project (RREP). *Psychology of Addictive Behaviors, 31*(1), 54-60. <https://doi.org/10.1037/adb0000235>
- Tonigan, J. Scott, Miller, W. R., & Connors, G. J. (2000). Project MATCH Client Impressions About Alcoholics Anonymous : Measurement Issues and Relationship to Treatment Outcome. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18*(1), 25-41. https://doi.org/10.1300/J020v18n01_02
- Tonigan, J. Scott, Miller, W. R., & Schermer, C. (2002). Atheists, agnostics and Alcoholics Anonymous. *Journal of studies on alcohol, 63*(5), 534–541.
- Tonigan, J. Scott, Rynes, K. N., & McCrady, B. S. (2013a). Spirituality as a Change Mechanism in 12-Step Programs : A Replication, Extension, and Refinement. *Substance Use & Misuse, 48*(12), 1161-1173. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.808540>

- Tonigan, J. Scott, Rynes, K. N., & McCrady, B. S. (2013b). Spirituality as a Change Mechanism in 12-Step Programs : A Replication, Extension, and Refinement. *Substance Use & Misuse, 48*(12), 1161-1173. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.808540>
- Tonigan, J. Scott, Rynes, K., Toscova, R., & Hagler, K. (2013a). Do Changes in Selfishness Explain 12-Step Benefit? A Prospective Lagged Analysis. *Substance Abuse, 34*(1), 13-19. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691453>
- Tonigan, J. Scott, Rynes, K., Toscova, R., & Hagler, K. (2013b). Do changes in selfishness explain 12-Step benefit? A prospective lagged analysis. *Substance Abuse, 34*(1), 13-19. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691453>
- Tsang, J.-A., & McCullough, M. E. (2003). Measuring religious constructs : A hierarchical approach to construct organization and scale selection. In S. J. Lopez, C. R. Snyder, S. J. Lopez (Ed), & C. R. Snyder (Ed) (Éd.), *Positive psychological assessment : A handbook of models and measures*. (p. 345-360). <https://doi.org/10.1037/10612-022>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology, 86*(2), 320-333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions : Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being, 8*(3), 311-333. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
- Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T., & Lu, F. G. (1995). Religious or spiritual problem : A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(7), 435-444. <https://doi.org/10.1097/00005053-199507000-00003>
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders : A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety, 35*(9), 851-860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>

- Uchoa, E. T., Aguilera, G., Herman, J. P., Fiedler, J. L., Deak, T., & de Sousa, M. B. C. (2014). Novel Aspects of Glucocorticoid Actions. *Journal of Neuroendocrinology*, 26(9), 557-572. <https://doi.org/10.1111/jne.12157>
- UK Drug Policy Commission. (2008). *The UK Policy Commission Recovery Consensus Group. A Vision of Recovery. July 2008*. UK Drug Policy Commission.
- Unterrainer, H. F., Lewis, A. J., & Fink, A. (2014). Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health : A Review of Results and Conceptual Issues. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 382-392. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5>
- Van Buuren, S., Boshuizen, H. C., & Knook, D. L. (1999). Multiple imputation of missing blood pressure covariates in survival analysis. *Statistics in medicine*, 18(6), 681–694.
- Varescon, I. (2011). Addictions aux substances psychoactives et résilience. In *Traité de résilience assistée* (Quadrige/PUF, p. 361–381). Paris.
- Varescon, Isabelle. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie*. Paris: Belin.
- Vaughan, F. (1991). Spiritual issues in psychotherapy. *Journal of Transpersonal psychology*, 23(2), 105–119.
- Velasco, L., & Rioux, L. (2009). Adaptation et validation en langue française d'une échelle de bien-être spirituel. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 41(2), 102.
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients : A review. *Psycho-oncology*, 19(6), 565–572.
- Von Balthasar, H. U. (1965). The Gospel as Norm and Test of all Spirituality in the Church. *Concilium*, 9(1), 5.
- von Känel, R., Kudielka, B. M., Helfricht, S., Metzenthin, P., Preckel, D., Haeberli, A., ... Fischer, J. E. (2008). The effects of aspirin and nonselective beta blockade on the acute prothrombotic

- response to psychosocial stress in apparently healthy subjects. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 51(3), 231-238. <https://doi.org/10.1097/FJC.0b013e318161ea63>
- Wagner, V., & Acier, D. (2017). Étude des départs prématurés de patients admis en addictologie = Premature discharge of addictology patients : A study. *Alcoologie et Addictologie*, 39(4), 340-349. (2018-22164-002).
- Wakefield, G. S. (1983). *The Westminster dictionary of Christian spirituality*. Westminster John Knox Press.
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Barrick, C. (2009). Facilitating involvement in alcoholics anonymous during out-patient treatment : A randomized clinical trial. *Addiction*, 104(3), 391-401. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02467.x>
- Warner, L. A., & White, H. R. (2003). Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use & Misuse*, 38(14), 1983-2016. <https://doi.org/10.1081/JA-120025123>
- Weinberger, A. H., Platt, J., & Goodwin, R. D. (2016). Is cannabis use associated with an increased risk of onset and persistence of alcohol use disorders? A three-year prospective study among adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 363-367. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.014>
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Gallop, R. J., Najavits, L. M., Frank, A., Crits-Christoph, P., ... Luborsky, L. (2005). The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.012>
- Wenger, J. L. (2004). The Automatic Activation of Religious Concepts : Implications for Religious Orientations. *International Journal for the Psychology of Religion*, 14(2), 109-123. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr1402_3

- Westermeyer, J. (2014). Alcoholics Anonymous and spiritual recovery : A cultural perspective. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 32(2-3), 157-172. <https://doi.org/10.1080/07347324.2014.907049>
- White, W. L. (2007). Addiction recovery : Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>
- White, W. L., Boyle, M., & Loveland, D. (2002). Alcoholism/addiction as a chronic disease : From rhetoric to clinical reality. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(3-4), 107–129.
- WHO. (2016). Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Consulté 5 novembre 2018, à l'adresse WHO website: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Whoqol Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL) : Development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569–1585.
- WHOQoL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social science & medicine*, 62(6), 1486–1497.
- Wilcox, C. E., Pearson, M. R., & Tonigan, J. S. (2015a). Effects of long-term AA attendance and spirituality on the course of depressive symptoms in individuals with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 382-391. <https://doi.org/10.1037/adb0000053>
- Wilcox, C. E., Pearson, M. R., & Tonigan, J. S. (2015b). Effects of long-term AA attendance and spirituality on the course of depressive symptoms in individuals with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(2), 382-391. <https://doi.org/10.1037/adb0000053>
- Wilkinson, G. N., & Rogers, C. E. (1973). Symbolic description of factorial models for analysis of variance. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)*, 22(3), 392–399.
- Williams, D. R. (1994). The measurement of religion in epidemiologic studies. *Religion in aging and health: Theoretical foundations and methodological frontiers*, 125–48.

- Williams, D. R., Larson, D. B., Buckler, R. E., Heckmann, R. C., & Pyle, C. M. (1991). Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1257-1262. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90040-J](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90040-J)
- Williamson, W. P., & Hood, R. W. (2015). The Role of Mentoring in Spiritual Transformation : A Faith-Based Approach to Recovery from Substance Abuse. *Pastoral Psychology*, 64(1), 135-152. <https://doi.org/10.1007/s11089-013-0558-0>
- Winzelberg, A., & Humphreys, K. (1999). Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3,018 male substance abuse patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 790-794. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.5.790>
- Wirtz, P. H., & von Känel, R. (2017). Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11), 111. <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x>
- Witbrodt, J., Kaskutas, L. A., & Grella, C. E. (2015). How do recovery definitions distinguish recovering individuals? Five typologies. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.036>
- Witbrodt, J., Kaskutas, L., Bond, J., & Delucchi, K. (2012). Does sponsorship improve outcomes above Alcoholics Anonymous attendance? A latent class growth curve analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(2), 301-311. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03570.x>
- Witbrodt, J., Mertens, J., Kaskutas, L. A., Bond, J., Chi, F., & Weisner, C. (2012). Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 30-43. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.004>
- Witkiewitz, K., Lustyk, M. K. B., & Bowen, S. (2013). Retraining the addicted brain : A review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 351.
- Worley, J. (2017). Recovery in Substance Use Disorders : What to Know to Inform Practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(1), 80-91. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1245375>

- Wuthnow, R. (1998). *After heaven : Spirituality in America since the 1950s*. Univ of California Press.
- Yates, J. W., Chalmer, B. J., James, P. S., Follansbee, M., & McKegey, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, *9*(2), 121–128.
- Ye, Y., & Kaskutas, L. A. (2009). Using propensity scores to adjust for selection bias when assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in observational studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *104*(1-2), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.018>
- Young, L. B. (2013). Characteristics and practices of sponsored members of Alcoholics Anonymous. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, *8*(2), 149-164. <https://doi.org/10.1080/1556035X.2013.764203>
- Ysseldyk, R., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Religiosity as identity : Toward an understanding of religion from a social identity perspective. *Personality and Social Psychology Review*, *14*(1), 60-71. (2010-02120-006).
- Yu, X., Lau, J. T. F., Mak, W. W. S., Zhang, J., Lui, W. W. S., & Zhang, J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(2), 218-224. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.010>
- Zahr, N. M., & Pfefferbaum, A. (2017). Alcohol's effects on the brain : Neuroimaging results in humans and animal models. *Alcohol Research: Current Reviews*, *38*(2), e1-e24. (2017-30828-004).
- Zemore, S. E. (2007). A Role for Spiritual Change in the Benefits of 12-Step Involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *31*(s3), 76s-79s. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x>
- Zemore, S. E., & Kaskutas, L. A. (2004). Helping, Spirituality and Alcoholics Anonymous in Recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, *65*(3), 383-391. <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.383>
- Zemore, S. E., & Kaskutas, L. A. (2008). 12-Step Involvement and Peer Helping in Day Hospital and Residential Programs. *Substance Use & Misuse*, *43*(12/13), 1882-1903. <https://doi.org/10.1080/10826080802297534>

- Zemore, S. E., Subbaraman, M., & Tonigan, J. S. (2013). Involvement in 12-Step Activities and Treatment Outcomes. *Substance Abuse, 34*(1), 60-69.
<https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691452>
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. In *Handbook of the psychology of religion and spirituality: Vol. Chap 2* (Raymond F. Paloutzian and Crystal L. Park, p. 21-43). New York: The Guilford Press.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., ... Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality : Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the scientific study of religion, 549–564*.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005). Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. *Religiousness and Spirituality, 14–44*.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality : Problems and prospects. *Journal of personality, 67*(6), 889–919.
- Zola, É. (1876). *L'assommoir* (Paris). Le livre de poche.
- Zollinger, T. W., Phillips, R. L., & Kuzma, J. W. (1984). Breast cancer survival rates among Seventh-day Adventists and non-Seventh-day Adventists. *American Journal of Epidemiology, 119*(4), 503–509.

ANNEXES

Annexe 1 : les 12 étapes des Alcooliques anonymes

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 concevions.
4. Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à ce dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous étions tout à fait prêt 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 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 concevions, 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.

(Alcoholics Anonymous, 2003, p. 66-67)

Annexe 2 : les 12 traditions des Alcooliques anonymes

1. Notre bien-être commun devrait venir en premier lieu ; le rétablissement personnel dépend de l'unité des AA.
2. Dans la poursuite de notre objectif commun, il n'existe qu'une seule autorité ultime : un dieu d'amour tel qu'il peut se manifester dans notre conscience de groupe. Nos chefs ne sont que des serviteurs de confiance, ils ne gouvernent pas.
3. Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour être membre des AA.
4. Chaque groupe devrait être autonome, sauf sur les points qui touchent d'autres groupes ou l'ensemble du Mouvement.
5. Chaque groupe n'a qu'un objectif primordial : transmettre son message à l'alcoolique qui souffre encore.
6. Un groupe ne devrait jamais endosser ou financer d'autres organismes, qu'ils soient apparentés ou étrangers aux AA, ni leur prêter le nom des Alcooliques Anonymes, de peur que les soucis d'argent, de propriété ou de prestige ne nous distraient de notre objectif premier.
7. Tous les groupes devraient subvenir entièrement à leurs besoins et refuser les contributions de l'extérieur.
8. Le Mouvement des Alcooliques Anonymes devrait toujours demeurer non professionnel, mais nos centres de service peuvent engager des employés qualifiés.
9. Comme Mouvement, les Alcooliques Anonymes ne devrait jamais avoir de structure formelle, mais nous pouvons constituer des conseils ou des comités de service directement responsables envers ceux qu'ils servent.
10. Le Mouvement des Alcooliques Anonymes n'exprime aucune opinion sur des sujets étrangers ; le nom des AA ne devrait donc jamais être mêlé à des controverses publiques.
11. La politique de nos relations publiques est basée sur l'attrait plutôt que sur la réclame ; nous devons toujours garder l'anonymat personnel dans la presse écrite et parlée de même qu'au cinéma.
12. L'anonymat est la base spirituelle de toutes nos traditions et nous rappelle sans cesse de placer les principes au-dessus des personnalités.

(Alcooliques Anonymes, 2003)

Annexe 3 : Lettre du responsable du comité de santé des AA aux correspondants régionaux confirmant l'avis favorable du bureau des services généraux des AA pour l'étude



Pôle institutions / Comité national santé

A l'attention des correspondants régionaux santé
Message à diffuser auprès des membres AA

Libre participation à l'étude
Addiction – Spiritualité – Rétablissement

Paris, le 22 octobre 2016

Chers amis,

Le conseil des services généraux, dans sa session de septembre 2016, s'est montré favorable pour que soit proposé à chaque membre AA de participer librement à l'étude menée par une doctorante en psychologie de l'université René Descartes (Paris V) et intitulée : **Etude Addiction – Spiritualité – Rétablissement**. Nous avons reproduit au dos de ce courrier la lettre d'information vous renseignant sur le but de cette étude.

Le comité national santé vous invite à transmettre cette proposition aux groupes AA de votre région afin de permettre à un maximum d'amis de participer à ce projet. Les résultats de cette étude feront ensuite l'objet d'une communication auprès des membres AA.

Notre participation est individuelle, anonyme et laissée à notre libre appréciation. Ceci en conformité avec le « *Mémoire sur la participation des membres des AA à la Recherche et autres sondages non AA* » diffusé par le BSG de New York

Les membres AA qui souhaitent apporter leur concours actif à ce projet de recherche sont invités à le faire jusqu'au 31 mars 2017, en complétant le questionnaire grâce au lien (*) suivant :

<http://shiva.univ-paris5.fr/index.php?sid=57942&lang=fr>

Et en faisant largement et librement circuler cette information auprès d'autres membres.

Plus les réponses seront nombreuses, plus cette étude sera susceptible, à sa mesure, de contribuer à la transmission de notre message.

Pour terminer, une citation de Bill W. sur la collaboration avec des personnes non membres des AA qui cherchent des solutions aux problèmes de l'alcoolisme : « *Travaillons donc côte à côte avec tous ces projets qui visent à accélérer le rétablissement de millions de gens qui n'ont pas encore trouvé de porte de sortie. Ces divers travaux n'ont pas besoin de notre appui particulier. Ils n'ont besoin que d'une aide que nous pouvons parfois donner, en tant qu'individus.* »

Fraternellement

Jeannot R, responsable du comité national santé

(*) Pour des raisons de dépouillement, ce questionnaire ne peut pas être complété manuellement

Annexe 4 : Lettre d'information

Lettre d'information pour un participant à l'étude :

Addictions, spiritualité & rétablissement

Madame, Monsieur,

Il vous a été proposé de prendre part à une étude en psychologie dans le cadre de votre participation aux Alcooliques anonymes (AA). Afin que vous puissiez décider si vous souhaitez ou non contribuer à cette étude, nous tenons à vous informer de ses modalités pratiques.

Le cadre de l'étude

Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat, rattachée à l'école doctorale « Cognition, Comportements, Conduites Humaines » de l'université de Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité et au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS) de cette même université.

L'objectif de l'étude

Notre étude a pour objectif global d'étudier la spiritualité, la résilience et la qualité de vie en lien avec la participation aux Alcooliques anonymes. (Nous vous rappelons que la résilience peut être définie comme le processus à partir duquel une personne manifeste sa capacité à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'éléments déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères et/ou répétés ou encore comme le mécanisme illustrant la reprise d'un développement après un effondrement.) Cette recherche est sans bénéfice individuel direct, elle peut néanmoins être l'occasion, pour vous, de faire un point sur certains domaines.

Votre participation

Nous vous proposerons de répondre à un ensemble de questionnaires et échelles (7), où il s'agira de choisir les propositions qui correspondent le mieux à votre situation. Le temps nécessaire pour remplir la totalité du document a été évalué à environ 35 minutes.

Il vous sera, au préalable, demandé d'attester que nous vous avons bien informé(e) de vos droits et donné toutes les explications que vous souhaitez avoir sur l'étude et votre participation en signant les deux exemplaires d'un formulaire de « consentement libre et éclairé ».

Pour avoir accès à cette lettre d'information, le formulaire de consentement et l'ensemble des questionnaires, il vous suffira de cliquer sur le lien internet suivant :

<http://shiva.univ-paris5.fr/index.php?sid=57942&lang=fr>

Ce lien est divulgué à tous les groupes de France des Alcooliques anonymes par le biais des correspondants régionaux. Il est également disponible sur le site internet des Alcooliques anonymes, dans l'espace réservé aux membres, rubrique : comités de service/santé. Vous pouvez aussi l'obtenir en adressant un mail à Claire Hiernaux (son mail figure ci-dessous).

Nous souhaiterions également mener des entretiens de recherche enregistrés. Si vous êtes d'accord pour nous parler des raisons de votre adhésion aux AA, de votre rétablissement et de vos attentes,

nous vous demanderons, à la fin des questionnaires à remplir, de bien vouloir nous laisser un numéro de téléphone ou un email afin que nous puissions vous contacter. L'entretien n'excèdera pas 45 minutes et se déroulera dans un lieu neutre, choisi à votre convenance et préservant votre anonymat ou dans un bureau de l'université.

Vos droits et votre confidentialité

Votre anonymat est préservé

Les données personnelles que vous communiquerez, dans le cadre de cette étude, seront encodées avant d'être traitées informatiquement afin de garantir la confidentialité de votre identité, conformément à la loi « informatique et liberté »³. Les résultats globaux de cette étude pourront faire l'objet de productions scientifiques, mais aucune donnée susceptible de vous identifier ne sera divulguée.

Votre participation est libre et interruptible à tout moment

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire, et vous restez libre de l'interrompre, à tout moment.

Vous pouvez nous contacter à tout moment

Claire Hiernaux restera disponible pendant toute la durée de l'étude pour répondre à de nouvelles questions, vous fournir un questionnaire, le lien internet pour répondre en ligne ou vous communiquer les résultats globaux de l'étude si vous en faites la demande. Vous pouvez la contacter :

Par mail, à l'adresse : **addictions.spiritualite@gmail.com**

Cette étude a reçu un avis favorable du Conseil d'Evaluation Ethique pour les Recherches en Santé (CERES, N°IRB : 20163500001072), ainsi que du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CTTIRS, dossier n°16-812), et a été approuvé par le Conseil d'Administration des Alcooliques anonymes.

Nous vous remercions, Madame, Monsieur, d'avoir pris le temps de lire notre lettre d'information ainsi que de votre confiance si vous souhaitez prendre part à notre étude.

³ Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 : vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression sur les informations qui vous concernent.

Annexe 5 : Formulaire de consentement libre et éclairé pour les questionnaires en ligne

Titre de l'étude : « Addictions, Spiritualité & Rétablissement »

Etude menée par Claire Hiernaux, sous la responsabilité du Professeur Varescon, dans le cadre d'une thèse de Doctorat en Psychologie réalisée au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS) de l'Institut de Psychologie de l'université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité.

Je déclare avoir lu la note d'information sur cette étude et avoir reçu par Claire Hiernaux, organisatrice de la recherche, des réponses aux questions que je souhaitais poser.

J'ai été informé(e) des buts, des méthodes et contraintes de cette étude, et déclare avoir compris les explications qui m'ont été données.

J'ai bien noté que cette étude a reçu des avis favorables du Conseil d'Evaluation Ethique pour les Recherches en Santé (CERES, N°IRB : 20163500001072) et du comité consultatif sur le traitement de l'Information en matière de recherche dans le domaine de la santé (16-812) et a été approuvé par le Conseil d'Administration des Alcooliques anonymes.

J'accepte de prendre part à cette étude en répondant à 7 questionnaires. Je peux également contribuer à cette étude en participant à un entretien de recherche. Pour cela, je pourrai laisser un numéro de téléphone ou un email à la fin des questionnaires à remplir. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux l'interrompre à tout moment sans avoir à me justifier. Mon consentement ne décharge pas de leurs responsabilités les organisateurs de la recherche. Je conserve tous mes droits garantis par la Loi.

J'ai bien noté, qu'à ma demande, il pourra m'être communiqué les résultats globaux de l'étude.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude et rendues anonymes puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif de l'investigatrice et n'en autorise la consultation qu'à des personnes mandatées par l'organisatrice de la recherche et soumises à une obligation de confidentialité. J'ai été informé(e) que cette recherche peut faire l'objet de productions scientifiques sur les résultats globaux, mais qu'aucune donnée susceptible de m'identifier ne sera divulguée.

Oui

Non



Conseil d'évaluation éthique pour les recherches en santé (CERES)

Présidente: Jacqueline Fagard

N° 2016 - 35

PROTOCOLE : Addictions, spiritualité et rétablissement.

Noms du/ des chercheur(s) : Claire Hiernaux

Email pour la correspondance : claire.hiernaux@gmail.com

Labo/ Service: LPPS

Évalué à la séance du 07/06/2016

AVIS : Favorable

N°IRB : 20163500001072

Jacqueline Fagard
Présidente du CERES

Annexe 7 : Avis favorable du CTTIRS



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 16-812

Intitulé de la demande : Addictions, spiritualité et rétablissement.

Responsable scientifique : Isabelle VARESCON
Université Paris Descartes
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé
71 avenue Edouard Vaillant
92774 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Demandeur : Isabelle VARESCON
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS)
de l'Université de Paris Descartes. Sorbonne Paris Cité.

Dossier reçu le : 26 septembre 2016

Dossier examiné le : 17 novembre 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

- 1) Le projet comportant le recueil d'un grand nombre de données sensibles (consommation de substances et aussi attitudes religieuses) une attention particulière doit être apportée à la confidentialité des données. Il manque le paragraphe relatif à la confidentialité des données (attribution d'un code patient). Volet qualitatif, préciser ce que deviennent les données recueillies : destruction des enregistrements, conservation des entretiens retranscrits, où et combien de temps.
- 2) Lettre d'information : l'objectif devrait être décrit de manière plus simple afin d'être compris par l'ensemble des personnes participant à l'étude. Le lecteur de la lettre ne voit pas de façon évidente ce que recouvre le terme « spiritualité », et « résilience » est un terme trop savant. Il manque également le lien internet permettant aux patients de se connecter ainsi que toutes les informations relatives à cette connexion (code d'accès/mot de passe...).
- 3) Echelle RBB (Antécédents et pratiques religieuses) : prévoir un item « ne souhaite pas répondre » pour les différentes questions.

Fait à Paris, le 23 novembre 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

Annexe 8 : Questionnaire socio-démographiques

Où se trouve votre groupe d'attache / de la réunion que vous fréquentez le plus ?

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Quelle est votre mois et votre année de naissance ? mois / année

Quel est votre plus haut diplôme obtenu ?

- 0** - CAP, BEP
- 1** - Baccalauréat
- 2** - BTS – DUT – IUT - Deug – autre BAC + 2
- 3** - Licence – Autre BAC + 3
- 4** - Master – Autre BAC + 5
- 5** - Doctorat
- 6** - Autre, Précisez :

Quelle est votre situation professionnelle ?

- 1** - Vous travaillez
- 2** - Vous êtes en arrêt maladie
- 3** - Vous êtes en invalidité et ne travaillez pas
- 4** - Vous êtes au chômage
- 5** - Vous êtes étudiant/en formation
- 6** - Vous êtes retraité(e)
- 7** - Autre, précisez :

A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous (ou apparteniez-vous si vous êtes retraité(e)) ? :

- 1** - Agriculteurs exploitants
- 2** - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3** - Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4** - Professions Intermédiaires
- 5** - Employés
- 6** - Ouvriers
- 7** - Etudiants
- 8** - Autres et personnes sans activité professionnelle

Quel est votre état civil actuel ?

- 1** - Célibataire
- 2** - En concubinage
- 3** - Marié(e) / Pacsé(e)
- 4** - Séparé(e) / divorcé(e)
- 5** - Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ? :

- Oui
- Non

Si oui, combien ? :

La plupart du temps, vous vivez :

- 1** - Seul(e)
- 2** - Avec vos parents (ou l'un d'eux)
- 3** - Avec votre conjoint(e)/compagnon/compagne
- 4** - Avec vos enfants
- 5** - Avec un(e) colocataire
- 6** - En foyer ou appartement thérapeutique
- 7** - Autre, précisez :

Annexe 9 : Questionnaire portant sur la santé, les soins et participants et participation aux autres groupes d'entraides

Prenez-vous habituellement des médicaments ?

- Oui
- Non
-

Lesquels ? *(Question présentée uniquement au participant ayant répondu oui)*
Pour quelle(s) **affection(s)** ?

Actuellement vous consultez régulièrement :

- 1** - Un(e) addictologue/alcoolologue
- 2** - Un(e) psychiatre
- 3** - Un(e) psychologue
- 4** - Autre, précisez :
- 5** - Vous n'avez aucun suivi

Réponses 1 à 4 : *(Présentées uniquement au participant ayant répondu oui)*

Depuis combien de temps ?

A quelle fréquence ?

En relation avec votre problème d'addiction, participez-vous à des réunions d'un autre groupe d'entraide que les AA?

- Oui
- Non

quel(s) autre(s) groupe(s) d'entraide s'agit-il ? *(Questions présentées uniquement au participant ayant répondu oui)*

Les réunions AA sont-elles celles que vous fréquentez le plus, habituellement ?

- Oui
- Non

Annexe 10 : Questionnaire sur le parcours de consommation de substances psychoactives et addictions comportementales

Parcours de consommation d'alcool

A quel âge avez-vous commencé à consommer de l'alcool ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé de l'alcool régulièrement et massivement ?

A partir de quel âge votre consommation est-elle devenue massive et régulière ?

Quelle quantité d'alcool consommiez-vous par jour ?

(Essayez d'évaluer cette quantité en verres standards, sinon précisez la quantité en litres et le type d'alcool et son degré d'alcool.)

A partir de quel âge avez-vous pris conscience que vous aviez un problème avec l'alcool ?

Avez-vous consommé d'autres produits psychoactifs que l'alcool ?

- Oui
- Non

Consommation de substances psychoactives passées autres que l'alcool

En dehors de l'alcool, **quelle(s) autre(s) substance(s) psychoactive(s)** avez-vous déjà consommée(s) ?

- Tabac
- Cannabis
- Benzodiazépines/somnifères
- Héroïne
- Morphine/Codéine
- Amphétamines/
- méthamphétamines
- Cocaïne
- Crack
- Phencyclidine (PCP, poussière d'ange, kétamine)
- MDMA/ecstasy/LSD/DOM (STP)
- Hydrocarbures volatils inhalés (essence, solvants, colle, etc.)
- Autre

Si oui : (seuls les tableaux correspondant aux produits cochés ont été présentés au participant)

Votre consommation de tabac

A quel âge avez-vous commencé à consommer du tabac ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé du tabac ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous du tabac ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (cigarettes/j)

Votre consommation de cannabis

A quel âge avez-vous commencé à consommer du cannabis ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé du cannabis ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous du cannabis ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (g/j)

Votre consommation de benzodiazépines/somnifères/...

A quel âge avez-vous commencé à consommer des benzodiazépines/somnifères/... ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé des benzodiazépines/somnifères/... ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous des benzodiazépines/somnifères/... ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (précisez l'unité de mesure)

Votre consommation d'héroïne

A quel âge avez-vous commencé à consommer de l'héroïne ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé de l'héroïne ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous de l'héroïne ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (g/j)

Votre consommation de morphine/codéine/...

A quel âge avez-vous commencé à consommer de la morphine/codéine/... ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé de la morphine/codéine/... ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous de la morphine/codéine/... ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (précisez l'unité de mesure)

Votre consommation d'amphétamines/métamphétamines/...

A quel âge avez-vous commencé à consommer des amphétamines/métamphétamines/... ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé des amphétamines/métamphétamines/... ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous des amphétamines/métamphétamines/... ?

A quel âge avez-vous commencé à consommer des amphétamines/métamphétamines/... ?

Votre consommation de cocaïne

A quel âge avez-vous commencé à consommer de la cocaïne ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé de la cocaïne ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous de la cocaïne ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (g/j)

Votre consommation de crack

A quel âge avez-vous commencé à consommer de la cocaïne ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé de la cocaïne ?

Avec quelle fréquence consommiez-vous de la cocaïne ?

Quelle quantité consommiez-vous les jours de consommation ? (g/j)

Votre consommation phencyclidine (PCP, poussière d'ange, kétamine, etc.) ...

A quel âge avez-vous commencé à consommer de la phencyclidine (PCP, poussière d'ange, kétamine, etc.) ... ?

Pendant combien de la phencyclidine (PCP, poussière d'ange, kétamine, etc.) ... ?

Avec quelle fréquence consommez-vous de la phencyclidine (PCP, poussière d'ange, kétamine, etc.) ... ?

Quelle quantité consommez-vous les jours de consommation ? (précisez l'unité de mesure)

Votre consommation de MDMA/ecstasy/LSD/DOM (STP) ...

A quel âge avez-vous commencé à consommer ces hallucinogènes ?

Pendant combien ces hallucinogènes ?

Avec quelle fréquence consommez-vous ces hallucinogènes ?

Quelle quantité consommez-vous les jours de consommation ? (g/j)

Votre consommation d'hydrocarbures inhalés (essence, solvants, colle, etc.)

A quel âge avez-vous commencé à consommer des hydrocarbures ?

Pendant combien des hydrocarbures ?

Avec quelle fréquence consommez-vous des hydrocarbures ?

Autre(s) substance(s) psychoactive(s)

Nom de cette(ces) autre(s) substance(s) :

A quel âge avez-vous commencé à consommer cette (ces) autre(s) substance(s) ?

Pendant combien de temps avez-vous consommé cette (ces) autre(s) substance(s) ?

Avec quelle fréquence consommez-vous cette (ces) autre(s) substance(s) ?

Quelle quantité consommez-vous les jours de consommation ? (précisez l'unité de mesure)

L'alcool était-il le produit que vous préféreriez consommer ?

- Oui
- Non

Quel était alors votre produit de choix ?

(Question présentée uniquement au participant ayant répondu non)

Avez-vous consommé de l'alcool durant les 12 derniers mois ?

- Oui
- Non

(Si oui le questionnaire AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor et al., 2001) était présenté au participant. Questionnaire consultable à l'annexe 11)

Abstinence d'alcool

Quel est votre DATE D'ABSTINENCE d'alcool ?

Quel est **aujourd'hui** votre **TEMPS D'ABSTINENCE D'ALCOOL** ?

Consommation actuelle de tabac

ACTUELLEMENT, consommez-vous du tabac ?

- Oui
- Non

En quelle quantité et à quelle fréquence ?

(Question présentée uniquement au participant ayant répondu oui)

Addiction comportementale

Les addictions comportementales peuvent concerner : l'alimentation, les jeux d'argent, les jeux vidéo, l'utilisation d'internet/des écrans, les achats compulsifs, la sexualité compulsive, le travail, etc.)

Avez-vous un comportement dont il vous serait difficile de vous passer ?

- Oui
- Non

(Questions suivantes présentées uniquement au participant ayant répondu oui)

Quel est ce comportement ?

Si vous ne pouvez pas réaliser ce comportement, devenez-vous anxieux (se) ? agité(e) ? irrité(e) ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà essayé de réduire, sans y parvenir, le recours à ce comportement ?

- Oui
- Non

Recourez-vous, à ce comportement, de façon plus importante qu'initialement prévu ?

- Oui
- Non

Réaliser ce comportement a-t-il, pour vous, un coût financier important ?

- Oui
- Non

Etes-vous prêt(e) à dépenser beaucoup de temps et d'énergie pour réaliser ce comportement ?

- Oui
- Non

Ce comportement a-t-il des répercussions :

- Sur votre santé ?
- Sur votre travail ?
- Sur votre vie familiale et sentimentale ?
- Sur votre vie relationnelle et vos loisirs ?
- Pas de répercussions ?

Annexe 11 : Le test d'identification du trouble de l'usage d'alcool AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Babor et al., 2001)

- 1- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- 0 - Jamais
 - 1 - 1 fois par mois ou moins
 - 2 - 2 à 4 fois par mois
 - 3 - 2 à 3 fois par semaine
 - 4 - 4 fois ou plus par semaine
- 2- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
- 0 - 1 ou 2
 - 1 - 3 ou 4
 - 2 - 5 ou 6
 - 3 - 7 à 9
 - 4 - 10 ou +
- (En commentaire dans le questionnaire : Nous vous rappelons que :
- un verre de 12,5 cL de vin à 12° correspond à un verre standard,
 - un verre de 25 cL de bière à 5° correspond à un verre standard,
 - un verre avec 3 cL de whisky à 40° correspond à un verre standard,
 - un verre avec 2 cL de pastis à 45° correspond à un verre standard,
 - une bouteille de vin de 75 cL contient 8 verres standards,
 - Une cannette de 50cL d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient 4 verres standards,
 - une bouteille de 75 cL de whisky contient 25 verres standards.
- 3- Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?
- 0 - Jamais
 - 1 - Moins d'une fois par mois
 - 2 - Une fois par mois
 - 3 - Une fois par semaine
 - 4 - Chaque jour ou presque
- 4- Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?
- 0 - Jamais
 - 1 - Moins d'une fois par mois
 - 2 - Une fois par mois
 - 3 - Une fois par semaine
 - 4 - Chaque jour ou presque
- 5- Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce que l'on attendait de vous ?
- 0 - Jamais
 - 1 - Moins d'une fois par mois
 - 2 - Une fois par mois
 - 3 - Une fois par semaine
 - 4 - Chaque jour ou presque

- 6- Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?
- 0 - Jamais
 - 1 - Moins d'une fois par mois
 - 2 - Une fois par mois
 - 3 - Une fois par semaine
 - 4 - Chaque jour ou presque
- 7- Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?
- 0 - Jamais
 - 1 - Moins d'une fois par mois
 - 2 - Une fois par mois
 - 3 - Une fois par semaine
 - 4 - Chaque jour ou presque
- 8- Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qu'il s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?
- 0 - Jamais
 - 1 - Moins d'une fois par mois
 - 2 - Une fois par mois
 - 3 - Une fois par semaine
 - 4 - Chaque jour ou presque
- 9- Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?
- 0 - Non
 - 1 - Oui, mais pas dans les 12 derniers mois
 - 2 - Oui, au cours des 12 derniers mois
- 10- Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?
- 0 - Non
 - 1 - Oui, mais pas dans les 12 derniers mois
 - 2 - Oui, au cours des 12 derniers mois

Annexe 12 : Echelle des antécédents et comportements religieux (RBB, Religious Background and Behavior, Connors et al. 1996)

1 - Quelle proposition vous décrit le mieux **actuellement** ?

0. Je ne crois pas en Dieu ou en une Puissance supérieure. (athée)
1. Je pense que l'on ne peut pas vraiment savoir ce qu'il en est au sujet de Dieu ou une Puissance supérieure. (Agnostique)
2. Je ne sais que croire au sujet de Dieu ou d'une Puissance supérieure. (Incertain)
3. Je crois en un Dieu/une Puissance supérieure, mais n'appartiens pas à une religion. (spirituel)
4. Je crois en Dieu/une Puissance supérieure et pratique une religion.

Durant ces 12 derniers mois, combien de fois avez-vous ...

	Jamais (1)	Rarement (2)	1 fois / mois (3)	2 fois / mois (4)	1 fois/ semaine (5)	2 fois/ semaine (6)	Presque tous les jours (7)	Plusieurs fois / jour (8)
2a – Pensé à Dieu (ou à une Puissance supérieure) ?								
2b – Médité ?								
2c- Prié (en dehors des prières dites en groupe) ?								
2d- Assisté à un culte/office spirituel ou religieux ?								
2e - Lu ou étudié des textes spirituels ou religieux ?								
2f – Fait des expériences directes de Dieu (d'une PS) ?								

Dans votre vie, avez-vous déjà...

	Jamais (1)	Rarement (2)	Autrefois mais pas aujourd'hui (3)	Aujourd'hui mais pas autrefois (4)	Toujours
3a – Eu des pensées sur Dieu (une PS)					
3b – Médité					
3c - Prié (en dehors des prières dites en groupe) ?					
3d - Assisté régulièrement à un culte/office spirituel ou religieux ?					
3e - Lu ou étudié des textes spirituels ou religieux régulièrement ?					
3f – Fait des expériences directes de Dieu (d'une PS) ?					

Ajout de la période avant l'arrivée aux AA

AA1 - Avant d'arriver aux Alcooliques anonymes, quelle proposition vous décrivait le mieux ?

0. Je ne croyais pas en Dieu ou en une Puissance supérieure
1. Je pensais que l'on ne pouvait pas vraiment savoir ce qu'il en était au sujet de Dieu ou une Puissance supérieure.
2. Je ne savais que croire au sujet Dieu ou d'une Puissance supérieure.
3. Je croyais en Dieu/une Puissance supérieure, mais n'appartenais pas à une religion.
4. Je croyais en un Dieu/une Puissance supérieure et pratiquais une religion.

Essayez maintenant de vous remémorer la période ayant précédé votre arrivée aux Alcooliques anonymes. **Durant l'année ayant précédé votre arrivée en AA**, combien de fois avez-vous ...

	Jamais (1)	Rarement (2)	1 fois / mois (3)	2 fois / mois (4)	1 fois/ semaine (5)	2 fois/ semaine (6)	Presque tous les jours (7)	Plusieurs fois / jour (8)
2a – Pensé à Dieu (ou à une Puissance supérieure) ?								
2b – Médité ?								
2c- Prié (en dehors des prières dites en groupe) ?								
2d- Assisté à un culte/office spirituel ou religieux ?								
2e - Lu ou étudié des textes spirituels ou religieux ?								
2f – Fait des expériences directes de Dieu (d'une PS) ?								

Annexe 13 : L'échelle de bien-être spirituel de Paloutzian et Ellison (SWBS, Spiritual Well-Being Scale,1982)

Veillez maintenant indiquer à quel point vous êtes d'accord avec les phrases ci-dessous. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des réponses personnelles.

- 1) Je ne trouve pas de satisfaction véritable avec ma Puissance supérieure dans ma prière personnelle.
 1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

- 2) Je ne sais pas qui je suis, d'où je viens, ni où je vais.
 1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

- 3) Je crois que ma Puissance supérieure m'aime et est très attentionnée envers moi.
 1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

- 4) Il me semble que la vie est une expérience positive.
 1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

- 5) Je crois que ma Puissance supérieure est indifférente et qu'elle ne s'intéresse pas à mes situations quotidiennes.
 1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

- 6) Je sens que mon avenir est incertain.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 7) J'ai une relation très positive et profonde avec ma Puissance supérieure.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 8) Je me sens comblé(e) et satisfait(e) de ma vie.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 9) Je ne reçois pas de force personnelle et de soutien de ma Puissance supérieure.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 10) Je ressens un sentiment de bien-être quand je pense à la direction que prend ma vie.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 11) Je crois que ma Puissance supérieure est concernée par mes problèmes.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

- 12) Je ne profite pas suffisamment de la vie.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 13) Je n'ai pas de relation particulièrement satisfaisante avec ma Puissance supérieure.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 14) J'ai confiance en l'avenir.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 15) Ma relation avec ma Puissance supérieure m'aide à ne pas me sentir seul(e).
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 16) Je sens que la vie est remplie de conflits et de malheurs.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord
- 17) Je me sens comblé(e) lorsque je suis en communion intime avec ma Puissance supérieure.
1. Tout à fait en désaccord
 2. En désaccord
 3. Plutôt en désaccord
 4. Plutôt en accord
 5. En accord
 6. Tout à fait en accord

18) La vie n'a pas beaucoup de sens.

1. Tout à fait en désaccord
2. En désaccord
3. Plutôt en désaccord
4. Plutôt en accord
5. En accord
6. Tout à fait en accord

19) Ma relation avec ma Puissance supérieure contribue à ma sensation de bien-être.

1. Tout à fait en désaccord
2. En désaccord
3. Plutôt en désaccord
4. Plutôt en accord
5. En accord
6. Tout à fait en accord

20) Je crois que ma vie a un vrai but.

1. Tout à fait en désaccord
2. En désaccord
3. Plutôt en désaccord
4. Plutôt en accord
5. En accord
6. Tout à fait en accord

Annexe 14 : Le Questionnaire de rétablissement RI (Recovery Interview, Morgenstern et al., 1996)

Vous trouverez, ci-dessous, une liste d'attitudes. Estimez dans quelle mesure vous adoptez ces attitudes, habituellement en utilisant l'échelle proposée et en cochant la case correspondant le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Essayez simplement d'être aussi honnête que possible.

1. Je participe aux réunions des AA (ou d'un autre groupe en 12 étapes)

- 0 - Jamais
- 1 - Moins d'1 fois par mois
- 2 - 1 à 2 fois par mois
- 3 - 1 fois par semaine
- 4 - Plusieurs fois par semaine
- 5 - Tous les jours
- 6 - Plusieurs fois par jour

2. Je parle à mon parrain/ma marraine

- 0 - Je n'ai pas de parrain
- 1 - Jamais
- 2 - Moins d'une fois par mois
- 3 - 1 fois par mois
- 4 - 2 ou 3 fois par mois
- 5 - 1 fois par semaine
- 6 - Plusieurs fois par semaine
- 7 - Tous les jours
- 8 - Plusieurs fois par jour

3. Je travaille mes étapes

- 0 - Jamais
- 1 - Moins d'1 fois par mois
- 2 - 1 fois par mois
- 3 - 2 ou 3 fois par mois
- 4 - 1 fois par semaine
- 5 - Plusieurs fois par semaine
- 6 - Tous les jours

4. Je suis engagée dans une activité de service d'un programme en 12 étapes (ou d'un autre groupe en 12 étapes)

- 0 - Jamais
- 1 - Rarement
- 2 - Parfois
- 3 - Souvent
- 4 - Très souvent

5. Je lis de la littérature des AA (ou d'un autre groupe en 12 étapes)

- 0 - Jamais
- 1 - Moins d'1 fois par mois
- 2 - 1 fois par mois
- 3 - 2 ou 3 fois par mois
- 4 - 1 fois par semaine
- 5 - Plusieurs fois par semaine
- 6 - Presque tous les jours

6. Je prends contact avec d'autres membres des AA (ou d'un autre groupe en 12 étapes)

- 0 - Jamais
- 1 - Moins d'1 fois par mois
- 2 - 1 fois par mois
- 3 - 2 ou 3 fois par mois
- 4 - 1 fois par semaine
- 5 - Plusieurs fois par semaine
- 6 - Presque tous les jours

7. Je prie (en dehors des prières dites en réunion) ou médite

- 0 - Jamais
- 1 - Rarement
- 2 - Parfois
- 3 - Souvent
- 4 - Très souvent

8. Ma vie s'organise autour des activités des AA (ou d'un autre groupe en 12 étapes)

- 0 - Pas du tout
- 1 - Un peu
- 2 - Modérément
- 3 - Beaucoup
- 4 - Extrêmement

9. Je recherche des conseils au sein des AA (ou d'un autre programme en 12 étapes), tel que mon parrain/marraine, le big book ou le partage en réunion, quand j'ai des décisions personnelles à prendre.

- 0 - Jamais
- 1 - Rarement
- 2 - Parfois
- 3 - Souvent
- 4 - Très souvent

Questions complémentaires

Depuis combien de temps allez-vous à des réunions AA (ou d'un autre programme en 12 étapes) ?

Avec quelle fréquence assistez-vous, habituellement, à des réunions des AA (et autres programmes en 12 étapes) ?

A combien de réunions AA (ainsi que celles d'autres groupes en 12 étapes) avez-vous assisté au cours de votre vie entière ?

A combien de réunions AA (ainsi que celles d'autres groupes en 12 étapes) êtes-vous allé(e) au cours des 12 derniers mois ?

Vous est-il arrivé de vous éloigner des AA et de tout autre groupe d'un programme en 12 étapes pendant plus d'un an ?

- Oui
- Non

(Questions suivantes présentée uniquement au participant ayant répondu oui)

Pendant combien de temps avez-vous arrêté d'assister aux réunions AA ?

Pendant combien de temps, êtes-vous allé(e), au final, régulièrement en AA ?

Annexe 15 : L'échelle de résilience CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) de Connor et Davidson (2003)

Les auteurs de cet outil ont limité l'usage de ce questionnaire aux études menées par le LPPS (Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé) de l'Université Paris Descartes et pour des passations n'excédant pas 1000 participants. Pour respecter le droit des auteurs le questionnaire ne sera pas diffusé.

Annexe 16 : L'échelle de la Qualité de Vie de l'OMS, le WHOQOL-26 (World Health Organisation Quality of Life) de Leplège et al. (2000)

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle. Pour chaque question, veuillez entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

1-Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?

1. Très faible
2. Faible
3. Ni faible ni bonne
4. Bonne
5. Très bonne

2-Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?

1. Très insatisfait
2. Insatisfait
3. Ni insatisfait ni satisfait
4. Satisfait
5. Très satisfait

3-La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Extrêmement

4-Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Extrêmement

5- Aimez-vous votre vie ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Extrêmement

6- Estimez-vous que votre vie a du sens ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Extrêmement

7- Etes-vous capable de vous concentrer ?

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Extrêmement

- 8- Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 9- Vivez-vous dans un environnement sain ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 10- Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 11- Acceptez-vous votre apparence physique ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 12- Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 13- Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 14- Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?
1. Pas du tout
 2. Un peu
 3. Modérément
 4. Beaucoup
 5. Extrêmement
- 15- Comment arrivez-vous à vous déplacer ?
1. Très difficilement
 2. Difficilement
 3. Assez facilement
 4. Facilement
 5. Très facilement

- 16- Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 17- Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 18- Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 19- Etes-vous satisfait(e) de vous ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 20- Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 21- Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 22- Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait
- 23- Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?
1. Très insatisfait
 2. Insatisfait
 3. Ni insatisfait ni satisfait
 4. Satisfait
 5. Très satisfait

24- Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?

1. Très insatisfait
2. Insatisfait
3. Ni insatisfait ni satisfait
4. Satisfait
5. Très satisfait

25- Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?

1. Très insatisfait
2. Insatisfait
3. Ni insatisfait ni satisfait
4. Satisfait
5. Très satisfait

26- Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

1. jamais
2. parfois
3. assez souvent
4. très souvent
5. tout le temps

Annexe 17 : matrice des corrélations de RBB avant l'arrivée aux AA et sur la durée de vie

Période avant arrivée aux AA

	RBB1AA	RBBAAa	RBBAAb	RBBAAc	RBBAAAd	RBBAAE	RBBAAf	RBBAA
	Croyances S/R	Pensées S/R	Méditation	Prières	Culte S/R	Lecture S/R	Expériences S/R	Score
RBB1AA	1							
RBBAAa	0,50	1						
RBBAAb	0,28	0,46	1					
RBBAAc	0,50	0,78	0,37	1				
RBBAAAd	0,37	0,28	0,25	0,32	1			
RBBAAE	0,24	0,33	0,33	0,37	0,37	1		
RBBAAf	0,32	0,44	0,32	0,43	0,28	0,37	1	
RBBAA	0,67	0,85	0,64	0,84	0,52	0,58	0,62	1
RBB3a	0,35	0,24	0,08	0,19	0,15	0,14	0,14	0,27
RBB3b	0,17	0,18	0,37	0,12	0,17	0,19	0,19	0,28
RBB3c	0,24	0,27	0,06	0,28	0,23	0,14	0,19	0,29
RBB3d	0,26	0,21	0,05	0,23	0,41	0,15	0,17	0,29
RBB3e	0,17	0,04	0,14	0,04	0,23	0,21	0,09	0,16
RBB3f	0,27	0,29	0,11	0,25	0,24	0,24	0,37	0,35
RBBVie	0,44	0,34	0,20	0,33	0,41	0,29	0,33	0,47

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, Cohen, 1992)

En rouge : $r \geq 0,50$

Durée de vie

	RBB1	RBB3a	RBB3b	RBB3c	RBB3d	RBB3e	RBB3f	RBBvie
	Croyances S/R	Pensées S/R	Méditation	Prières	Culte S/R	Lecture S/R	Expériences S/R	Score
RBB1	1							
RBB3a	0,39	1						
RBB3b	0,10	0,19	1					
RBB3c	0,38	0,38	0,33	1				
RBB3d	0,37	0,11	0,09	0,26	1			
RBB3e	0,21	0,19	0,19	0,25	0,09	1		
RBB3f	0,36	0,30	0,19	0,37	0,24	0,30	1	
RBBVie	0,66	0,54	0,49	0,70	0,50	0,55	0,72	1

$r > 0,26 \Rightarrow p < 0,001$; $0,16 \leq r \leq 0,26 \Rightarrow p < ,01$; $0,12 \leq r < 0,16 \Rightarrow p < 0,05$

En gras : $r \geq 0,30$ (Puissance statistiques satisfaisante, Cohen, 1992)

En rouge : $r \geq 0,50$

Annexe 18 : Curriculum Vitae

Communications scientifiques

Articles

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2016) **Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ? Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes.** *Alcoologie et addictologie*. 2016 ; 38 (4) : 295-304.

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2015) **La spiritualité, un remède à l'alcoolisme?** *Alcoologie et addictologie*. 2015 ; 37 (4) : 319-326.

Chapitre d'ouvrage

Hiernaux, C. & Varescon, I. (accepté). **L'apprentissage d'un programme spirituel favorise-t-il un processus de résilience chez des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool?** In S. Ionescu (Ed.), *Résilience*, Paris : Odile Jacob.

Acte de congrès

Hiernaux, C., Varescon, I. (accepté). **L'apprentissage du programme spirituel en 12 étapes des Alcooliques anonymes favorise-t-il un processus de résilience ?** In H. Mazurek et S. Ionescu (Eds.), *Pratiques basées sur la Résilience*. (dir.) Actes du 4^{ème} congrès mondial sur la résilience, Marseille, France.

Communication orale invitée

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2017, October). **Learning resilience: exploring recovery in a sample of adherents of the 12 step groups.** Communication presented at the 16th congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA), Crete, Greece.

Communications orales

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2017, septembre). **L'apprentissage social d'un programme spirituel comme vecteur de résilience et d'une meilleure qualité de vie ?** Communication présentée au 58ème congrès de la Société Française de Psychologie, Nice, France.

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2018, juin). **Does Learning Alcoholics Anonymous' 12-Step Spiritual Program Promote a Resilience Process?** Communication orale présentée au 4ème congrès mondial sur la résilience, Marseille, France.

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2018, septembre). **Effets d'un programme de rétablissement de l'alcoolisme sur la résilience et la santé physique et mentale des participants.** Communication orale présentée au 58ème congrès de la Société Française de Psychologie, Reims, France.

Expériences professionnelles : Psychologue

Depuis 2015

Psychologue, Centre de Soins de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

(ANPAA 95, Argenteuil & ANPAA 89, Auxerre)

- Evaluation des troubles, difficultés, ressources et de la motivation au changement
- Psychothérapies d'adultes et d'adolescents
 - o Troubles addictifs (substances psychoactives, addictions comportementales)
 - o Comorbidités psychiatriques
- Entretiens motivationnels et Thérapies Cognitivo-Comportementales
- Consultations Jeunes Consommateurs, CJC (principalement : addictions cannabis et jeux vidéo)
- Co-animation d'ateliers psychothérapeutiques
- Rôle institutionnel : Réunions de synthèse, projet d'établissement, élaboration de la CJC

Expériences professionnelles : Chargée d'enseignement

2019	Chargée d'enseignement , Université Paris Descartes. Université de Paris - Travaux Dirigés (TD) : Théorie & pratique sur les conduites addictives, MASTER 2 (18h) <ul style="list-style-type: none">o Approches intégratives : systémiques, centrées sur les émotions, Cognitives et comportementale, etc.o Adultes et adolescentso Alcool, cannabis, jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, troubles des conduites alimentaireso Pratique : Entraînement à la conduite de premiers entretiens, entretiens motivationnelso Etudes de cas avec conceptualisation d'un projet thérapeutique
Depuis 2018	- TD de Psychopathologie, LICENCE 1 (54h) <ul style="list-style-type: none">o Connaissances de base de la psychopathologie selon une perspective historique<ul style="list-style-type: none">▪ Rappels théoriques▪ Etudes de cas : Entraînement à l'analyse et rédaction d'un cas cliniques - TD : Travail individuel supervisé, LICENCE 1 (36h) <ul style="list-style-type: none">o Recherche bibliographique sur une thématique donnéeo Rédaction d'un mémoire<ul style="list-style-type: none">▪ Thématiques proposées : Adolescence & jeux vidéo ; Adolescence & cannabis ; Addictions

Expériences professionnelles : Psychologue stagiaire (expériences principales)

2014	Psychologue stagiaire , Centre d'accueil et de Crise (CAC) et Centre Médico-Psychologique (CMP), Aubervilliers (93) - Prise en charge de psychothérapie de patient - Observation d'entretiens psychiatriques, contribution aux diagnostics - Participation aux réunions d'équipe
2013 - 2014	Psychologue stagiaire , Centre de Traitement des Addictions, Hôpital Emile Roux, Limeil Brévannes (94) - Observation de thérapies comportementales Cognitives de groupe - Participation à des groupes thérapeutiques de parole : patients & membres d'associations d'anciens buveurs)
2013 - 2014	Psychologue stagiaire , E.H.P.A.D., La Cité Verte, Sucy en Brie (94) - Suivis psychologiques, Projets d'accompagnements personnalisés, conseils des résidents - Création et Animation d'un groupe psychothérapeutique - Participation à des réunions institutionnelles ; conseils des résidents
2013	Psychologue stagiaire , Les Petits Frères Des Pauvres (Fraternité Accompagnement des Personnes Malades), Paris 11 - Etude qualitative : évaluation de l'efficacité d'un accompagnement bénévole de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA) étude en partenariat avec la fondation Médéric Alzheimer) <ul style="list-style-type: none">o Elaboration de l'outil ; Entretiens de recherche de 12 personnes âgées MA ; analyse thématique

Expériences professionnelles : Chargée d'études économiques

2008-2007 2001-2005	Chargée d'études économiques , IFP Energies nouvelles (Institut Français Du Pétrole), Rueil Malmaison, 92 - Etude du marché de l'éolien : <ul style="list-style-type: none">o <i>Etat et perspective, coûts, positionnement des acteurs, contexte réglementaire et aides gouvernementales</i> - Etude des stratégies de diversification des gaziers européens et des économies d'envergure <ul style="list-style-type: none">o <i>Synthèse de l'évolution de la structure des marchés gaziers européens</i>
2001	Chargée d'études économiques, Stagiaire , AIE (Agence Internationale de l'Energie), Paris, 75 <ul style="list-style-type: none">o <i>Collecte de données, analyses statistiques</i>o <i>AIE (2002). Flexibility in Natural Gas Supply and Demande. Paris : AIE.</i><ul style="list-style-type: none">▪ <i>Réalisation des synthèses de la situation économique et législative des marchés gaziers des 26 pays membres</i>

Formations

Depuis 2015	Doctorante en Psychologie , école doctorale ED261 « Cognition, Comportements, Conduites Humaines », Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), Université Paris Descartes. Université de Paris.
2018-2019	Module de spécialité Troubles dépressifs , AFTCC (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive)
2015-2018	Diplôme de Psychothérapeute en Thérapies Comportementales et Cognitives , AFTCC
2018	Formation approfondie à l'Entretien Motivationnel, AFDEM (Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel)
2017	Outils informatiques de la statistique, module Master 1 , UFR Mathématiques et statistiques du CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers), Paris, 75
2017	Analyse de données, module de Licence 3 , UFR Mathématiques et statistiques du CNAM
2016	Jeux excessifs, jeux pathologiques , Formation ANPAA
2014	Titre de psychologue , Université Paris Descartes. Université de Paris
2014	Master 2 Recherche de Psychologie , psychopathologie : Processus psychiques, conduites humaines, Université Paris Descartes
2013	Master 1 de Psychologie Clinique et Psychopathologie , Université Paris Descartes
2011	Licence 3 de Psychologie , Université Paris Descartes - (note : 15,0/20)
2010	Licence 2 de Psychologie , Université Paris Ouest - (note : 15,5/20)
2006	Licence 1 de Psychologie , Université d'Angers - (note : 16,5/20)
2001	DEA (Master 2 Recherche) Economie de l'Energie , Institut Français du Pétrole, Rueil-Malmaison (92) ; Paris 2 Assas
2000	Maîtrise (Master 1) en Sciences économiques , Faculté Jean Monnet, de l'université Paris Sud
1996	Bachelor's Degree of Economics (Licence 3) , University of Nottingham, GB
1995	DEUG en sciences économiques , Université de Lille 1, Sciences et Technologies

Formations : Ecole doctorale, LPPS, Bibliothèque universitaire de l'Université Paris Descartes

2018-2019	Atelier easieR : application du logiciel R (SFP, Nice 2017) Atelier modélisation structurale (SFP, Société Française de Psychologie, Nice 2017) Formation Iramuteq (LPPS) Analyse thématique constructiviste (LPPS) Analyse phénoménologique interprétative (LPPS) Analyse de données dyadiques (LPPS) Doctens – formation initiale à l'enseignement universitaire (ED261) S'exprimer avec aisance grâce au théâtre (ED261)
2016-2017	Séminaire d'anglais scientifique (ED261) Introduction à l'écriture scientifique (ED 261) Veille informationnelle et réseaux sociaux (BU, Université Paris Descartes)
2015-2016	Zotero (BU, Université Paris Descartes) : 3 h Ethique et Recherche (ED 261) : 6 h

Langue et informatique

Anglais	Courant (Une année d'étude en Angleterre, sept mois de stage dans un organisme international, recherche et communications en anglais)
Informatique	Logiciel R, SPAD, SAS (Analyses statistiques de données), Eviews, Statistica (logiciel d'économétrie) Microsoft Office, GIZA et NEtSoins (logiciels de gestion de dossiers de patients)

Divers

Secourisme	BNSSA (Brevet National de Secours et Sauvetage Aquatique), CFAPSE (Certificat de Formation aux Activités de Premiers Secours en Equipe), BNS (Brevet National de Secourisme)
Loisirs	Violon, hapkido

COMMUNICATIONS ECRITES

Annexe 19 : Hiernaux, C., & Varescon, I. (2016). Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ? Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes en fonction de leur résilience et de leur spiritualité. Alcoologie et Addictologie, 38(4), 295-304.

Pour des raisons de copyright l'article ne peut être reproduit avec la mise en forme de la revue. La période d'embargo étant écoulée, le manuscrit des auteurs (également consultable sur « ResearchGate ») est retranscrit ci-dessous.

Manuscrit des auteurs

Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ?

Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes en fonction de leur résilience et de leur spiritualité

The 12 steps program, a resiliency driving force?

A specification of an Alcoholics Anonymous members sample according to its resiliency and to its spirituality

Hiernaux Claire & Varescon Isabelle

Manuscrit des auteurs.

Publication originale dans sa mise en forme finale :

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2016). Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ? Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes en fonction de leur résilience et de leur spiritualité. *Alcoologie et Addictologie*, 38(4), 295-304.

Résumé

Contexte

De nombreux individus dans le monde cherchent à remédier à leur alcoolisme en étudiant et appliquant le programme de rétablissement spirituel en 12 étapes des Alcooliques anonymes (AA). Peu d'études ont analysé les mécanismes d'efficacité de la spiritualité des AA. L'article présenté en propose une description et en dégage des facteurs potentiels de résilience.

Méthode

55 membres des AA ont répondu à des échelles évaluant le niveau et les caractéristiques de leur participation aux AA, de leur spiritualité et de leur résilience. Des analyses de corrélation, en composantes principales et de classification ont alors été entreprises.

Résultats

Les résultats montrent une corrélation positive ($p < .05$) entre la participation aux AA, la spiritualité et des composantes de la résilience. La résilience en lien avec la spiritualité des AA, explique 18,5% de la variance totale soit près de 5 fois plus que dans l'échantillon de validation des concepteurs de l'outil d'évaluation de la résilience utilisé. Enfin, il a été établi que les individus les plus résilients étaient aussi ceux disposant d'une meilleure qualité relationnelle avec une Puissance supérieure.

Discussion

Au-delà d'une simple méthode de maintien de l'abstinence, les 12 étapes spirituelles des AA sembleraient proposer un programme de résilience.

Mots clés : Spiritualité, résilience, addiction, alcoolisme, entraide, association.

Summary

The 12-step program, a driving force for resiliency? A specification of an Alcoholics Anonymous members sample according to their resiliency and spirituality

Background

2 million alcoholics in the world try to overcome their alcohol problem by learning and applying the 12-step spiritual recovery program of Alcoholics Anonymous (AA). Very few studies have attempted to analyze the mechanisms of efficiency of AA spirituality. This article proposes a description of these mechanisms and highlights some potential resiliency factors of spirituality.

Method

55 AA members completed scales to estimate the intensity and characteristics of their involvement in AA, their spirituality, and their resiliency. Correlation analysis, factors analysis and hierarchical clustering were undertaken.

Results

The results proved a positive correlation ($p < .05$) between the AA participation and spirituality and some resiliency components, and that the resiliency variables related to the AA spirituality explained 18,5% of the overall variance, which is almost 5 times higher than in the validation sample. It was also demonstrated, that the most resilient people of this AA members sample were also the individuals who benefited from a better relationship with a higher Power.

Conclusion

The spiritual 12 steps program may be more than a method to achieve and maintain alcohol sobriety and may be understood as a resiliency program.

Key words: spirituality, resiliency, addiction, Alcoholism, self-help.

Introduction

Plus de 2 millions d'individus alcoolo-dépendants dans le monde ont choisi de remédier à leur alcoolisme en participant au groupe d'entraide Alcooliques anonymes (AA) (1). En France, les AA évaluaient, en 2010, le nombre de leurs membres à 7000 (2). Cette association néphaliste propose à ses membres un rétablissement de l'alcoolisme grâce à un développement spirituel selon un programme en 12 étapes. Des études ont montré que la participation aux AA était prédictrice de la baisse de la consommation d'alcool et de l'augmentation de l'abstinence d'alcool (3-5) en étudiant divers processus potentiellement à l'œuvre. Cependant, la littérature s'est peu intéressée à la spiritualité comme mécanisme d'efficacité. Les AA affichent pourtant la spiritualité comme étant la clé de voûte de leur programme de rétablissement (6).

Il a été établi que participer aux AA revêtait une grande variété d'actions et que l'évaluation de cette participation était meilleure lorsqu'elle se basait sur cette variété plutôt que sur la simple assistance aux réunions AA. Il a également été prouvé que l'intensité de la participation d'un individu aux AA était corrélée positivement et significativement avec le niveau de la spiritualité (7).

Le concept de spiritualité est complexe et sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus. L'étude présentée s'appuie sur l'opérationnalisation (8) d'une approche influente de la spiritualité (9,10). Elle considère ainsi la spiritualité comme le concept multidimensionnel composé de l'ensemble des sentiments subjectifs (comme l'amour d'une Puissance supérieure), des pensées (comme la doctrine et les croyances auxquelles l'individu adhère) et des comportements (comme prier, méditer, lire des textes spirituels) émanant de la recherche du sacré, les meilleurs prototypes de ce dernier étant un être ou un objet divin, une réalité ou une vérité ultime. Dans ce contexte, la religion est vue comme une voie possible, mais non nécessaire, pour parvenir à la spiritualité.

Peu de modèles décrivent les mécanismes spirituels potentiellement à l'œuvre dans le rétablissement de l'addiction. C'est pourquoi, en nous inspirant de la théorie de l'action raisonnée (11), la théorie sociocognitive (12) et d'une conceptualisation des mécanismes spirituels inhérents au comportement d'abus de substances (13), nous avons développé un modèle intégratif heuristique des mécanismes d'efficacité de la spiritualité des programmes en 12 étapes sur lequel repose l'étude présentée (figure 1).

Il a ainsi été supposé que des éléments du programme en 12 étapes associés aux attributs de l'individu, sa motivation au changement et son histoire spirituelle personnelle affectent la qualité de son adhésion au programme. Ces éléments du programme sont, tout d'abord, les attitudes apprises des membres visant à faciliter l'adhésion de nouveaux membres potentiels qui sont pour l'essentiel : l'accueil, l'acceptation, l'écoute, la sympathie, un cadre et un support. L'identification, principe fondamental des groupes d'entraide, implique un mode relationnel entre membres AA basé sur la sympathie. Pour que l'identification fonctionne, il est indispensable que le membre développe sa capacité d'écoute. L'accueil peut être illustré par la place particulière et une attention privilégiée réservée à un nouveau membre. Les individus présentant une addiction à une substance ayant souvent vécu une vie chaotique, les éléments apportant une structure et une discipline sont des composants cruciaux du programme (13). Les réunions possèdent ainsi un format spécifique (durée, déroulement), avec des rituels (lectures, prière de la sérénité, façon de se présenter), des règles (consommation et détention de drogues/alcool proscrites, portables en mode veille, pas d'interruption de la parole). Tout ceci concourt à former un cadre. Enfin, les programmes en 12 étapes fournissent un réseau social pourvoyant au soutien informationnel et émotionnel.

Les éléments du programme comprennent également les croyances sur les conduites addictives concernant leur étiologie spirituelle (7), leur gravité, la vulnérabilité de l'individu face aux addictions (étape 1) et le remède proposé, celui d'un éveil spirituel. La norme sociale alors développée est celle de l'abstinence et du développement spirituel. Ce dernier est rendu possible grâce au travail et à l'application des 12 étapes et au respect des 12 traditions. En accord avec la théorie de l'action raisonnée (11), de ces éléments doit découler une intention de comportement ou, plus spécifiquement ici, une intention d'apprentissage du programme. Celui-ci est appris socialement, par l'observation directe de modèles de rétablissement, grâce au parrainage et aux témoignages, par renforcement vicariant, c'est-à-dire en escomptant obtenir les résultats positifs que d'autres ont obtenus en appliquant le programme et par renforcement positif, l'individu étant félicité et validé par son parrain ou d'autres membres pour ses succès en lien avec le programme. Le renforcement positif améliore le sentiment d'auto-efficacité de l'individu et le renforcement vicariant encourage son adhésion au programme et sa motivation au changement (12).

Le but de cet apprentissage spirituel social est d'opérer un développement spirituel s'illustrant, notamment, par un changement dans la perception d'un Dieu punisseur à un Dieu bienveillant (14), une utilisation accrue de stratégies de coping s'appuyant sur la positivité, une intégration sociale croissante (13), un recours régulier et fréquent à des pratiques spirituelles (15), un sens et un but à la vie en lien avec la spiritualité (16). Rappelons que les stratégies de coping désignent les efforts comportementaux et cognitifs de l'individu pour s'adapter à une demande de l'environnement, en fonction de ses ressources (17). Cet apprentissage spirituel fait également assimiler à l'individu de nouvelles croyances et normes relativement à la consommation de substances et vont le faire progresser dans les stades motivationnels de changement, l'incitant ainsi à passer à l'action et à maintenir ses comportements de santé (13).

La souffrance générée par l'état de dépendance dont l'individu n'arrive pas à s'extraire initie sa motivation à s'inscrire dans un processus de rétablissement via un développement spirituel (7). Donc, il va s'agir, pour l'individu, d'expérimenter un épanouissement original après « le traumatisme » de la prise de conscience de son état de dépendance et, ceci, malgré l'adversité, comme les affects négatifs, un état dépressif ou le *craving*, qui sont les trois principaux facteurs de rechute (18), ou plus spécifiquement le trouble initial qui a incité l'individu à consommer un produit. Ainsi conçu, le rétablissement s'apparente à la notion de résilience qui a, par exemple, été définie comme le processus à partir duquel une personne manifeste sa capacité à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'éléments déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères et/ou répétés ou encore comme le mécanisme illustrant la reprise d'un développement après un effondrement (19). Les 12 étapes, en incitant l'individu à se développer de façon originale, grâce à un éveil spirituel, semble s'apparenter à un programme de résilience.

L'étude exploratoire présentée appréciera le rétablissement de l'alcoolisme en termes de résilience. Toutefois, il pourrait être démontré que cette notion de rétablissement pourrait aussi être appréhendée au travers de la définition de la santé proposée par l'OMS impliquant la notion de qualité de vie (QDV). Il est aussi à noter, en adéquation avec les études précédemment citées, que la composante sociale a une grande importance dans le modèle décrit et intervient à différents niveaux. Elle doit avoir pour effet d'inscrire l'individu dans une intégration sociale en lui offrant d'abord une possibilité d'intégration au sein de la communauté du programme en 12 étapes, mais aussi en lui permettant

d'apprendre des habiletés sociales qui faciliteront une éventuelle constitution de son propre réseau. Cette intégration sociale participe aussi à l'amélioration de la QDV.

Figure1 : Modèle heuristique intégratif des mécanismes spirituels des programmes en 12 étapes

Donc, la participation aux AA, en induisant un apprentissage d'un programme spirituel, devrait favoriser la résilience de l'individu. L'objectif de l'article est de caractériser la résilience en lien avec la spiritualité des AA et vérifier l'existence d'un éventuel lien entre spiritualité et résilience. Il est ainsi supposé, d'une part, qu'une Analyse en Composante Principale (ACP) sur les 25 scores des variables de résilience d'un échantillon de membres AA, devrait faire ressortir les éléments s'accordant avec le programme spirituel des 12 étapes, et, d'autre part, qu'une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) de cet échantillon en fonction de l'intensité et la nature de la résilience des individus devrait fournir des classes également caractérisables relativement à leur spiritualité et leur participation aux AA.

Méthodes

Participants

Ils ont été recrutés à l'issue de réunions de rétablissement des AA, se tenant dans l'Île de France. Ils devaient être âgés de plus de 18 ans, être alcoolodépendants, membres des AA, abstinentes et avoir donné leur consentement libre et éclairé, par écrit. En outre, ils ne devaient pas avoir de traitement chimiothérapeutique pour le maintien de l'abstinence, ni consommer des substances addictives illicites. 12 participants possèdent une prescription médicale de psychotropes : cet élément n'a pas d'impact significatif ($p > 0,05$) dans la caractérisation de notre population en fonction du niveau de résilience.

Matériel

Questionnaire d'informations générales

Un questionnaire d'informations générales a relevé des variables bio-psycho-sociales et a apprécié l'importance de la dépendance alcoolique à partir de la quantité régulièrement consommée, la durée de la période d'alcoolisation régulière et massive, l'âge du début de la consommation ainsi qu'une éventuelle poly-addiction (substances et comportements), l'ancienneté aux AA, les éventuels traitements, prises en charges et autres participations à d'autres groupes d'entraide.

Le Questionnaire RI (Recovery Interview)

Le questionnaire RI (20) évalue l'intensité de la participation à un programme en 12 étapes par l'intermédiaire de 9 actions inhérentes à celle-ci. Il possède de bonnes qualités psychométriques (α de Cronbach : 0,87). Une version modifiée ne prenant pas en compte l'item explicitement spirituel (prier et méditer) a été considérée afin d'estimer séparément ces 2 notions. Ont ainsi été prises en compte les auto-évaluations, sur une échelle de Likert de 1 à 5, des fréquences avec lesquelles le membre AA assiste aux réunions, échange avec son parrain sur son rétablissement, travaille les étapes, assure une activité de service aux AA, lit de la littérature AA, aide d'autres membres AA, s'implique dans des activités AA autres que les réunions et recherche le soutien de membres AA pour prendre des décisions. Une ACP a établi que le retrait de l'item explicitement spirituel n'entamait pas la qualité de l'outil, et a permis de dégager une composante estimant l'intensité de la participation, PAACP1, offrant une meilleure représentation de la variance totale que la simple sommation des scores aux différents items.

L'Échelle d'auto-évaluation spirituelle (SSRS, Spiritual Self-Rating Scale)

L'échelle (21) détermine un niveau de spiritualité de l'individu en se basant sur la saillance des pensées, croyances spirituelles, de la méditation et de la prière dans la vie de l'individu, de son appréciation de la lecture de textes spirituels, de l'adéquation de ses conduites aux valeurs spirituelles et de la contribution de la spiritualité à son équilibre et sa stabilité. 6 items sont ainsi autoévalués sur une échelle Likert de 1 à 5.

L'outil présente de bonnes qualités psychométriques (α de Cronbach de 0,82 à 0,91). N'en existant pas de version française, une traduction établie par rétro-translation a été proposée. L'ACP entreprise sur l'échantillon a prouvé l'unidimensionnalité de l'outil (la première composante, constituant un axe de taille, explique 73,37% de la variance totale).

L'adaptation française de l'échelle de bien-être spirituel (SWBS, Spiritual Well-Being Scale)

L'échelle (22) et son adaptation française (23) ont été validées par des études empiriques (α de Cronbach entre 0,87 et 0,91). La SWBS appréhende le degré de spiritualité du sujet en utilisant une composante verticale, la qualité de la relation qu'entretient l'individu avec une Puissance supérieure (RSW), et une composante horizontale mesurant son bien-être existentiel au travers sa satisfaction dans la vie, son optimisme et son sentiment de but dans la vie (EWB). La SWBS compte 20 items. L'individu doit évaluer sur une échelle de likert de 1 à 6 son adhésion aux énoncés.

L'échelle de résilience CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)

L'échelle (24) détermine un score de résilience. L'individu évalue, sur une échelle de Likert de 1 à 5, à quel point les 25 items proposés s'appliquent à son vécu du mois précédent. L'outil présente de bonnes qualités psychométriques (α de Cronbach : 0,93). L'échelle a été normalisée sur un échantillon de 577 individus ne présentant aucun trouble. L'analyse factorielle sur cet échantillon a dégagé 5 composantes principales. La dernière composante, expliquant seulement 4,29% de la variance totale, rassemble les items de résilience associés à la spiritualité. Une traduction française (25) obtenue par la méthode de rétro-translation a été proposée. Dans la présente étude, un nom a été attribué à chaque item composé de son numéro d'ordre et d'un terme représentatif de l'intitulé (ex : 01ADAPT). Les caractéristiques de la résilience de l'échantillon étudié ont été comparées à celles de l'échantillon de validation de l'échelle (24).

Procédure

300 questionnaires ont été distribués entre le 19 février 2014 et le 19 avril 2014. Les participants ont été sollicités, avec le consentement des responsables du groupe, à l'issue de 8 réunions hebdomadaires AA. 64 questionnaires ont été rendus et 55 ont pu être exploités : 9 individus ont dû être retirés de l'étude (3 présentaient un critère d'exclusion, 5 questionnaires étaient très incomplets et 1 était illisible). Le questionnaire était distribué au plus grand nombre de personnes assistant à la réunion. L'étude était explicitée à chacun, une lettre d'information leur était distribuée ainsi qu'une feuille de consentement libre et éclairé. Le document rempli était récupéré à la même réunion, la semaine suivante.

Méthode d'analyse des données

Les données anonymisées ont été converties en une base de données. Ces données ont été analysées avec le logiciel SPAD.

Des analyses de corrélations, en composantes principales et de classification ascendante hiérarchique (CAH) sur les données centrées réduites ont été entreprises. Puis, une analyse de K_h2 a permis de caractériser les classes obtenues par la CAH.

Résultats

L'échantillon de 55 membres AA comprend 36% de femmes. L'âge moyen est de 58 ans (SD=12,65).

Scores obtenus aux échelles

Les résultats globaux sont résumés dans le tableau I.

Tableau I : Statistiques descriptives des variables de l'étude (n=55)

Le score moyen de résilience (87,73) de l'échantillon de 55 individus membres des AA est très significativement supérieur au score moyen normal obtenu par les concepteurs de l'échelle sur leur échantillon de validation de 577 individus ne présentant aucun trouble (80,5 ; $t[54]=2,81$, $p=0,0068$) (24). L'âge est cependant un possible facteur d'amélioration du niveau de résilience et l'âge moyen de l'échantillon étudié (57,7 ans) est très supérieur à celui de la population de référence (43,8 ans ; $t(54)=8,05$, $p<0.001$) (24).

Analyse des corrélations

Dans l'échantillon étudié, l'intensité de la participation aux AA, le niveau de spiritualité, la qualité de la relation avec une Puissance supérieure et le bien-être existentiel sont corrélés entre eux ainsi qu'avec certains éléments de la résilience comme le décrit le tableau II.

Tableau II : matrices des corrélations significatives ($p<.05$) entre participation AA, spiritualité et résilience

Analyse factorielle de CDRISC

Elle permet de retenir 3 facteurs principaux. Ils expliquent 48% de la variance totale des scores des 55 membres AA aux 25 variables de résilience.

Le facteur 1 est un indicateur du niveau de résilience, il est d'ailleurs très fortement corrélé à CDRISC, le score global de résilience ($r=0,64$; $p<.05$). Ce facteur explique 29,25% de la variance totale.

Les facteurs 2 et 3 regroupent des variables explicitement spirituelles ou en lien avec la spiritualité des AA et expliquent 18,5% de la variance totale.

La dimension spirituelle des variables 03PS et 09PS est avancée par les auteurs de l'outil et celle de la variable évaluant le sentiment de but dans la vie (21BUTVIE) dérive de la définition de la spiritualité. L'adéquation du soutien social perçu, mesuré par 02SOUTIEN et 13SOUTIEN, aux valeurs spirituelles du programme des AA est explicité dans l'étape 12 qui promeut une générosité gratuite envers d'autres alcooliques (26). 10SONMAX, estimant « le fait de faire de son mieux quel que soit le résultat », c'est-à-dire appréciant le désir de bien faire et l'application à une tâche indépendamment du résultat, aptitude que nous avons résumé par le terme de « conscienciosité », s'accorde avec la spiritualité des AA : l'étape 3 le spécifie en proposant à l'individu un abandon de sa volonté propre pour la « confier aux soins d'un Dieu tel qu'il le conçoit », tout en lui rappelant que les étapes des AA « exigent une application personnelle soutenue pour se conformer aux principes qu'elles contiennent » et « aligner [sa volonté personnelle] aux intentions de Dieu » à son

égard (26, p.47). Il est donc suggéré à l'individu une conscienciosité et, ce, « quel que soit le résultat », puisqu'il ne saurait dépendre de l'individu seul, mais aussi de la volonté d'une Puissance supérieure à son égard. La variable 06ENRIRE, en représentant la capacité à relativiser et en s'approchant de la disposition spirituelle consistant à privilégier le côté positif des choses, représente également une dimension de la spiritualité.

Certaines variables contribuent à définir les facteurs spirituels par la faiblesse de leur score. Ainsi, l'autogestion (15AUTOGERE), l'opiniâtreté (16PERSEVER), le sentiment de force devant la difficulté (17FORDIFF) et la capacité à prendre des décisions impopulaires en affectant d'autres (18DECID) sont vues comme anti-spirituelles (facteur2). Elles contreviennent, en effet, aux notions d'impuissance (étape 1), de lâcher-prise (étape 3) et au principe d'entraide (étape 12). Assumer des décisions impopulaires est vraisemblablement davantage vu comme un acte égoïste potentiellement dommageable plutôt qu'une affirmation de soi.

De la même façon, les variables évaluant l'enclin à la fierté (25FIERSUCCES), le sentiment de maîtrise de sa vie (22CONTROL) et la confiance en ses compétences personnelles (04GERE et 05AUTOEFFICACE) sont jugées comme opposées aux valeurs spirituelles (facteur 3). Le terme « fierté » peut, en effet, heurter le membre AA qui a appris que l'orgueil était « la principale source des difficultés humaines, le principal obstacle à tout progrès véritable » (26, p.57) et à qui il est enseigné l'humilité (ex : étape 4 et 5). Le sentiment de confiance émanant de ces variables s'oppose vraisemblablement à la vigilance recommandée par le programme des AA face à un « adversaire puissant, déroutant [et] sournois » (27, p.66). Il est aussi question de « maîtrise de sa vie » qui est clairement en contradiction avec l'étape 1 des AA.

Les variables évaluant le sentiment de maîtrise de sa vie (22CONTROL), de capacité à gérer les affects négatifs (19GERSENT) et de résistance à l'échec (16PERSEVER) contribuent de façon ambivalente aux facteurs de spiritualité. Une interprétation possible est que ces facteurs incameraient des stades différents d'intégration du programme des AA. Alors que le facteur 2 fait écho au sentiment d'impuissance de l'étape 1 et à un sentiment, peut-être illusoire, de maîtrise de sa vie, le facteur 3 en reflète un dépassement par le développement d'une acceptation de l'adversité, de stratégies de coping (étape 2) et d'une disposition à l'humilité réduisant son sentiment de maîtrise de sa vie (étape 4).

La figure 2 corrobore nos interprétations précédentes : la représentation des variables évaluant la spiritualité (RWB, EWB, SWBS et CPSSRS) dans le cercle des corrélations illustre leurs corrélations avec les variables de résilience jugées spirituelles confirmant ainsi le lien de ces dernières avec la spiritualité.

Figure 2 : cercle des corrélations selon les axes spirituels 2 et 3 dégaçés par l'ACP

La constitution de facteurs de résilience spirituels capables d'expliquer 18,5% de la variance totale est une particularité de notre échantillon. Dans l'ACP réalisée par les auteurs de l'outil (24), les variables de résilience explicitement spirituelles n'interviennent qu'en 5^{ème} position et n'expliquent que 4,3% de la variance totale de leur échantillon et seuls les items évaluant le sentiment de but dans la vie et le soutien social perçu leur sont corrélés d'une façon non négligeable.

Classification des individus en fonction de leur résilience

La meilleure partition des 55 membres AA sur la base de leurs scores aux variables de résilience explique 40% de la somme des carrés totale en considérant 4 classes de 20, 8, 5 et 22 individus, après consolidation.

Un calcul du Khi2 réalisé avec la correction de Yates, afin de prendre en compte la petite taille des classes, a permis de caractériser les classes en fonction de leur résilience, leur participation aux AA, leur spiritualité et leur alcoolisme, en considérant $p < 0,05$, comme l'illustre la figure 3 et le prouvent les résultats synthétisés dans le tableau III.

Figure 3 : Représentation graphique de la classification en fonction du niveau de résilience et de la spiritualité

Tableau-III : Scores moyens des classes significativement différents des scores moyens de l'échantillon

Les degrés moyens d'implication aux AA et les niveaux moyens de spiritualité déterminés par la saillance des pensées et comportements spirituels, leur contribution à l'équilibre de l'individu et leur adéquation avec ses conduites ne permettent pas de particulariser les classes, à l'exception du travail des étapes significativement plus faible dans la classe 3. Seul le bien-être que l'individu doit à la qualité de sa relation avec une Puissance supérieure (RWB), ainsi qu'à son aptitude à être satisfait de la vie, à se montrer optimiste et à avoir un sentiment de but dans la vie (EWB), donc découlant de dimensions spirituelles concourent à caractériser les classes d'une partition réalisée en fonction des scores de résilience. Ainsi, la classe 4 présentant un niveau de résilience significativement plus élevé se caractérise aussi par des scores moyens plus élevés sur ces dimensions spirituelles ($p < 0.01$).

Discussion

Il a été exposé, dans l'introduction, que l'apprentissage du programme spirituel en 12 étapes des AA pouvait initier un processus de rétablissement de l'alcoolisme appréhendable en termes de résilience.

Les résultats obtenus dans la présente étude vont dans ce sens. Le score moyen de résilience des membres des AA de notre échantillon s'est avéré très significativement supérieur à la moyenne standard.

L'étude menée sur cet échantillon a prouvé que plus la participation aux AA de l'individu augmentait, plus son niveau de spiritualité était élevé, meilleure était sa relation avec une Puissance supérieure et meilleurs étaient ses scores aux variables de résilience de la CDRISC estimant les soutiens social et spirituel perçus, sa disposition à la conscienciosité et son sentiment de but dans la vie.

Les variations des scores de résilience de cet échantillon de membres AA sur des variables de résilience en lien avec la spiritualité des AA sont telles qu'il a été possible de les condenser en deux facteurs. L'un représente les soutiens social et spirituel perçus, la capacité à attribuer des explications spirituelles aux événements, les sentiments de but et de maîtrise dans la vie, la disposition à la conscienciosité et l'évitement de l'autogestion des situations et des affects. L'autre rassemble des variables évaluant les soutiens social et

spirituel perçus, le sentiment de capacité à réguler les affects négatifs et la disposition à la conscienciosité, à la persévérance, à l'humilité et à voir le côté humoristique des choses. Ces facteurs spirituels expliquent une part de la variance totale des scores de résilience près de 5 fois supérieure à celle qu'explique le facteur spirituel de l'échantillon de validation de l'outil (24). Ces résultats suggèrent donc une disparité supérieure à la norme sur ces variables. L'apprentissage du programme en 12 étapes serait-il responsable d'un accroissement de ces variables causant par là même une disparité en fonction du niveau d'apprentissage ?

Par ailleurs, une classification de l'échantillon en fonction des scores de résilience a prouvé que les individus les plus résilients sont aussi ceux faisant état d'une meilleure qualité relationnelle avec une Puissance supérieure, ceux estimant le plus que cette Puissance supérieure leur porte amour et attention, leur procure force, soutien et bien-être et comble un éventuel sentiment de solitude et ceux disposant d'une meilleure confiance en l'avenir, d'une satisfaction de la vie plus élevée et d'un optimiste plus important.

Donc, au sein de la population étudiée, la résilience est associée positivement à une spiritualité, appréciée en termes de relation qualitative avec une Puissance supérieure, une orientation positive et un sentiment de but dans la vie.

Etant donnée la petite taille de notre échantillon, il serait, cependant, hasardeux de généraliser ces résultats. Cette analyse exploratoire est néanmoins prometteuse et devrait ouvrir sur des études portant sur de plus larges échantillons, approfondissant ce qui, dans la spiritualité, participe à la résilience et recherchant les éventuelles chaînes de causalité.

Conflit d'intérêt : aucun

Références bibliographiques

1. M-24 A.A. Fact File - m-24_aafactfile.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: http://www.aa.org/assets/en_US/m-24_aafactfile.pdf
2. Qui sont les Alcooliques Anonymes aujourd'hui? [Internet]. [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui-sont-les-aa/l-association-aa/23-aa-aujourd-hui-sondage-2009>
3. Kaskutas LA. Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. *J Addict Dis.* 2009;28(2):145-57.
4. Kelly JF, Magill M, Stout RL. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addict Res Theory.* 2009;17(3):236-59.
5. Timko C, Finney JW, Moos RH. The 8-Year Course of Alcohol Abuse: Gender Differences in Social Context and Coping. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(4):612-21.
6. Borrás L, Khazaal Y, Khan R, Mohr S, Kaufmann Y-A, Zullino D, et al. Dialogue. *Subst Use Misuse.* oct 2010;45(14):2357-410.
7. Hiernaux C, Varescon I. L'éveil spirituel, un remède à l'alcoolisme?: Population de membres des Alcooliques anonymes. = The spiritual awakening, a remedy for alcoholism? In AA members. *Alcoologie Addictologie.* déc 2015;37(4):319-26.
8. Hill PC, Pargament KI, Hood RW, McCullough Jr ME, Swyers JP, Larson DB, et al. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav.* 2000;30(1):51-77.
9. Pargament KI. Of Means and Ends: Religion and the Search for Significance. *Int J Psychol Relig.* oct 1992;2(4):201-29.
10. Pargament KI. The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *Int J Psychol Relig.* 1999;9(1):3-16.
11. Fishbein M. Theoretical models of HIV prevention. In: NIH Consensus Development Conference ON Interventions To Prevent HIV Risk Behaviors [Internet]. 1997 [cité 23 mai 2016]. p. 33. Disponible sur: <https://consensus.nih.gov/1997/1997PreventHIVRisk104Program.pdf#page=36>
12. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewoods Cliff, NJ: Prentice-Hall, Inc; 1986
13. Neff JA, MacMaster SA. Applying Behavior Change Models to Understand Spiritual Mechanisms Underlying Change in Substance Abuse Treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse.* janv 2005;31(4):669-84.
14. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions.* 22 févr 2011;2(4):51-76.
15. Tonigan JS, Rynes KN, McCrady BS. Spirituality as a Change Mechanism in 12-Step Programs: A Replication, Extension, and Refinement. *Subst Use Misuse.* 15 oct 2013;48(12):1161-73.

16. Carroll S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *J Stud Alcohol*. 1993;54(3):297-301.
17. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer publishing company; 1984.
18. Witkiewitz K, Lustyk MKB, Bowen S. Retraining the addicted brain: A review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychol Addict Behav*. 2013;27(2):351-65.
19. Pourtois J-P, Humbeeck B, Desmet H. Les ressources de la résilience. Paris: Presses universitaires de France; 2012.
20. Morgenstern J, Kahler CW, Frey RM, Labouvie E. Modeling therapeutic response to 12-step treatment: Optimal responders, nonresponders, and partial responders. *J Subst Abuse*. 1996;8(1):45-59.
21. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat*. oct 2007;33(3):257-64.
22. Paloutzian RF, Ellison C. Spiritual well-being scale. *Meas Relig*. 1982;382-5.
23. Velasco L, Rioux L. Adaptation et validation en langue française d'une échelle de bien-être spirituel. *Can J Behav Sci Can Sci Comport*. 2009;41(2):102.
24. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
25. Davidson JR, Conner KM. Overview: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). RISC Manuel. University School of Medicine. Duke; 2011.
26. Alcoholics anonymous. Les douze étapes et les douze traditions. New York : AAWS Inc. 2003
27. Alcoholics anonymous. Les Alcooliques anonymes. New York : AAWS Inc. 2003

Annexe 20 : Hiernaux, C., & Varescon, I. (2015). L'éveil spirituel, un remède à l'alcoolisme? : Population de membres des Alcooliques anonymes. = The spiritual awakening, a remedy for alcoholism ? In AA members. Alcoologie et Addictologie, 37(4), 319-326. (2016-05109-005).

Pour des raisons de copyright l'article ne peut être reproduit avec la mise en forme de la revue. La période d'embargo étant écoulée, le manuscrit des auteurs (également consultable sur « ResearchGate ») est retranscrit ci-dessous.

Manuscrit des auteurs

L'éveil spirituel, un remède à l'alcoolisme ?

Hiernaux Claire, Psychologue & Varescon Isabelle, Professeur

claire.hiernaux@gmail.com - isabelle.varescon@parisdescartes.fr

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé

Université Paris Descartes. Sorbonne Paris Cité

71, avenue Edouard Vaillant

92774 Boulogne-Billancourt Cedex

Manuscrit des auteurs

Version finale mise en forme :

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2015). L'éveil spirituel, un remède à l'alcoolisme? : Population de membres des Alcooliques anonymes. = The spiritual awakening, a remedy for alcoholism ? In AA members. *Alcoologie et Addictologie*, 37(4), 319-326. (2016-05109-005).

"Les auteurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt"

RESUME

Contexte

A travers le monde, de nombreux alcoolo-dépendants se tournent vers les Alcooliques Anonymes (AA) pour remédier à leur alcoolisme. Ce groupe d'entraide propose à ses membres de les aider à devenir et rester abstinents grâce à un programme d'éveil spirituel. La recherche nord-américaine a prouvé l'efficacité des AA et l'existence d'un lien négatif entre spiritualité et consommation de substances. A notre connaissance, aucune étude française n'a étudié le lien entre l'adhésion et l'ancienneté aux AA et la croissance spirituelle.

Méthode

Des analyses de corrélations ont été entreprises à partir des réponses de 55 alcoolo-dépendants (36% de femmes) membres des AA et âgés de 28 à 89 ans ($m = 57,7$) à un questionnaire d'informations générales et à une échelle évaluant l'intensité de leur participation aux AA et deux échelles estimant leur niveau de spiritualité.

Résultats

Nous avons démontré que le niveau de spiritualité était associé significativement, positivement et fortement à l'intensité de la participation aux AA ($r=0,62$; $p<0,05$) et modérément à l'ancienneté dans l'association ($r = +0,27$; $p<0,05$). Ce faisant, nous avons mis en évidence des corrélations significatives, positives et modérées entre l'intensité de la participation des membres AA à cette association et des composantes de la santé mentale.

Discussion

Notre étude montre que la participation aux AA, en étant associée à un éveil spirituel, conduirait à un rétablissement des addictions. Elle appelle ainsi à s'interroger sur la notion de rétablissement et les mécanismes d'efficacité de la spiritualité.

Mots clefs

Spiritualité, AA, addiction, groupe d'entraide, programme en 12 étapes

SUMMARY

Background

Over the world, many alcoholics seek help from the Alcoholics Anonymous to overcome their addiction. This self-help group is based on a spiritual 12-step program and offers to eradicate alcoholism by a spiritual awakening. North-American scientific Research has proved AA's efficiency and the presence of a negative relationship between alcohol consumption and spirituality. To our knowledge, no French study has investigated the link between AA participation and level of spirituality.

Method

Correlation analyses have been realized from the answers of 55 AA members, i.e. 35 men and 20 women, aged from 28.5 to 89.3 (a=57.7) years, to an overall information questionnaire, to a AA involvement intensity questionnaire and to two spirituality scales.

Results

Our results prove a significant, positive and strong correlation between AA affiliation intensity and spiritual degree ($r=0,62$; $p > 0.05$), and a moderate correlation between AA affiliation oldness and spirituality ($r = +0,27$; $p < 0,05$). Thereby we have demonstrated significant positive and moderate correlations between participation in AA and components of mental health.

Conclusion

As the participation in the AA is associated with a spiritual awakening, it should lead to an addiction recovery. Thus our study invites to think about the recovery concept and the mechanisms of effectiveness of the spirituality.

Key words

Spirituality, AA, addiction, mutual aid, 12 step program

INTRODUCTION

La recherche clinique a montré que les techniques d'intervention basées sur la spiritualité sont efficaces pour traiter les conduites addictives [1]. La spiritualité et/ou la religion, en fournissant une ligne de conduite au comportement humain, réduirait les tendances autodestructrices et pathologiques [2]. Koenig (2009) [2] a en effet établi, sur les 138 études portant sur la spiritualité/religion qu'il avait examinées, que 90% prouvaient une corrélation négative avec l'abus ou la dépendance à une substance.

Sur les 263 publications traitant de la spiritualité et de l'addiction recensées par les bases de données *PsycINFO* et *MEDLINE*, il est ressorti que la spiritualité avait été pauvrement définie [3]. Toutefois, les différentes définitions incluent les mêmes notions qui sont : un sens de la vie, avoir des valeurs, la connexion avec soi, l'environnement et une Puissance supérieure qui n'est pas nécessairement associée à un Dieu et une transcendance de soi [3].

Nous retiendrons la définition donnée par Robinson et al. (2007) [4] qui considère la spiritualité comme les sentiments, les pensées, les expériences et les comportements d'une personne qui émergent de sa quête du sacré et sa recherche de connexion avec ce sacré, généralement défini comme n'incluant pas nécessairement un être divin, mais aussi une réalité absolue, une vérité transcendante ou une signification existentielle.

Ainsi, nous appréhendons la spiritualité comme un concept multidimensionnel, composé de sentiments (comme l'amour d'une Puissance supérieure), de pensées (comme la doctrine et les croyances auxquelles l'individu adhère) et des comportements (comme prier, méditer, lire des textes spirituels). Dans ce contexte, la religion est vue comme une voie possible pour parvenir à la spiritualité, mais cette dernière ne dépend pas nécessairement de la religion.

Les groupes d'entraide reposent sur la prémisse que des individus partageant un comportement commun, qu'ils identifient comme problématique, peuvent mutuellement se soutenir les uns les autres et contrôler ou éliminer ce comportement [5]. Selon Fainzang (1992) [6], une étroite relation est ici établie entre expérience de la maladie et connaissance de la maladie. Cette anthropologue française a étudié le mouvement d'anciens buveurs à vocation ni religieuse ni spirituelle, Vie Libre, en tant que groupe culturel défendant un mode de vie et un système de valeurs spécifiques à sa culture, celle de l'abstinence ou de lutte contre l'alcoolisme. Elle a déterminé que l'efficacité thérapeutique de ce mouvement dépendait de l'adoption par ses membres du discours doctrinal sur l'étiologie sociale de la maladie alcoolique. Les discours individuels interprétatifs peuvent s'en éloigner, puisque leur but premier est l'évocation d'une image sociale satisfaisante conforme à la construction culturelle. Néanmoins, ils s'accordent pour considérer l'alcool comme le générateur de tous les maux et valident, de manière légitime et cohérente pour l'individu, l'abstinence et le militantisme comme conduites à visée thérapeutique [7]. La culture de l'abstinence y est alors assurée par des rites propres. Ainsi, l'obtention de la carte de « buveur guéri » à six mois d'abstinence, ouvrant des droits au membre ritualise la production d'une identité sociale et fédère les adhérents aux valeurs de l'abstinence [8]. Le discours des buveurs a également fait émerger que le corps, en plus d'être un objet modifié par l'alcool, était un symbole des changements survenus dans l'ordre social [9]. Enfin, l'auteur a souligné le caractère collectif de la maladie marquant le conjoint et la famille de la personne atteinte d'où une prise en charge collective et l'idéologie de la symbiose et de la solidarité entre conjoints développés par Vie Libre [10].

L'étude qui est ici présentée se centre sur les Alcooliques Anonymes (AA), seul groupe dédié à l'alcoolisme affichant clairement le développement spirituel comme voie de rétablissement. Les AA ont émergé en 1935 de la rencontre de deux alcooliques considérés comme « irrécupérables », Bill, ancien courtier à Wall Street [11], et le Dr Bob, médecin [12], qui sont finalement devenus abstinents grâce à un soutien spirituel et relationnel.

Bill et le Dr Bob ont formé les AA en s'appuyant sur les postulats selon lesquels un alcoolique est la personne la mieux placée pour en aider un autre, que cette aide portée à un autre alcoolique lui permet de rester abstinent et enfin que l'alcoolisme est une maladie de l'esprit, des émotions et du corps. Aussitôt abstinents Bill et le Dr Bob sont donc allés aider des alcooliques de l'hôpital d'Akron et ont fondé le premier groupe des AA avec un patient devenu abstinent. Un deuxième groupe s'est ensuite constitué à New York, puis un troisième à Cleveland en 1939 et ainsi de suite : il existe aujourd'hui plus de 114 000 groupes AA dans le monde [13].

Les AA se définissent eux-mêmes comme étant « une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. » Ils défendent que la seule condition pour devenir membre est d'avoir « le désir d'arrêter de boire » et que « les AA ne demandent ni cotisation ni droit d'entrée ; [car ils se financent] par [leurs] propres contributions. » Ils précisent dans leur présentation que « les AA ne sont associés à aucune secte, confession religieuse ou parti politique, à aucun organisme ou établissement ; [qu'] ils ne désirent s'engager dans aucune controverse ; [qu'] ils n'endossent et ne contestent aucune cause [et que leur] but premier est de demeurer abstinents et d'aider d'autres alcooliques à le devenir » [14].

Les AA se caractérisent par un programme de rétablissement, dit programme en 12 étapes ou encore programme spirituel de rétablissement. Ce programme a été adapté à d'autres addictions et de nouveaux groupes (comme les Narcotiques Anonymes, NA ; les Débiteur Anonymes, DA, les Outre-Mangeurs, OM ; etc.) s'appuyant sur le fonctionnement des AA ont émergé.

Ces groupes ont une efficacité. En effet, les résultats de nombreuses études ont montré que la participation active aux associations AA ou NA était fortement associée à l'abstinence et au rétablissement [15-17], renforçait les bénéfices des traitements pour les troubles de consommation de substances psychoactives [18,19] ou enfin réduisait les coûts de la santé publique en induisant de meilleurs taux de rétablissement [16].

La participation aux AA englobe un champ d'actions bien plus vaste que le fait d'assister aux réunions de rétablissement, d'y écouter les partages et d'y prendre la parole. Rester en interaction avec des membres en dehors des réunions, échanger régulièrement avec un parrain, puis parrainer à son tour sont aussi une forme de participation. L'adhésion aux AA peut également s'illustrer par le travail de compréhension et d'application des 12 étapes que la personne effectue en lisant de la littérature éditée par un programme en 12 étapes, en écrivant ou encore en échangeant avec d'autres membres, son parrain ou en réunion. Enfin, le membre AA peut « prendre du service » et s'impliquer dans le fonctionnement de l'association et ses activités en contribuant à la gestion, l'administration, la logistique, la mise en place et le rangement d'une réunion de rétablissement ou d'un autre comité, en prenant part à une permanence téléphonique ou à des missions de l'association, comme la rencontre d'alcool-dépendants hospitalisés.

Ainsi, appréhender la participation à un groupe d'entraide exige de s'intéresser à toutes ces dimensions. Des études ont d'ailleurs démontré que considérer l'ensemble de ces dimensions faisait du facteur

« participation à un groupe d'entraide » un meilleur prédicteur du résultat en termes de consommation de produit(s) que lorsque seule l'assistance aux réunions était relevée [20,21]. Il a aussi été montré qu'une assistance régulière aux réunions, l'appartenance à un groupe d'accueil et la détention d'un soutien relationnel (notamment par le biais du parrainage) constituent les clefs du maintien de l'abstinence dans la première année suivant le sevrage [22]. En outre, le fait d'avoir un service au sein de l'association et d'en lire la littérature contribuent, certes dans une moindre mesure, mais significativement, au maintien de l'abstinence durant la première année de rétablissement [22].

Les groupes spirituels d'entraide conçoivent que la souffrance est la cause de la conduite addictive mais aussi la motivation au rétablissement [23]. Plus exactement, il existe dans cette souffrance une dimension spirituelle qui s'illustre à la fois dans le processus addictif et dans celui du rétablissement [24]. En effet, même si les substances psychoactives procurent au sujet addict jouissances, sérénité et plaisir, en premier lieu, elles lui offrent aussi un sentiment de soulagement et de libération de son mal-être. L'addiction à un produit peut donc être vue comme une tentative d'automédication pour alléger la souffrance, réduire l'anxiété et la dépression et contrebalancer les déficiences de régulation émotionnelle [25-27] ou encore, au-delà de l'apaisement de la souffrance, pour combler l'ennui [28]. Dans cette phase de l'addiction, l'individu rejette toute assistance des autres, il se perçoit comme étant autosuffisant et cherche à trouver sa propre voie pour alléger sa souffrance psychologique [23]. Cette phase se caractériserait donc, selon les programmes en 12 étapes, par la perte progressive de spiritualité de l'individu.

Parallèlement à cette perte, l'addiction devient, progressivement, la force motrice de la vie du sujet addict, jusqu'à ce qu'il finisse par en perdre totalement le contrôle. L'individu connaît alors un état de vide spirituel. La détresse psychologique qui en découle menace son intégrité et le prive de sa propre transcendance. Sa souffrance, dans cette phase, devenue insupportable le pousse à réévaluer sa vie, affronter son impuissance et rechercher de l'aide [23]. Ainsi, les programmes spirituels de rétablissement conçoivent l'addiction à une drogue comme un trouble spirituel de l'individu qui se manifeste par un égocentrisme, noyau de l'addiction, une absence de sens à la vie et une insatisfaction des besoins spirituels [29] engendrant la souffrance. C'est pourquoi, ils proposent à leurs membres une libération des conduites addictives par le développement d'une spiritualité en 12 étapes. Ainsi les trois premières étapes traitent de l'acceptation de l'individu de sa dépendance, la reconnaissance de son impuissance face à cette dépendance et sa perte de contrôle, le programme prône alors le « lâcher-prise » et le recours à une Puissance supérieure. La 4^{ème} étape demande à l'individu de faire un inventaire moral. Les étapes 5, 6, 7 ont trait aux déficiences de l'individu et de ses défauts de caractère. Il est à nouveau question de l'acceptation d'une impuissance et donc de s'en remettre à une Puissance supérieure. Les étapes 8 et 9 concernent la reconnaissance du dommage causé à autrui et son engagement à le réparer. La 10^{ème} étape demande à l'individu d'approfondir le travail d'inventaire qu'il a fait en 4^{ème} étape. Dans la 11^{ème} étape, l'individu améliore sa connexion avec sa Puissance supérieure par la prière et la méditation. Enfin dans la 12^{ème} étape, l'individu a connu un « éveil spirituel » et cherche à transmettre le message des AA et à appliquer les principes spirituels acquis, dans son quotidien. Cet « éveil spirituel » survenant de l'acceptation et l'engagement de la personne addictive envers une Puissance supérieure permet à l'individu de remplir son « vide intérieur » ou « vide spirituel », pensé comme inhérent aux troubles liés à la consommation de substances [30]. Le programme des AA est ainsi davantage axé sur une recherche de solutions pour aider la personne présentant une problématique alcoolique que sur l'étiologie du trouble.

Comme nous venons de le souligner, le concept d'éveil spirituel est important dans ces programmes [31]. Le résultat en est un changement dans les systèmes de signification de l'individu, ses buts, ses croyances,

ses valeurs et ses schémas cognitifs, qui à leur tour engendrent des remaniements comportementaux et/ou dispositionnels [32].

Il a donc été démontré que la pratique d'un programme en 12 étapes, dit spirituel, au travers d'une contribution aux activités, que suppose l'adhésion à un groupe d'entraide, garantissait de meilleurs résultats en termes d'abstinence. Ces conclusions nous ont incités à étudier l'éventualité d'un lien entre l'intensité de la participation des membres et un développement spirituel : La participation d'un alcoolodépendant aux AA lui permet-elle d'accroître son degré de spiritualité ? Ainsi nous supposons que plus l'adhésion et l'ancienneté d'un individu à un programme en 12 étapes sont élevées et plus son niveau de spiritualité est important.

METHODE

Participants

Ils ont été recrutés à l'issue de réunions de rétablissement des AA, se tenant dans l'Île de France. Ils devaient être âgés de plus de 18 ans, être alcoolodépendants, membres des AA, abstinentes et avoir donné leur consentement éclairé, par écrit. En outre, ils ne devaient pas avoir de traitement chimiothérapeutique pour le maintien de l'abstinence, ni consommer des substances addictives (sauf tabac et/ou prise rigoureuse de psychotropes selon une prescription médicale) ni présenter une comorbidité psychiatrique diagnostiquée.

Matériel

Il comprend un questionnaire d'informations générales appréciant, notamment, l'ancienneté du participant dans les AA.

Le degré d'adhésion au programme de rétablissement, autrement dit l'intensité de la participation aux AA, a été apprécié par le questionnaire d'auto-évaluation des comportements liés à la pratique d'un programme en 12 étapes [33]. Les auteurs ont prouvé les bonnes qualités psychométriques de leur outil (α de Cronbach=0,87). N'existant pas de version française ou de questionnaire équivalent en français, nous en avons proposé une traduction selon la méthode de *back translation*.

Dans ce questionnaire, neuf conduites, caractérisant ce qu'implique la participation aux AA, y sont listées, le sujet doit apprécier la fréquence avec laquelle il les effectue selon une échelle de Likert allant de 1 à 5. La somme des scores aux différentes propositions pour chaque participant est utilisée comme une mesure continue de l'adhésion au groupe d'entraide.

Le degré ou niveau de spiritualité a été évalué au moyen de deux échelles. La première échelle [34] très concise décompose la pratique spirituelle telle qu'elle est professée aux AA, en 6 items. Cette échelle a été validée par des tests empiriques (α de Cronbach compris entre 0,82 et 0,91). Pour les mêmes raisons que précédemment, une traduction selon la méthode *back translation* a aussi été proposée. Les 6 items sont évalués par une échelle de Likert de 1 à 5, le score le plus élevé représentant l'approbation la plus forte. Le total des scores obtenus pour chaque item donne une première estimation du degré de spiritualité de l'individu. Puis, le degré de spiritualité a été estimé par l'adaptation française [35] de l'échelle de bien-être spirituel (SWBS) [36]. L'échelle et son adaptation française ont été validées par des études empiriques (α de Cronbach compris entre 0,87 et 0,91). La SWBS appréhende le degré de

spiritualité du sujet en utilisant une composante verticale, la relation qu'entretient l'individu avec une Puissance supérieure, et une composante horizontale mesurant sa satisfaction dans la vie, son optimisme et sa confiance en l'avenir. La SWBS compte 20 items estimés par une échelle de Likert de 1 à 6.

Donc, la première échelle évalue le niveau spiritualité, par les conduites illustrant ou menant à une spiritualité, alors que la seconde s'appuie sur les croyances, les pensées, les sentiments et les ressentis qu'induit la spiritualité.

Procédure

300 questionnaires ont été distribués entre le 19 février 2014 et le 19 avril 2014. Les participants ont été sollicités, avec le consentement des responsables du groupe, à l'issue de 8 réunions et ceci de façon hebdomadaire pendant 2 mois. Sur les 300 questionnaires distribués, nous en avons recueillis 64 et pu en exploiter 55 : 9 individus ont dû être retirés de l'étude (3 présentaient un critère d'exclusion, 5 questionnaires étaient incomplets et 1 était illisible). Le questionnaire était distribué au plus grand nombre de personnes possible ayant participé à la réunion. L'étude leur était à chacun explicitée, une lettre d'information leur était en même temps distribuée ainsi qu'une feuille de consentement libre et éclairé.

Il était alors convenu que les participants nous rendent le document rempli, à la même réunion, la semaine suivante. Les participants devaient détacher les feuilles de consentement du questionnaire et les remettre séparément afin que leur anonymat soit garanti. Les données récoltées ont alors été converties en une base de données et analysées avec le logiciel Statistica.

RESULTATS

Notre échantillon compte 55 individus : 35 hommes et 20 femmes. 64 personnes, sur les 300 questionnaires distribués, ont accepté de participer à l'étude.

L'âge des participants s'étend de 28,5 ans à 89,3 ans. L'âge moyen est de 57,7 ans et l'âge médian de 60,3 ans. La distribution de l'âge des participants s'apparente donc à une distribution normale.

Ancienneté, intensité de l'adhésion et degré de spiritualité

Le degré de spiritualité a été évalué par un indice composite (SPIRMPC), formé par la moyenne des indices calculés à partir des variables mesurant la quantité de comportements spirituels (ACTSPIRIT) et le degré des pensées, croyances et sentiments spirituels (SPIRIT). La participation a été estimée d'une part par son ancienneté (TPSAA) et d'autre part par son intensité, encore dénommée force de l'adhésion au programme des AA (AA).

Dans notre échantillon de 55 individus, le temps d'ancienneté moyen est de 13,2 ans ($\sigma=10,8$ ans). Sa distribution révèle une concentration plus importante sur les petites valeurs, celle de l'intensité de l'adhésion (AA) s'apparente à celle d'une loi normale ($m=26,1 \approx Md=Mo=26$ et $\sigma=6,5$), enfin celles de ACTSPIRIT, SPIRIT et SPIRMPC sont décalées vers la droite. Le niveau de spiritualité globale moyen, dans notre échantillon de 55 individus, est de 65,1, sur une échelle de 0 à 100.

L'analyse des tendances centrales et dispersions des valeurs des variables sont résumées dans le tableau I.

Tableau I – Synthèse de l'analyse des variables estimant l'ancienneté, l'intensité de l'adhésion et le degré de spiritualité

Légende :

TPSAA : Temps d'ancienneté en années

AA : Intensité de l'adhésion au programme des AA

ACTSPIRIT : Quantité de comportements spirituels

SPIRIT : Quantité de pensées, croyances et sentiments spirituels

SPIRMPC : Degré de spiritualité - indice formé par la moyenne équilibrée de ACTSPIRIT et SPIRIT

Ancienneté de l'appartenance aux AA & spiritualité

La corrélation entre l'ancienneté (TPSAA) et l'indice composite SPIRMPC est significative, positive et modérée ($r = +0,27$; $p < 0,05$).

En observant la corrélation du temps d'ancienneté chez les AA avec chacune des dimensions ayant servi à construire les variables mesurant la spiritualité, nous remarquons, pour notre population de 55 individus, une corrélation significative, positive et modérée du temps d'ancienneté avec l'importance accordée à la spiritualité dans le maintien de son équilibre, une approche de la vie basée sur la spiritualité, un sentiment de solitude diminué grâce au lien avec sa Puissance supérieure et le sentiment de plénitude engendré par sa communion intime avec sa Puissance supérieure (respectivement items V, VI, 15, 17 ; Tab-II).

Nous avons également constaté une corrélation significative, négative et modérée entre le temps d'ancienneté et un sentiment d'incapacité à profiter suffisamment de la vie et une vision négative de la vie (respectivement items 12, 16 ; tab-II).

Notons, cependant que l'ancienneté chez les AA est fortement liée à l'âge ($r = 0,60$, $p < 0,05$) et les corrélations précédentes pourraient également s'expliquer par une évolution normale de l'individu vieillissant et non uniquement par le fait d'appartenir aux AA. L'absence de corrélation entre l'âge et la spiritualité nous permet d'exclure cette éventualité ($r(\text{AGE}, \text{ACTSPIRIT}) = -0,05$; $r(\text{AGE}, \text{SPIRIT}) = 0,01$; $r(\text{AGE}, \text{SPIRMPC}) = -0,13$ avec $p > 0,05$).

Donc notre hypothèse selon laquelle le temps d'ancienneté serait corrélé positivement avec la moyenne des scores obtenus aux échelles de spiritualité est validée.

En revanche, nous avons constaté que la corrélation entre l'ancienneté de l'adhésion au programme de rétablissement et chacune des échelles de spiritualité n'est pas validée. Ce n'est qu'en associant les deux échelles de spiritualité et donc en considérant davantage de dimensions que l'on peut valider la première partie de notre hypothèse.

Degré d'adhésion au programme et spiritualité

Nos résultats mettent en évidence une corrélation significative, positive et forte de l'intensité d'adhésion (AA) avec les comportements spirituels (ACTSPIRIT) ($r = 0,62$; $p < 0,05$) et cela quel que soit le comportement observé (items I à VI, tab-II), avec les croyances, pensées et sentiments spirituels (SPIRIT)

($r = 0,47$; $p < 0,05$), et avec l'indice composite du niveau de spiritualité (SPIRMPC) ($r = 0,62$; $p < 0,05$). Cette corrélation ne peut pas être expliquée par un effet de l'âge puisque les corrélations de l'âge avec l'intensité de l'adhésion et le niveau de participations ne sont pas significatives ($r(\text{AGE}, \text{AA}) = -0,19$ et $r(\text{AGE}, \text{SPIRMPC}) = -0,13$; avec $p > 0,05$).

Concernant les dimensions de SPIRIT, nous avons dégagé une corrélation significative, positive et forte entre le degré d'adhésion aux AA et la qualité perçue par le sujet de sa relation avec une Puissance supérieure (items 1, 7 ; tab-II) et le bien-être qu'elle lui procure (item 19, tab-II).

Nous avons également relevé des corrélations significatives, positives et modérées entre le degré d'adhésion aux AA et l'aptitude à se sentir comblé et satisfait de sa vie, un sentiment de bien-être face à la direction que prend sa vie, le ressenti que sa relation avec sa Puissance supérieure estompe un sentiment de solitude et lui procure un sentiment de plénitude (respectivement items 8, 10, 15 et 17 ; tab-II).

Nous avons aussi pu mettre en évidence une corrélation significative, négative et forte entre le degré d'adhésion aux AA et le manque de satisfaction véritable avec sa Puissance supérieure dans sa prière personnelle (item 1, tab-II).

Enfin, nous avons décelé des corrélations significatives, négatives et modérées entre le degré d'adhésion aux AA et la présence de troubles existentiels, le manque de confiance en l'avenir, le défaut d'une relation satisfaisante avec sa Puissance supérieure et la sensation que la vie est remplie de conflits et de malheur (items 2, 6, 13, 16 ; tab-II).

Ainsi la deuxième partie de notre première hypothèse est validée.

Tableau II : Corrélations entre l'ancienneté/le degré d'adhésion et le degré de spiritualité

Légende

Valeur* : corrélations significatives ($p < 0,05$)

En italique : dimensions (corrélées significativement avec TPSAA/AA) de la variable ci-dessus.

DISCUSSION

Notre étude a établi que plus la participation d'un individu alcoolo-dépendant aux Alcooliques Anonymes était importante et plus son niveau de spiritualité était élevé. Cette relation reste vraie que l'on appréhende cette participation en termes d'ancienneté dans l'association ou de degré d'application du programme en 12 étapes. Nos résultats ont toutefois montré une relation plus riche et plus forte entre l'implication de l'individu dans le programme de rétablissement des AA et la spiritualité qu'entre cette dernière et son ancienneté dans l'association. Ainsi, en nous attachant aux dimensions de la spiritualité, notre étude a, d'une part, mis en évidence un lien positif et modéré entre l'ancienneté dans le programme de rétablissement en 12 étapes et le respect de valeurs spirituelles, le sentiment de posséder une relation de qualité avec une Puissance supérieure, une vision positive du monde et de connaître un épanouissement. Elle a, d'autre part, prouvé la présence d'un lien très fort et positif entre l'implication de l'individu dans le programme des AA et une pratique spirituelle, comme méditer, prier, vivre en accord avec des valeurs spirituelles, ainsi qu'avec l'expérience d'une relation bienfaisante de qualité avec une Puissance supérieure. En outre, elle a démontré l'existence d'un lien positif et modéré entre l'implication de l'individu dans le programme et un sentiment de satisfaction de la vie, de bien-être, de confiance en l'avenir, une vision positive du monde et la résorption de troubles existentiels et du sentiment de solitude.

Notons, toutefois, que notre travail repose sur une analyse de corrélations et ne saurait prouver que la participation aux AA permet le développement de la spiritualité. Ainsi, il serait intéressant, dans une prochaine étude, de mettre en évidence un éventuel lien de causalité entre la participation aux AA de l'individu et le développement de sa spiritualité. Ce résultat d'une forte corrélation entre la participation aux AA et le niveau de spiritualité serait aussi à rapprocher de l'abstinence alcoolique et d'éventuels autres conduites addictives des membres, nous permettant ainsi de nous interroger sur une éventuelle fonction de substitution positive de la participation aux AA et de la spiritualité.

Il nous semble également pertinent de remarquer que ces notions précédemment citées de bien-être, épanouissement, sens à la vie, vision positive du monde et confiance en l'avenir en plus d'être des dimensions constitutives de notre outil de mesure de la spiritualité, sont des composantes de la santé mentale. Autrement dit, il est ressorti indirectement de notre étude un lien positif entre la participation d'alcoolodépendants aux AA et des composantes de la santé mentale. Aussi, nous semblerait-il judicieux d'étudier les facteurs d'efficacité de la spiritualité et de réfléchir sur cette notion de rétablissement : Que signifie « aller bien » pour un alcoolodépendant ayant décidé d'arrêter de consommer de l'alcool ? Nous pourrions ainsi voir que « se rétablir de l'alcoolisme » va au-delà d'un simple maintien d'une abstinence.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Borrás L, Khazaal Y, Khan R, et al. The Relationship between Addiction and Religion and its Possible Implication for Care. *Substance Use & Misuse*. 2010 ; 45 : 2357–2410.
- [2] Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 ; 54 (5) : 283-291.
- [3] Cook CH. Addiction and spirituality. *Addiction*. 2004 ; 99 : 539-51.
- [4] Robinson EAR, Cranford JA, Webb JR, et al. Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007 ; 68 : 282–290.
- [5] Magura S, Knight EL, Vogel HS, et al. Mediators of Effectiveness in Dual-Focus Self-Help Groups. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2003 ; 29 (2) : 301–322.
- [6] Fainzang S. L'objet construit et la méthode choisie : l'indéfectible lien. *Terrain*. 1994 ; 23 : 161-172.
- [7] Fainzang S. Anciens buveurs et alcoolisme. Discours de la causalité. *Sciences sociales et Santé*. 1994 ; XII (3) : 69-99.
- [8] Fainzang S. Maladie, identité et guérison dans un groupe d'anciens buveurs : Vie Libre. *Ethnologie française*. 1992 ; XXII (1) : 5-18.
- [9] Fainzang S. L'alcool, les nerfs, le cerveau et le sang. *L'Homme*. 1995 ; 135 (3) : 109-125.
- [10] Fainzang S. L'alcoolisme, une maladie contagieuse. Réflexions anthropologiques sur l'idée de contagion. *Ethnologie française*. 1994 ; XXIV (4) : 825-832.
- [11] Alcoholics Anonymous World Services. Les Alcooliques Anonymes. L'histoire de Bill. New York : Alcoholics Anonymous World Services, Inc. ; 2003. p. 1-20.
- [12] Alcoholics Anonymous World Services. Les Alcooliques Anonymes. Le cauchemar du Dr Bob. New York : Alcoholics Anonymous World Services, Inc. ; 2003. p. 193-204.

- [13] <http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui-sont-les-aa/les-aa-dans-le-monde>
- [14] : http://www.alcooliques-anonymes.fr/qui_aa/association_aa/17-qui-sommes-nous
- [15] Kaskutas LA. Alcoholics Anonymous effectiveness: faith meets science. *Journal of Addiction Disorders*. 2009 ; 28 (2) : 145–157.
- [16] Humphreys K, Moos RH. Encouraging post-treatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007 ; 31 (1) : 64–68.
- [17] Timko C, Moos RH, Finney JW, et al. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in Alcoholics Anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2000 ; 6 (4) : 529–540.
- [18] Kelly JF, Stout R, Magill M, et al. Mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous: does AA improve alcohol outcomes by reducing depression symptoms?. *Addiction*. 2010 ; 105 : 626–636.
- [19] Kelly JF, Yeterian JD. Mutual-help groups. In: O'Donohue, W., Cunningham, J.R. (Eds.), *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. New York : Elsevier ; 2008. p. 61–105.
- [20] Weiss RD, Griffin ML, Gallop RJ, et al. The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005 ; 77 : 177–184.
- [21] Montgomery HA, Miller WR, Tonigan JS. Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome?. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1995 (2) : 241–246.
- [22] Zemore SE, Subbaraman M, Tonigan SJ. Involvement in 12-Step Activities and Treatment Outcomes. *Substance Abuse*. 2013 ; 34 : 60–69.
- [23] Chen G. The Meaning of Suffering in Drug Addiction and Recovery from the Perspective of Existentialism, Buddhism and the 12-Step Program. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2010 ; 42 (3) : 363-375.
- [24] Dupont RL, McGovern JP. Suffering in addiction: Alcoholism and drug dependence. In: P.L. Starck, J.P. McGovern (Eds.) *The Hidden Dimension of Illness: Human Suffering*. New York: National League for Nursing Press. 1992. p. 155-201.
- [25] McCormick RM. Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counseling*. 2000 ; 34 : 25-32.
- [26] Khantzian EJ. The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985 ; 131 : 160-64.
- [27] Khantzian EJ. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: Similarities and differences. In M. Galanter (Ed.) *Recent Developments in Alcoholism*. New York : Plenum Press. 1990 ; 8 : 255-271.
- [28] Lukas E. *Meaning in Suffering: Comfort in Crisis through Logotherapy*. Berkeley, CA: Institute of Logotherapy Press. 1986.
- [29] Diarmuid OM. Spirituality, recovery, and transcendental meditation. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1994 ; 11 : 169-83.

[30] McCoy LK, Hermos JA, Bokhour BG et al. Conceptual bases of Christian, faith based substance abuse rehabilitation programs: Qualitative analysis of staff interviews. *Substance Abuse*. 2004 ; 25 : 1–11.

[31] Arnold R, Avants SK, Margolin A, et al. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002 ; 23 : 319–326.

[32] Paloutzian RF, Park CL. Integrative themes in the current science of the psychology of religion. In: Paloutzian R., F., Park C., L., editors. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press ; 2005. p. 3–20.

[33] Morgenstern J, Kahler CW, Frey RM et al. Modeling therapeutic response to 12-step treatment: optimal responders, nonresponders, and partial responders. *Journal of Substance Abuse*. 1996 ; 8 (1) : 45–59.

[34] Galanter M, Dermatis H, Bunt G et al. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007 ; 33 : 257– 264

[35] Velasco L, Rioux L. Adaptation et validation en langue française d'une échelle de bien-être spirituel. *Revue canadienne des sciences du comportement*. 2009 ; 41 (2) : 102-108.

[36] Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well being and the quality of life. In L.A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York, NY: Wiley ; 1982. p. 123-136.

Annexe 21 : Hiernaux, C. & Varescon, I. (accepté). L'apprentissage d'un programme spirituel favorise-t-il un processus de résilience chez des personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool?. In S. Ionescu (Ed.), *Résilience*. Paris : Odile Jacob.

Le chapitre n'étant pas encore publié, il ne peut être communiqué.

Annexe 22 : Hiernaux, C., Varescon, I. (accepté). Pratiques basées sur la Résilience. In H., Mazurek et Ionescu, S. L'apprentissage du programme spirituel en 12 étapes des Alcooliques anonymes favorise-t-il un processus de résilience ?. Actes du 4^{ème} congrès mondial sur la résilience, Marseille, France.

Les actes de congrès n'étant pas encore publiés, l'article ne peut être communiqué.

COMMUNICATION ORALE INVITÉE

Annexe 23 : Hiernaux, C. & Varescon, I. (2017, October). Learning resilience: exploring recovery in a sample of adherents of the 12 step groups. Communication presented at the 16th congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA), Crete, Greece.



Extrait du programme

ESBRA CRETE 2017 - SCIENTIFIC PROGRAM

MONDAY 9TH OCTOBER, 2017

15:30 - 17:00

ATHENA HALL

S10 Why do repeated alcohol detoxifications matter?

Chairs: Christos Kouimtsidis, UK / Theodora Duka, UK

Cognitive and psychological impact of alcohol detoxifications
Theodora Duka, UK

Neuro-inflammation and alcohol addiction: correlation with memory and motor impairment
Alexis Bailey, UK

Clinical implications and interventions to reduce the risk of unsuccessful alcohol detoxifications / *Christos Kouimtsidis, UK*

17:00 - 17:30

COFFEE TO GO

17:30 - 19:00

MINOS HALL

S11 Novel G protein-coupled receptors as potential targets for treating alcoholism

Chair: Esa Korpi, Finland

Introduction: Beyond the opioid receptor antagonists
Esa Korpi, Finland

Novel findings on Nociceptin receptor system as a treatment target for alcoholism
Roberto Ciccocioppo, Italy

Dopamine D3 receptor-dependent changes in GABAA receptor alpha 6 subunit expression control voluntary ethanol intake
Gian Marco Leggio, Italy

Amylinergic receptor activation attenuates alcohol-mediated behaviours in rodents
Elisabet Jerlhag, Sweden

Oxytocin system and alcohol reward: from rodents to man
Rainer Spanagel, Germany

DANAE HALL

S12 Possibilities and pitfalls in mutual help for alcohol problems

Chair: Jonathan Chick, UK

Learning resilience: exploring recovery in a sample of adherents of the 12 step groups
Claire Hiemaux, France

Mutual-aid associations: a hidden resource to improve knowledge and clinical research on alcoholism / *Bertrand Nalpas, France*

Barriers to professional's usage of mutual aid groups
Jonathan Chick, UK.

How does engagement with online mutual aid support recovery from problematic alcohol use? / *Julia Sinclair, UK*

17

LEARNING RESILIENCE: EXPLORING RECOVERY IN A SAMPLE OF ADHERENTS OF THE 12 STEP GROUPS.

Hiernaux C¹, Varescon I¹

¹ Laboratory of Psychopathology and Health Process, University of Paris Descartes Sorbonne Paris Cité, Paris, France

Two million alcoholics in the world try to overcome their alcohol problem by learning and applying the 12 step spiritual recovery program of Alcoholics Anonymous (AA). Studies proved that AA involvement predicts a reduction of alcohol use and an increase of abstinence. However very few studies have attempted to analyze the potential mechanisms of efficiency of AA spirituality, whereas spiritual development is the objective of the AA's recovery program. We have developed a model which describes how the 12 step spiritual program can induce a better resiliency, a better social integration and a better quality of life. In our study, we hypothesize that AA involvement is associated with a higher spirituality and a better resiliency.

AA members (N=263; 57.7 % male; average age = 58.2 years) completed a French adaptation of the Recovery Interview (Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler, & Frey, 1996), a French translation of the Religious Background and Behavior questionnaire (Connors, Tonigan, & Miller, 1996), The French adaptation of the Spiritual Well Being Scale (Velasco & Rioux, 2009) and the French translation of the Connor Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003) to estimate the intensity and characteristics of their involvement in AA, their spirituality and their resiliency. Correlation analysis, factors analysis and hierarchical clustering were undertaken.

The average resiliency score and the average spiritual well being score of the 263 participants are greater than the ones of the validation samples. The results proved a positive correlation ($p < .05$) between the AA participation and spirituality and some resiliency components, and that the resiliency variables related to the AA spirituality explained 16,3% of the overall variance, which is almost 4 times higher than in the validation sample. It was also demonstrated, that the most resilient people of this AA members' sample were also the individuals who benefited from a better relationship with a higher Power.

So, the spiritual 12 steps program may be more than a method to achieve and maintain alcohol sobriety and may be understood as a resiliency program.

COMMUNICATIONS ORALES

Annexe 24 : Hiernaux, C. & Varescon, I. (2018, septembre). Effets d'un programme de rétablissement de l'alcoolisme sur la résilience et la santé physique et mentale des participants. Communication orale présentée au 58ème congrès de la Société Française de Psychologie, Reims, France.

59^e Congrès de la Société Française de Psychologie Programme



Psychologie, Santé & Société
De la théorie aux applications
5, 6 et 7 Septembre 2018



Questions d'éducation (Salle 18-1003)

- Du discours institutionnel à la pratique en matière d'éducation : Quelles conséquences sur l'évaluation scolaire ?
Bérénice Saidah & Eva Louvet, Laboratoire de Psychologie des Cognitions (LPC) EA440, Université de Strasbourg
- Identification au futur groupe professionnel : Validation d'une mesure et influence sur l'auto-détermination et la performance des étudiants.
Gauthier Camus¹, Sophie Berjot¹ & Joanna Cohen-Laloum², ¹Laboratoire Cognition, Santé, Société (C2S) EA6291, Université de Reims Champagne-Ardenne, ²Laboratoire des Sciences de l'Éducation (LSE) EA602, Université de Grenoble-Alpes
- La pratique philosophique à l'oral transforme-t-elle l'écriture spontanée des élèves ? Etude d'écrits au collège chez des élèves philosophant à partir d'œuvres d'art.
Hélène Maire¹, Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Bernard Slusarczyk, Julie Pironom & Catherine Thebault, ¹ESPE Clermont, Université Clermont Auvergne
- Le jugement des enseignants reflète-t-il les compétences réelles des élèves ?
Camille Sanrey, Pascal Pansu & Pascal Bressoux, Laboratoire des sciences de l'éducation (LSE) EA 602, Université Grenoble Alpes

Cognitions et comportements (Salle 18-1004)

- Contribuer à la protection de l'environnement et à l'amélioration de la santé publique par la réduction de consommation de chair animale. Pied-dans-la-porte, porte-au-nez.
Laura Déléant¹, Julien Bruno² & Valérie Fointiat³, ¹Laboratoire Psychologie Ergonomique et Sociale pour l'Expérience Utilisateurs (PErSEUs) EA7312, Université de Lorraine, ²Maladies chroniques, santé perçue, et processus d'adaptation - Approches épidémiologiques et psychologiques (APEMAC) EA4360, Université de Lorraine, ³Laboratoire de Psychologie sociale (LPS) EA849, Aix-Marseille Université
- Effets d'un programme de rétablissement de l'alcoolisme sur l'adaptation, la santé et le bien-être des participants.
Claire Hiernaux & Isabelle Varescon, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS) EA4057, Institut de psychologie, Université Paris Descartes, Université Sorbonne Paris Cité
- Handicap psychique et insertion professionnelle : Effets à long terme du contact imaginé sur la réduction des préjugés.
Jennifer Schuhl, Eric Lambert & Armand Chatard, Centre de Recherches sur la Cognition et l'Apprentissage (CerCA) UMR7295, Université de Poitiers, Université François Rabelais, CNRS
- L'Alexithymie est-elle un facteur de performance sportive ?
Catarina Proenca Lopes & Fabien Legrand, Laboratoire Cognition, Santé, Société (C2S) EA6291, Université de Reims Champagne-Ardenne
- Ne m'interromps pas, je le fais mieux moi-même - Étude des interruptions auto-générées.
Paul Brazzotto & George Michael, Laboratoire d'Etude des Mécanismes Cognitifs (LEMC) EA3082, Université Lumière Lyon 2

Résumé de la communication orale présentée

Effets d'un programme de rétablissement de l'alcoolisme sur l'adaptation, la santé et le bien-être des participants

Introduction. Plus de deux millions de personnes dans le monde participent au groupe d'entraide, les Alcooliques anonymes (AA), pour remédier à leur problématique alcoolique. A cette fin, les AA proposent à leurs membres un programme spirituel de rétablissement en 12 étapes. Peu d'études ont investigué la spiritualité comme éventuel mécanisme d'efficacité (Kelly, 2017). Des études ont cependant prouvé que la spiritualité médiatisait l'effet de la participation aux AA sur la rémission du trouble de l'usage d'alcool (Kelly et al., 2011; Tonigan et al., 2013). Nous avons élaboré un modèle (Hiernaux & Varescon, 2016) qui décrit comment l'apprentissage social du programme spirituel des AA, en influençant les cognitions, les comportements et les émotions de l'individu devrait accroître sa résilience et sa qualité de vie. Ce modèle s'appuie sur la théorie de l'action raisonnée et suppose que des croyances sur l'alcoolisme et une norme sociale sont adoptées, et un programme spirituel appris par renforcement vicariant, positif et par modelage. Il devrait en résulter un développement spirituel qui devrait s'illustrer par une amélioration de la qualité relationnelle de l'individu avec une Puissance supérieure (PS). Ainsi, nous faisons l'hypothèse, qu'en participant aux AA, l'individu développe sa spiritualité et ainsi améliore sa capacité d'adaptation, son bien-être et sa santé physique.

Matériel et méthode. Des membres des AA (N=263 ; 57,7% d'hommes ; âge moyen =58,2 ans) ont complété les adaptations françaises du *Recovery Interview* (RI, Morgenstern, Kahler, Frey, & Labouvie, 1996) qui évalue la participation aux AA, de l'échelle de bien-être spirituel (SWBS, Velasco & Rioux, 2009), de celle de la résilience de Connor et Davidson (CDRISC, Connor & Davidson, 2003) et du WHOQOL-26 (World Health Organisation, Lepège et al., 2000). Le niveau spirituel est ici évalué par une des deux sous-échelles de la SWBS, la RWB (Religious Well-Being) qui estime la qualité de la relation avec un Dieu/une Puissance supérieure. Des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires ont alors été effectuées, afin d'élaborer des modèles de médiation avec des équations structurelles.

Résultats. Les modélisations par équations structurelles sur des variables centrées réduites ont permis d'identifier un effet de la participation aux AA sur le score de spiritualité ($b=0,34$; $p<0,05$), qui à son tour a un effet sur le 1^{er} axe factoriel de la CDRISC représentant la capacité à réguler les affects négatifs, s'adapter et gérer les situations ($b=0,35$; $p<0,05$), sur le 1^{er} axe factoriel de la WHOQOL représentant la santé physique ($b=0,07$; $p<0,05$) et le 2^{ème} axe factoriel de la WHOQOL représentant la satisfaction de soi, des relations sociales et de sa vie ($b=0,34$; $p<0,01$).

Discussion. Des études ont montré que la participation aux AA était prédictrice de la baisse de la consommation d'alcool et de l'augmentation de l'abstinence d'alcool. Elles avaient pour cela essentiellement étudié d'autres mécanismes d'efficacité que la spiritualité. L'éventuel rôle de la spiritualité du programme des AA est relativement peu étudié et discuté. Notre étude établit un effet (au sens des modélisations par équations structurelles) de la participation aux AA sur la qualité de la relation de l'individu avec un Dieu/une Puissance supérieure, qui a son tour a un effet sur la capacité d'adaptation de l'individu, sa santé physique et son bien-être psychologique. L'étude étant transversale, elle ne peut pas établir de causalités mais seulement des prédictions. Des analyses sont en cours pour évaluer quels éléments de la spiritualité pourraient participer à ces effets.

Références bibliographiques

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82.

Hiernaux, C., & Varescon, I. (2016). Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ? Caractérisation d'un échantillon de membres des Alcooliques anonymes en fonction de leur résilience et de leur spiritualité. *Alcoologie et Addictologie*, 38(4), 295-304.

Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011). Spirituality in recovery: A lagged mediational analysis of Alcoholics Anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(3), 454–463.

Morgenstern, J., Kahler, C. W., Frey, R. M., & Labouvie, E. (1996). Modeling therapeutic response to 12-step treatment: Optimal responders, nonresponders, and partial responders. *Journal of Substance Abuse*, 8(1), 45–59.

Tonigan, J. S., Rynes, K. N., & McCrady, B. S. (2013). Spirituality as a Change Mechanism in 12-Step Programs: A Replication, Extension, and Refinement. *Substance Use & Misuse*, 48(12), 1161-1173. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.808540>

Velasco, L., & Rioux, L. (2009). Adaptation et validation en langue française d'une échelle de bien-être spirituel. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 41(2), 102.

Annexe 25 : Hiernaux, C. & Varescon, I. (2018, juin). Does Learning Alcoholics Anonymous' 12-Step Spiritual Program Promote a Resilience Process? Communication orale présentée au 4ème congrès mondial sur la résilience, Marseille, France.



<https://www.resilience2018.org/>
Marseille - France - 28-30 June 2018

Pratiques Basées sur la Résilience
Resilience Based Practices
28-30 Juin 2018
(Palais du Pharo – Marseille - France)



Aix-Marseille
université
Initiative d'excellence

IRD Institut de Recherche
pour le Développement
FRANCE

AGENCE
UNIVERSITAIRE
DE LA FRANCOPHONIE
IRD Institut de Recherche pour le Développement

La Provence



AIX
MARSEILLE
PROVENCE

DÉPARTEMENT
BOUCHES
DU RHÔNE

Région
Provence
Alpes
Côte d'Azur

MAIRIE
MARSEILLE
ACTES SUD

AIR FRANCE KLM
Global Meetings & Events

Version 7
15 Juin 2018

Extrait programme

Comprendre et Simuler les Comportements humains sur des territoires en situation de catastrophe. Provitolo Damienne, Tricot Anne, et un consortium de recherche, Université Côte d'Azur, Aix en Provence et Nice, France

Protective factors during life transition: The significance of family and community support in India. Shikha Soni et Amrita Deb, Indian Institute of Psychology Hyderabad, Inde

Les stratégies d'adaptation des ménages aux difficultés d'accès à l'eau potable à Saly (Sénégal) peuvent-elles traduire une résilience sociale ? Néné Makoya Toure, Alioune Kane, Awa Niang Fall, Jean Marcel Koffi, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal, UAOB, Côte d'Ivoire, UMI 236, RESILIENCE, Côte d'Ivoire, Sénégal, France

30

Recherche indépendante sur la « Résilience des exploitations agricoles ». Giraud-Heraud Loïc, Agronome, France

Paysages littoraux et risques, Acteurs en résilience. Pacitto Jean-Louis, Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse, Avignon ; Jacquemin Odile, MALTAE Mémoire à lire, territoire à l'écoute, Hyères, France

Résilience, adaptabilité et transformabilité : Des systèmes socio-écologiques aux normes sociales. Jean Marcel Koffi, UMI Résiliences, France-Sénégal

Innovations locales et interventions pour une résilience des exploitations familiales. Diatou Thiaw, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

9 : Santé mentale

Salle 50bis

Modérateurs : Marie Lucie Bédard, Nadjib Alipacha

L'apprentissage du programme spirituel en 12 étapes des Alcooliques anonymes favorise-t-il un processus de résilience ? Hieraux Claire et Varescon Isabelle, Université de Paris Descartes Sorbonne Paris Cité, Paris, France

Consolider la résilience collective lors d'une série de suicides, Michel Tousignant, Université du Québec à Montréal, Canada

D'une coopération Algéro-Belge sur la résilience à une coopération citoyenne, Nadjib Ali Pacha, El Hamid Adja, University of Bejaia (Compus Aboudaou / CHU Bejaia), Algérie

Implanter la formation en santé mentale et en résilience dans les Forces armées canadiennes (FAC). Marie-Lucie Bédard, Lieutenant-colonel Bailey, S., Guest, K., Services de santé des Forces canadiennes Canada

15/06/2018

4th World Congress on Resilience - Programme

Reconnaissance des savoirs parentaux en contexte de trouble du spectre de l'autisme : un levier pour la résilience des parents, Céline Yan, Université du Québec à Rimouski, Canada

Vers un modèle d'intervention thérapeutique réalisé en partenariat et axé sur la résilience et les facteurs de protection, pour mères adolescentes souffrant de troubles mentaux au Cameroun. Joël Diatché Mifafo ; Amir Moayedoddin ; Beat Stoll, Association des professionnels de santé mentale Uni-psy et Bien-être, Yaoundé, Cameroun.

Resilience and other constructs of healthy adaptation and theories of psychological functioning: And how do they relate to adult mental health. Odin Hjemsdal, Roxanna Rios Morote, Frederick Anyan, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norvège.

31

Promoción de la salud mental en adolescentes basada en la resiliencia. Evidencias científicas. M. Cruz Molina Garuz, Universidad de Barcelona, Eduard Vaquero Tió, Universidad de Lleida, Noelia Vázquez Álvarez, Universidad de Barcelona, Espagne

Development of a Romanian PTSD questionnaire, based on the DSM – 5 conceptualizations: factor structure and psychometric properties. C. Nedelcea, D. Vasile, I. Ciorbea, S. Ionescu, C.C. Papasteri, University of Bucharest, Roumanie

Natural resilience and physical trauma - burn injuries in a fire. Diana Lucia Vasile, Institute for the Study and the Treatment of Trauma, Roumanie

Résumé de la communication orale présentée

L'apprentissage du programme spirituel en 12 étapes des Alcooliques anonymes favorise-t-il un processus de résilience ?

Hiernaux, Claire¹ et Varescon, Isabelle¹

Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Université de Paris Descartes Sorbonne Paris Cité, Paris, France.

Communicante : Claire Hiernaux

Introduction. Plus de 2 millions de personnes dans le monde participent au groupe d'entraide des Alcooliques Anonymes (AA) afin de tenter de remédier à leur alcoolisme. Sur la base de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein, 1997), de celle de l'apprentissage social (Bandura, 1986) et du modèle de Neff et MacMaster (2005), nous avons développé un modèle qui décrit comment cette participation aux AA, en incitant un apprentissage social du programme spirituel en 12 étapes des AA, favoriserait une résilience (Hiernaux & Varescon, 2016). Notre hypothèse est qu'en participant aux AA, l'individu expérimenterait un épanouissement original, celui du développement spirituel, qui induirait une meilleure résilience.

Matériel et méthode. Les intensités de la participation aux AA, de la spiritualité et de la résilience de 263 membres des AA (57% d'hommes, âge moyen = 58,2 ans) ont été évaluées par les adaptations françaises des échelles validées par des tests psychométriques suivantes : la RI (Recovery Interview, Morgenstern, Kahler, Frey, & Labouvie, 1996), la SWBS (Spiritual Well Being Scale, Velasco & Rioux, 2009) et la CDRISC (Connor Davidson Resilience Scale, Connor & Davidson, 2003). Des tests de Student et des analyses de corrélations, en composantes principales et de classifications ascendantes hiérarchiques ont été réalisées.

Résultats. Le score moyen de résilience des 263 membres des AA est supérieur à celui de l'échantillon de validation ($p < ,05$). Les scores de résilience et de spiritualité sont positivement corrélés ($r = 0,38$; $p < ,05$). Les variables de résilience en lien avec la spiritualité des AA expliquent 16,3% de la variance totale des 263 membres des AA, soit près de 4 fois plus que dans l'échantillon de validation. Parmi, ces 263 membres des AA, les personnes présentant un bien-être spirituel plus élevé sont aussi celles présentant une plus forte résilience.

Conclusion/discussion. Chez les 263 membres des AA étudiés, un niveau de spiritualité plus élevé est associé à une plus forte résilience. Au-delà d'un programme d'abstinence d'alcool, le programme spirituel des 12 étapes serait-il un processus de résilience ?

Annexe 26 : Hiernaux, C. & Varescon, I. (2017, septembre). L'apprentissage social d'un programme spirituel comme vecteur de résilience et d'une meilleure qualité de vie ?. Communication présentée au 58ème congrès de la Société Française de Psychologie, Nice, France.

Programme du 58ème Congrès de la Société Française de Psychologie

Diversité, Connaissances, Emotions
Université Nice Sophia Antipolis
30, 31 août et 1er septembre 2017



Extrait du programme

Comm. orales 11. Résilience et parcours de vie

A. Caractéristiques psychologiques et psychopathologiques des Mineurs Non Accompagnés. Facteurs de résilience, parcours, personnalité et inscription sociale.

Gaultier Sydney (1)

1 - Laboratoire Inter-universitaire de Psychologie (France)

B. L'apprentissage social d'un programme spirituel comme vecteur de résilience et d'une meilleure qualité de vie ?

Hiernaux Claire (1), Varescon Isabelle (2)

1 - Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (France), 2 - Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (France)

C. Le « travail clinique » en clinique du travail : faire des épreuves affectives des ressources pour agir et penser ?

Sandoval Amélie (1), Kostulski Katia (1)

1 - Centre de recherche sur le travail et le développement (France)

D. Quelles connaissances de l'angoisse en fin de vie ? Approches plurielles

Vitale Claire (1) (2), Diebold Lionel (3) (4), Boulze-Launay Isabelle (5)

1 - Espylon, EA 4556 Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé, Université Paul Valéry, Montpellier. (France), 2 - Service d'Oncologie médicale et de soins palliatifs, C.H.U. Timone, Marseille., 3 - Espylon, (France), 4 - Service de chirurgie générale et digestive, C.H.U Timone, Marseille., 5 - Espylon.

Résumé de la communication orale présentée

L'apprentissage social d'un programme spirituel comme vecteur de résilience et d'une meilleure qualité de vie ?

Introduction. Plus de 2 millions de personnes dans le monde remédient à leur alcoolisme grâce à une approche alternative à celle proposée par les structures de soins : ils apprennent, appliquent et enseignent un programme spirituel en 12 étapes en participant au groupe d'entraide, les Alcooliques anonymes (AA). Des études ont montré que la participation aux AA était prédictrice de la baisse de la consommation d'alcool et de l'augmentation de l'abstinence d'alcool. Elles se sont, cependant, peu intéressées à la spiritualité, comme mécanisme d'efficacité, pourtant affichée par les AA comme étant la pierre angulaire de leur programme de rétablissement. En nous inspirant, pour l'essentiel, de la théorie socio-cognitive de Bandura (1986) et de l'action raisonnée de Fishbein (1997), nous avons développé un modèle d'apprentissage social du programme spirituel en 12 étapes (Hiernaux et Varescon, 2016). Ce modèle décrit comment des connaissances sur l'étiologie de l'alcoolisme et son remède, celui du développement spirituel, sont apprises socialement (par modeling et renforcements vicariants et positifs) et concourent à un mieux-être, apprécié en termes de la résilience et qualité de vie. La résilience désigne la capacité à bien se développer malgré l'adversité, que constituent ici les affects négatifs, puisqu'ils sont les principaux facteurs de rechute. Nous faisons l'hypothèse, qu'en participant aux AA, l'individu expérimente un épanouissement original, celui du développement spirituel, lui donnant accès à une meilleure résilience et qualité de vie (QDV).

Matériel et méthodes. Les réponses de 222 membres des AA à des échelles validées par des tests psychométriques évaluant le niveau et les caractéristiques de leur participation aux AA, de leur spiritualité, de leur résilience et de leur QDV (appréciée par le WHOQOL26, World Health Organization Quality Of Life) ont été recueillies. Les échelles de spiritualité utilisées estiment l'intensité de la spiritualité au travers les pensées, comportements et sentiments subjectifs émanant de la quête du sacré et le bien être spirituel. Ce dernier regroupe des mesures de la qualité de la relation avec une Puissance supérieure (10 items) et du bien-être existentiel (10 items sur l'orientation positive, le sentiment de but dans la vie, la confiance en l'avenir et la satisfaction de la vie). Des analyses de corrélation, en composantes principales et de classification ont été entreprises.

Résultats. Des scores de bien-être spirituel et de résilience supérieurs aux moyennes des échantillons de validation ont été obtenus ($p < 0,01$). Il a été établi que l'intensité de la participation aux AA était corrélée significativement, positivement et fortement à l'intensité de la spiritualité ($r = 0,54$), et au bien-être spirituel ($r = 0,42$). Le niveau de résilience est corrélé significativement, positivement et faiblement avec l'intensité spirituelle et fortement avec le bien-être spirituel ($r = 0,40$). La qualité de vie (item 1, WHOQOL) est corrélée positivement et significativement avec le bien-être spirituel ($r = 0,29$) et la qualité de la santé mentale et des relations sociales le sont avec la qualité relationnelle avec une Puissance supérieure ($r = 0,20$ et $r = 0,19$).

Les résultats ont également montré que la résilience en lien avec la spiritualité des AA, qui se caractérisent essentiellement par un soutien émotionnel spirituel et social, expliquait 15% de la variance

totale soit près de 3,5 fois plus que dans l'échantillon de validation. Le soutien social est une valeur spirituelle du programme des AA, explicité par exemple, dans la 12ème étape qui promeut une forme de générosité gratuite, la transmission du programme à d'autres alcooliques.

Enfin, nous avons mis en évidence que les individus les moins résilients étaient aussi ceux ayant une qualité relationnelle avec une Puissance supérieure faible, recourant peu à la prière et la méditation et ayant peu d'activités bénévoles au sein des AA. Enfin, les individus démontrant une résilience élevée ou une qualité de vie élevée se distinguaient par un bien-être spirituel élevé et des expériences de Dieu plus fréquentes.

Discussion/description des problématiques exposées. Les résultats vont dans le sens de notre hypothèse selon laquelle la participation aux AA inciterait l'apprentissage d'un programme spirituel qui induirait des meilleures résilience et qualité de vie. Par son programme spirituel en 12 étapes, le groupe d'entraide des AA contribue ainsi à enrichir la diversité des réponses apportées aux troubles liés à la consommation d'une substance.

Références Bibliographiques

Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewoods Cliff, NJ: Prentice-Hall, Inc; 1986

Fishbein, M. (1997). Theoretical models of HIV prevention. In NIH Consensus Development Conference ON Interventions To Prevent HIV Risk Behaviors (p. 33).

Hiernaux, C. & Varescon, I. (2016). Le programme spirituel en 12 étapes, un vecteur de résilience ?. *Alcoologie et Addictologie*, 38 (4) : 295-304.

Addiction, Spiritualité et Rétablissement

Le développement spirituel comme processus de rétablissement d'un trouble de l'usage d'alcool ? Etude de la résilience, la qualité de vie et la spiritualité d'une population de membres des Alcooliques anonymes

Résumé :

Contexte : La participation aux Alcooliques anonymes (AA) est associée à un « rétablissement » du trouble de l'usage d'alcool (TUA). Les principaux facteurs étudiés et prouvés en sont le soutien social et l'auto-efficacité au maintien de l'abstinence. Les AA attribuent leur rétablissement à la spiritualité de leur programme spirituel en 12 étapes. Or, la spiritualité a été peu étudiée comme éventuel facteur d'efficacité. Le rétablissement, non consensuellement défini, est quasi-exclusivement apprécié par la consommation ou l'abstinence d'alcool et la participation aux AA approximée par l'assistance aux réunions des AA. La thèse présentée a pour objectifs de décrire un échantillon de membres des AA, définir les notions de participation aux AA et spiritualité, conceptualiser le rétablissement et étudier les relations entre ces variables.

Méthodologie : La spiritualité, la participation aux AA, la résilience et la qualité de vie (QDV) ont été évaluées sur une population de membres des AA recrutés dans la France entière (N=263 ; âge : M=58,08 SD=9,92 ; hommes : 59,7%). La spiritualité l'a été avec l'échelle des antécédents et comportements religieux (Religious Background and Behavior, Connors et al., 1996) et celle du bien-être spirituel (Spiritual Well-Being Scale, Velasco & Rioux, 2009) qui estime la qualité d'une relation à un Dieu/une Puissance supérieures (PS) et le bien-être existentiel; la participation aux AA avec le questionnaire de rétablissement RI (Recovery Interview, Morgenstern et al., 1996) ; la résilience avec l'échelle de résilience CDRISC (Connor-Davidson Resilience Scale, Connor & Davidson, 2003) et la QDV avec l'échelle de l'organisation mondiale de la santé (World Health Organization Quality Of Life, Leplège et al., 2000). Des analyses de corrélations, de comparaisons de moyennes, en composantes principales, de régressions et de médiations ont été effectuées.

Résultats : Les 263 membres des AA ont une résilience, une qualité de la relation à Dieu/une PS et un bien-être existentiel supérieurs à ceux d'une population générale. Leur QDV se caractérise par une satisfaction de la vie et de soi et une vitalité ; leur résilience par la capacité à atteindre ses objectifs, gérer les affects et situations, à persévérer et par un poids relativement élevé des éléments spirituels. Parmi les actions inhérentes à la participation aux AA, le recours aux conseils des AA est le meilleur prédicteur d'une augmentation de la spiritualité, l'accroissement des relations interpersonnelles aux AA l'est pour la résilience et la santé psychologique ; l'organisation de sa vie autour des AA pour la QDV et la satisfaction de la santé ; l'engagement dans une activité de service aux AA, pour la santé physique. Les meilleurs prédicteurs spirituels d'une résilience sont la croyance en un but à sa vie, la capacité à profiter de la vie, la satisfaction de sa relation avec une PS et les expériences de la présence de Dieu/une PS, celui de la QDV est le bien-être existentiel, lui-même est prédit par les expériences de Dieu/une PS, la méditation et la prière.

Discussion/conclusion : Cette thèse apporte des connaissances sur les membres des AA et les éléments associés à leur rétablissement. Elles invitent le clinicien à envisager un rapprochement avec les AA et encouragent une réflexion sur l'introduction d'interventions de psychologie positive et l'attribution aux patients de tâches responsabilisantes dans les soins comme une participation à l'organisation d'un groupe de paroles. Approfondir une connaissance des membres des AA permettrait au clinicien de repérer les patients susceptibles de bénéficier d'une adhésion aux AA. Des études longitudinales sont nécessaires pour préciser les résultats. La spiritualité, en renforçant les relations interpersonnelles, pourrait avoir un effet rétroactif sur la participation. L'apprentissage du programme spirituel implique des effets retard et des processus de changement.

Mots clés : rémission, addiction, groupes d'entraide, résilience, qualité de vie, spiritualité

Addiction, Spirituality and Recovery

Spiritual development as a recovery process from an alcohol use disorder. A study of the resilience, quality of life and spirituality of a population of Alcoholics Anonymous members.

Abstract:

Objective: Participation in AA is associated with a “recovery” from Alcohol Use Disorder (AUD). The main studied and proven factors in the efficiency of participation are the social support and emphasis self-efficacy in maintaining abstinence. AA members attribute their recovery to the spirituality of the AA 12-step program. Spirituality has, however, been little studied as a possible factor of the efficiency of the AA program. Recovery, a ubiquitous concept, is almost always measured by Alcohol used or abstinence, and participation in AA approximated by AA meeting attendance. The purpose of this thesis is to describe a sample of AA members, to define the concepts of AA participation and spirituality, to conceptualize recovery, and to study the relationships between these variables.

Method: Spirituality, participation in AA, resilience and quality of life (QOL) of a population of AA members recruited throughout France (N=263, age: M=58.08, SD=9.92, men: 59.7%,) were assessed. Spirituality was assessed using the Religious Background and Behavior Scale (Connors et al., 1996) and the Spiritual Well-Being Scale (Velasco & Rioux, 2009) which measures the quality of relationship to a God/Higher Power (HP) and the Existential Well-being (EWB). Participation in AA was assessed using the Recovery Interview (Morgenstern et al., 1996), resilience using the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003) and QOL using the World Health Organization Quality Of Life Scale (WHOQOL, Lepège et al., 2000). Correlations, comparisons of means, principal components, multiple regressions and causal mediations analysis were performed.

Results: The 263 AA members have a resilience, a quality of relationship to God/PS and an existential well-being greater than that of the general population. Their QDV (Quality of Life) is characterized by life satisfaction, self-satisfaction and vitality. Their resilience is marked by ability to achieve goals, to manage negative affects and situations, to persevere and by a relatively high loading of spiritual elements. Among the behaviors that characterize participation in AA, seeking advice from AA is the best predictor of an increase in spirituality; interpersonal relationships within AA are the best predictors of increased resilience and increased psychological health; volunteering in AA service activities is the best predictor of increased physical health; the extent to which one’s life revolved around AA is the best predictor of increased QOL and health satisfaction.. The best spiritual predictors of increased resilience are belief in a purpose of its life, ability to enjoy life, a satisfying relationship with a God/HP and having direct experiences of God/HP. EWB is the best predictor of increased QOL. Predictors of increased EWB are direct experiences of God/HP, meditation and prayer.

Discussion/conclusion: This thesis provides knowledge about AA members and the elements associated with their recovery. This knowledge invites the clinician to consider a closer engagement with AA and encourage them to think about the introduction of positive psychological interventions and about assigning patients with empowering tasks in care such as an involvement in organizing a therapeutic patient discussion group. Given the results in this thesis, clinicians may benefit from a more detailed study of the AA members’ profile to identify patients who could benefit from participation in AA and patients who may be more likely get involved in AA, rather than in therapy. As spirituality strengthens interpersonal relationships, it could have a retroactive effect on participation in AA. Given that learning a spiritual program involves lagged effects and processes of change, longitudinal studies are needed to best understand the complex relationships between participation in AA, spirituality, resilience and QOL.

Key words: Remission, addiction, self-help groups, resilience, quality of life, spirituality